

## Servicios sociales y Política social

Comportamientos  
y Consumos  
Adictivos



Comité Editorial:

Montserrat Bacardit i Busquet  
Natividad de la Red Vega  
Gustavo García Herrero  
Trinitat Gregori Monzó  
Juan José Lacasta Reoyo  
Manuel Martín García  
Pilar Pando Lobo

Coordinadora Técnica:

Maricruz Vergillos Ramos

Coordinación Administrativa:

Mª Carmen Rodríguez Rodríguez

Edita:

Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.

Junta de Gobierno:

Presidenta: Ana Isabel Lima Fernández  
Vicepresidenta 1<sup>a</sup>: Rosa M<sup>a</sup> Ferrer Valls  
Vicepresidente 2<sup>o</sup>: Manuel Martín García  
Secretario: Manuel Gutiérrez Pascual  
Tesorero: Alejandro Luis Ortiz Ostalé  
Vocales: Montserrat Bacardit i Busquet, Iciar Bóveda López, Montserrat Escapa Diez,  
M<sup>a</sup> Amparo García Pertegaz, M<sup>a</sup> Pilar Guillén Feced, Pilar Pando Lobo.

Administración, Redacción, Suscripción y Venta:

Avda. Reina Victoria, 37 - 2º centro. 28003 Madrid.  
Tel.: 91 541 57 76/77 Fax: 91 535 33 77.  
E-mail: consejo@cgtabajosocial.es  
www.cgtabajosocial.es  
Horario: de Lunes a Viernes de 9:00 a 14:00.

Imprime:

C&M Artes Gráficas.  
Tirada: 6.500 ejemplares

3<sup>er</sup> Trimestre 2007

El Comité Editorial no se identifica necesariamente con el  
contenido de los artículos publicados.

ISSN: 1130-7633  
Dep. Legal: M-16020-1984

## Sumario

### Editorial

Dossier: Comportamientos y  
Consumos Adictivos.

Intervención Integral en  
Drogodependencias y Adicciones  
desde las Corporaciones Locales.  
*José Manuel Ramírez Navarro.....11*

Intervención Psicosocial desde un  
Centro de Atención a las  
Drogodependencias.  
*Margarita Llambías Llansó y  
Catalina Morey Cámara.....27*

Prevenir, antes que sufrir.  
*Mercé Martínez i Llopis.....37*

La necesidad de profesionalizar  
la prevención de los riesgos por  
consumo de drogas en el  
ámbito recreativo.  
*Montse Juan, Amador Calafat,  
Cesáreo Fernández y  
Elisardo Becoña.....49*

Adicciones y desvinculación familiar.  
Un modelo conceptual sistémico.  
*Ana Belén Soler Martín y  
Vicente García Vicent.....63*

Consumo de alcohol. Diagnóstico  
de su dependencia y tratamiento.  
*Enriqueta Ochoa Mangado.....81*

### De interés Profesional:

El "Management", el "Case Management"  
y el "Care Management"  
en Trabajo Social.  
*Dolors Colom Masfret.....99*

### Sección libre:

El modelo escandinavo y  
su transposición.  
*Eguzki Urteaga.....127*

### Comentarios de libros:

La autoestima.  
Nuestra fuerza secreta.....149

La convivencia interétnica.....151

Premio Nacional de Investigación  
"Ana Díaz Perdiguer"

Convocatoria 2007-2008.....157

## Editorial

**L**as adicciones, como todo fenómeno social, son algo cambiante y diverso. Lejos quedan ya los estereotipos del “drogadicto”, como paradigma de todas las marginaciones. Lo cual no significa, ni mucho menos, que las adicciones hayan desaparecido de nuestra sociedad; al contrario, asistimos actualmente a lo que podíamos llamar “normalización” de las adicciones. El consumo de substancias tóxicas ya no está asociado necesariamente a comportamientos marginales, ni siquiera a un deterioro gravísimo y acelerado de la salud física y psíquica de las personas.

Algunos de estos consumos forman ya parte de la cultura asociada a muchas formas de diversión de los jóvenes; jóvenes que no por ello se sienten “drogadictos” ni pueden catalogarse o analizarse con esquemas que hemos utilizado en épocas todavía recientes. De la misma manera podemos encontrar consumos o comportamientos adictivos “normalizados” en determinados grupos sociales no necesariamente jóvenes, en determinadas actividades profesionales o en la soledad de determinadas personas en su propio hogar. Adicciones que, no por extendidas y “normalizadas” dejan de suponer riesgos para la salud física y psíquica de las personas, o de deterioro de sus relaciones familiares o sociales.

Sin olvidar que siguen existiendo fenómenos de extrema marginación asociados a las adicciones, por los efectos de las llamadas “drogas duras” o del alcoholismo, cuyas consecuencias podemos seguir viendo incluso en las calles de cualquiera de nuestras ciudades (¿quien no se ha preguntado alguna vez si el estar en la calle es una consecuencia de ese consumo abusivo del alcohol, o si ese consumo no es sino una estrategia de quienes viven en la calle, para poder resistir esa situación?)

La diversidad es otro aspecto esencial para entender el fenómeno de las adicciones en el momento actual: diversidad de substancias, diversidad de consumidores, diversidad de formas de consumir. Y junto a las substancias, toda una diversidad de comportamientos adictivos, desde la tradicional ludopatía hasta los nuevos fenómenos característicos de una sociedad como la actual, al hilo del incremento del nivel de vida o de las nuevas tecnologías.

También, justo es reconocerlo, nunca como ahora han existido tantos recursos para intervenir en estas situaciones. Pero la especialización por la que han ido desarrollándose las respuestas institucionales, deja espacios vacíos cuando la situación no puede calificarse nítidamente en las competencias de una u otra institución. Así, si la persona que sufre una adicción está también afectada por un problema mental, tiene muchas posibilidades de caer en un terreno de nadie y no recibir las atenciones que tanto necesita, ni en uno ni en otro aspecto; mucho más si la persona ha roto o no tiene redes familiares y entra en la categoría de lo que llamamos "personas sin hogar".

Son situaciones que nos obligan a repensar tanto las respuestas institucionales que estamos ofreciendo al problema de las adicciones, como la práctica profesional vinculada a las mismas. Ya no podemos contentarnos con repetir fórmulas del pasado, ni con seguir avanzando en la especialidad de nuestras respuestas específicas, al margen de la integralidad con la que el problema de las adicciones afecta a las personas.

Esta es la voluntad con la que ofrecemos este y el anterior número de la Revista dedicado al tema de las adicciones, de las nuevas (y viejas) adicciones; pretendemos ofrecer con ellos una panorámica de los nuevos escenarios y de sus consecuencias, y reflexiones sobre lo que debe ser una intervención social adecuada a los retos que las adicciones plantean en la sociedad actual.

Desde esta constatación la necesidad y ventajas de la inserción laboral se viene manifestando a través de múltiples y diversas iniciativas que han surgido en los últimos años en el ámbito estatal como por ejemplo la Federación Española de Entidades de Empresas de Inserción (FEEDI), la Red de Redes de Economía Social y Alternativa, Fundación Tomillo, Red Araña... También encontramos experiencias de inserción laboral en el ámbito autonómico como por ejemplo la Red Canaria de Promoción e Inserción sociolaboral o la Associaciò Intesectorial de Recuperadors i Empreses Socials de Catalunya. Y sobre todo es cada vez más frecuentes e importante

la puesta en marcha de gabinetes y proyectos de inserción laboral promovidos por los diversos Ayuntamientos y por las Organizaciones no Gubernamentales. Y en todos ellas aparece cada vez con más protagonismo la figura del trabajador social.

Además, de su presencia en estas y otras iniciativas, los trabajadores sociales, desde los servicios sociales básicos o específicos, vienen contribuyendo de manera efectiva a las políticas activas a través de su implicación en experiencias de itinerarios de inserción sociolaboral de aquellas personas, usuarias de dichos servicios, con más dificultad laboral en el mercado ordinario. Es una forma evidente de contribuir a la superación de situaciones de pobreza y exclusión desde el refuerzo de los recursos humanos y sociales y simultáneamente a la inserción social y laboral para una "Igualdad de oportunidades para todos", recordando la celebración del Año Europeo en este 2007.

## Dossier

### Comportamientos y Consumos Adictivos

# **Intervención Integral en Drogodependencias y Adicciones desde las Corporaciones Locales**

**José Manuel Ramírez Navarro**

## **Resumen**

Este artículo es una reflexión y síntesis de diversos trabajos y documentos realizados con Gustavo García Herrero y con un equipo interdisciplinar modelo, y que han sido aplicados a lo largo de más de una década en la prevención, asistencia e inserción, desde una red de centros municipales de atención a drogodependientes y en el marco del Sistema Público de Servicios Sociales.

## **Abstract**

This articulates it is a reflection and synthesis of diverse works and documents carried out with Gustavo García Herrero and with a team interdisciplinary exemplary, and that they have been applied throughout more than one decade in the prevention, attendance and insert, from a net of municipal centers of attention to drug addict and in the mark of the Public System of Social Services.

## **Palabras clave**

Drogodependientes, corporaciones locales, inserción social, prevención, adicciones, comorbilidad.

## **Key words**

Drug Addict, local corporations, social insert, prevention, addictions, comorbilidad.

**José Manuel Ramírez Navarro**

Autor  
Diplomado en Trabajo Social y Master en Gerencia de Servicios Sociales.  
Director Técnico de la Fundación Marbella Solidaria.  
Presidente de la Asociación de Directores y Gerentes de Servicios Sociales de España.

## El decálogo para fundamentar una intervención integral en materia de adicciones en el ámbito local

Parece oportuno comenzar las reflexiones sobre el tema que nos ocupa, señalando algunas ideas que, aun siendo básicas, conviene recordar porque definen el contexto en el que planteamos el modelo de intervención integral en materia de drogodependencia y otras adicciones que se puede desarrollar desde las Corporaciones Locales, y que nos proponemos expresar a lo largo de estas páginas. Este modelo estaría definido así por las siguientes referencias:

### 1º.- Respuesta integral

Prevenir el consumo de drogas y favorecer la rehabilitación de los drogodependientes es el objetivo genérico que debe de orientar las estrategias y medidas que se definan en todo modelo de intervención que se proponga ofrecer una respuesta integral en materia de adicciones.

### 2º.- Responsabilidad pública, rigor metodológico y respeto a los derechos de las personas.

La responsabilidad pública en estas intervenciones, la importancia de la prevención y el rigor del método, además del respeto a los derechos de la persona en la asistencia al drogodependiente, son los ejes que deben sustentar este modelo de Intervención Integral.

### 3º.- Estructuras flexibles

Así mismo, la gestión de este modelo requiere estructuras flexibles, capaces de

adaptarse a las exigencias y necesidades del entorno en el que deben intervenir.

### 4º.- Oferta diversificada para la diversidad de situaciones

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

Esta diversidad, lejos de comprometer la eficacia de la red, la hace especialmente útil para responder a situaciones cambiantes y diversas como son las que afectan al consumo de drogas y al resto de adicciones

### 5º.- Con capacidad de evolución y cambio

Por otra parte, los cambios que se producen de forma constante en las condiciones sociales del consumo de drogas y en otras adicciones, hace que los discursos, las estrategias y los dispositivos que no evolucionan, sufran un grave deterioro que llega a hacerlos inservibles. Por su parte, la gestión cotidiana acumula inevitablemente fallos y déficit que, aun limitados en su origen, si no se corrigen a tiempo pueden comprometer la capacidad de la organización para responder a las finalidades para las que ha sido diseñada, y muy especialmente en organizaciones que deben ser tan flexibles y adaptables como las que nos ocupan.

### 6º.- El ámbito local como escenario de la intervención

Tanto la prevención como la inserción social tienen como escenario

imprescindible, en esta como en otras materias, el espacio local, el ámbito en el que se desarrolla la vida cotidiana. Es por ello que resulta tan necesario el papel de las Corporaciones Locales en las medidas de reinserción y en las acciones preventivas, según la práctica cotidiana y las normas institucionales establecidas, convirtiendo a los Ayuntamientos en el eje principal donde debe establecerse el núcleo de los "circuitos integrados" en relación con los Planes Integrales en materia de drogodependencias y otras adicciones.

### 7º.- Los Servicios Sociales Comunitarios. El valor de la proximidad

Los Servicios Sociales Comunitarios, constituyen el nivel básico del Sistema Público de Servicios Sociales, en el que cumplen funciones de atención primaria en las materias de su competencia, que no son otras que la convivencia y la integración personal y social. Por ello adquieren un significado estratégico para ordenar racionalmente las intervenciones que, en materia de prevención, asistencia y rehabilitación e inserción social se lleven a cabo en relación con las drogodependencias y otras adicciones. Los Centros de Servicios Sociales o estructuras correspondientes de esta red local de servicios sociales básicos, desde sus programas de prevención y reinserción social deben integrar, no sólo coordinar, con los profesionales que gestionen los planes de drogodependencias.

La intervención descentralizada en el territorio constituye una referencia esencial de estos Servicios Sociales, siendo este elemento de proximidad uno de sus principales potencialidades y razones de ser, a partir de la cual puede cumplir otras funciones estratégicas, como son:

- Posibilitar intervenciones normalizadas en el entorno familiar, vecinal y comunitario donde se desarrolla la convivencia.

- Favorecer la universalidad de las prestaciones del Sistema

- Favorecer la participación de sus destinatarios, usuarios y del entorno

- Aprovechar los recursos comunitarios y las potencialidades de las dinámicas colectiva, para favorecer la convivencia y la integración personal y social.

Por todo ello, la atención primaria de los Servicios Sociales debería ser el elemento coordinador de la intervención en el territorio de las diversas estrategias e intervenciones preventivas y de integración en todos los ámbitos del Bienestar. Entre ellas, *la prevención de las drogodependencias y la incorporación social de los drogodependientes deben integrarse en los programas de la Red de Centros de Servicios Sociales de las Corporaciones Locales, de tal manera que esa integración posibilite sinergias entre los dispositivos de lo que es una política sectorial (planes de drogodependencias) y un sistema de protección social de carácter universal (los Servicios Sociales) que dentro de su marco normativo recoge la prestación básica de prevención e inserción social*. Del mismo modo se podrían integrar los dispositivos de asistencia y rehabilitación de carácter ambulatorio.<sup>1</sup>

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

#### 8º.- La planificación: exigencia de racionalidad

En relación a la metodología, la configuración de un modelo de intervención integral se debe fundamentar en unas referencias (Necesidades-Recursos), a partir de las cuales se definan estrategias (Objetivos y Criterios) que se permitan concretar un conjunto de propuestas y medidas tácticas y operativas

#### 9º.- Una perspectiva científica de las adicciones

Es imprescindible abandonar definitivamente cualquier consideración moralista o culpabilizadora en un tema como el de las drogodependencias y el resto de adicciones, en el que tan arraigadas están este tipo de actitudes. Desde una actitud científica, hay que considerar las drogodependencias como enfermedad con repercusiones en ámbitos biológicos, psicológicos y sociales.

#### 10º.- La importancia de la prevención

Comenzábamos este decálogo señalando la necesidad del carácter integral de las intervenciones que se lleven a cabo en esta materia a nivel local. Pues bien, para terminar el decálogo queremos destacar que este carácter integral de la intervención en materia de drogodependencias y otras adicciones, no debe hacernos olvidar que la prevención es el elemento clave de estas estrategias. Una actividad preventiva orientada a la promoción de valores y habilidades personales y sociales a nivel familiar, educativo, laboral y comunitario. La prevención tiene el inconveniente, qué

duda cabe, de que sus efectos no son inmediatamente perceptibles y además, muy difíciles de cuantificar. Y también las dificultades propias del intento, cuando debemos competir con intereses y dinámicas sociales tan potentes y arraigados socialmente, que actúan en dirección contraria. Por eso conviene recordar siempre que, más allá de estas dificultades, nunca podemos renunciar a prevenir para evitar, en el futuro, mayores costes personales, familiares, sociales y, porqué no, también económicos.

#### Un modelo organizativo profesionalizado y flexible

Vivimos en una sociedad compleja que nos exige estar continuamente atentos a las transformaciones que se están produciendo, también en el ámbito de las drogas. La evolución de los problemas derivados del consumo de drogas genera constantemente nuevos escenarios y nuevos contextos, que demandan una tarea constante de cambios funcionales y estructurales de los dispositivos de atención y de prevención. Estos cambios son más factibles cuando los profesionales que tienen que protagonizarlos titulados universitarios que dominan una metodología, bien sea de las ciencias sociales, de la salud...

Apenas hace 20 años (en 1986) solo uno de cada tres dispositivos de atención estaba formado por profesionales; los modelos etiológicos (sociológicos y morales) imperantes, condicionaron las primeras y apresuradas respuestas terapéuticas. En este contexto no resulta extraño que los primeros programas de tratamiento que se pusieron en marcha, allá por los años 80, en una sociedad alarmada por la expansión del fenómeno

de las drogodependencias consistieran en programas libres de drogas en centros de internamiento y comunidades terapéuticas constituidas a imitación del modelo tradicional americano.

Sin embargo, el fenómeno de las drogodependencias y otras adicciones, constituye en la actualidad un fenómeno de extraordinaria complejidad y en permanente evolución y cambio. Es por ello que las respuestas basadas en modelos simples y cerrados no tienen la capacidad de respuesta que estas situaciones requieren. La gestión de las intervenciones integrales en materia de drogodependencia y otras adicciones a nivel local, requieren unas estructuras organizativas flexibles y capaces de adaptarse a las exigencias y necesidades del entorno en el que deben intervenir. Para ello consideramos que se deben articular tres estrategias:

1.- *Se debe integrar y ordenar bajo una única dirección estratégica todos los programas, centros y servicios relacionados con la Prevención e Incorporación Social, garantizando su efectivo control por parte de la Administración Pública, y la autonomía funcional que permita la agilidad, adaptabilidad, eficacia y eficiencia de su gestión.* El enunciado de esta estrategia directiva plantea tres aspectos complementarios: Integración (que las diversas actuaciones, centros y servicios formen parte de comportamientos dispersos), control estratégico (que se garantice la responsabilidad institucional sobre las estrategias que orienten las intervenciones) y autonomía funcional (respetar la capacidad de las estructuras para adaptarse a la realidad, para diversificar sus respuestas y para

evolucionar, guiadas exclusivamente por criterios profesionales, en el marco de las estrategias definidas).

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

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

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

- Diferenciar las necesidades estructurales de la organización, de las que resultan de los objetivos coyunturales de intervención.
- Actuar con criterios de "Sistema Público" y en coherencia con las estrategias directivas formuladas.

Uno de los mayores riesgos al diseñar una nueva organización, es no diferenciar adecuadamente entre las "cosas que hace", aquellas que son imprescindibles, ahora y en el futuro, para la existencia de la institución, de aquellas otras cosas que son consecuencia de necesidades coyunturales. En esencia, la incapacidad de diseñar la estructura con criterios de futuro, y no con el simple recuento de las necesidades del presente.

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

3.- La comunicación tiene una importancia fundamental, ya que toda organización que se proponga intervenir en la sociedad, necesita lograr su implicación en sus actuaciones y en el logro de sus fines. Y para lograr esta implicación es imprescindible asumir una constante y eficaz comunicación con la propia sociedad. Si la sociedad no conoce los fines de la organización y si no se consigue su implicación en los mismos, será imposible conseguir objetivos estratégicos.

### Una reflexión sobre el modelo organizativo y la patología dual

En los últimos años se ha producido un aumento del interés por la comorbilidad psiquiátrica asociada a la dependencia de sustancias. La atención de los pacientes drogodependientes que presentan un trastorno mental asociado, es uno de los retos que tienen planteados la psiquiatría en general y los dispositivos asistenciales en salud mental y toxicomanías en particular. Feinstein definió en la década

de los 70 del siglo XX, la *comorbilidad* como la existencia de una entidad clínica adicional y distinta que ha existido o puede existir durante el curso clínico de un paciente que sufre la enfermedad bajo estudio, y, de esta forma, se ha producido un cierto consenso en torno al concepto de *diagnóstico dual*, entendido como la coexistencia de un trastorno psiquiátrico y un trastorno por uso de sustancias. El interés suscitado por la patología dual tiene su motivo en la elevada prevalencia de esta comorbilidad que se está dando actualmente.

La detección de estos casos con psicopatología añadida, su diagnóstico y tratamiento se hace imprescindible, no sólo por la importancia que tienen por sí mismo, sino también por su relación con el pronóstico del propio tratamiento de la drogodependencia, como se ha visto.

Pero esta posibilidad se enfrenta a la situación actual de alejamiento y descoordinación entre ambas redes asistenciales, la de atención psiquiátrica y la de atención al drogodependiente, separación que obedece más a causas históricas y organizativas que a motivos científicos y epistemológicos. En la práctica, los enfermos psiquiátricos que consumen drogas y acuden a Centros de Drogodependencias encuentran en éstos una insuficiencia en los recursos y los profesionales responsables de su atención. El seguimiento en la red de centros y servicios de Salud Mental es difícil por las propias características de estos pacientes, y generalmente terminan quedando desasistidos, ubicados en el resquicio, en los intersticios entre ambas redes asistenciales, o bien al arbitrio de un "peloteo", de una cadena de

derivaciones de una a otra red. De unos centros se les remite a otros porque consumen drogas, y de estos se les deriva a los primeros porque tienen problemas psiquiátricos, siendo imposible la mayoría de las veces determinar con criterios científicos el trastorno primario o predominante. Lo cierto es que aún se desconoce casi todo sobre los factores causales, desencadenantes o mantenedores de los trastornos por uso de sustancias, pero sí se sabe que estos emergen en un contexto de causalidad compleja y circular, donde los distintos factores son igualmente importantes e interactúan entre sí. Para decirlo de otra manera, un esquizofrénico que consume drogas ya no responde ni al perfil clínico de la esquizofrenia ni al del drogodependiente, sino que ambos trastornos dan lugar a una fisonomía clínica particular, donde no es suficiente la mera adición de los abordajes terapéuticos previstos para cada entidad por separado.

La definición precisa de un perfil entre los pacientes con problemas de adicción es uno de los retos actuales del sector, y una condición imprescindible en la planificación de las respuestas

terapéuticas y en la predicción de las tendencias futuras en los trastornos adictivos.

La existencia de algún trastorno mental concomitante en nuestros pacientes se asocia claramente con una situación psicosocial más deficitaria, con mayores antecedentes legales, con un estado de salud más precario, con una peor evolución del trastorno de dependencia, con una mayor frecuencia de consumo de otros tóxicos y con una menor respuesta a los tratamientos administrados. Esta comorbilidad produce una mayor complejidad en las intervenciones terapéuticas y obliga a una adecuación de las mismas en la que se hace imprescindible el abordaje psiquiátrico en el marco de un tratamiento integrado.

### Respecto a la metodología para la planificación

La configuración de un modelo de intervención integral se fundamenta en unas referencias (Necesidades-Recursos), a partir de las cuales se definen estrategias (Objetivos y Criterios) que se concretan en un conjunto de propuestas y medidas.

### REFERENCIAS

### NECESIDADES

### RECURSOS

Estrategias y normas institucionales

Estas referencias constituyen la base sobre la que se fundamenta el modelo de intervención que asume la organización que lo promueve y que, en consecuencia, han de ser compartidas por todos aquellos llamados a participar en el mismo: en primer lugar, todos los dirigentes y técnicos de la propia institución, pero también otras instituciones con las que se deba colaborar, los propios afectados y sus allegados, asociaciones y grupos solidarios, y la población del entorno.

El análisis de necesidades, que debe servir como fundamento de estas referencias estratégicas, debe perfilar con nitidez los parámetros de dimensión y características de las necesidades existentes en el entorno específico, en lo que al consumo de drogas se refiere, la población afectada, las tendencias en el consumo, sus consecuencias sobre la convivencia personal y social y las demandas de atención en que se producen.

Si importante es conocer las dimensiones, características y tendencias de las necesidades derivadas del consumo de drogas, no lo es menos saber de qué se dispone para responder a las mismas: las prácticas y los servicios existentes, los recursos que consumen, sus agentes (instituciones, grupos...), su ubicación en el espacio territorial. En definitiva, conocer todas las iniciativas y recursos que existen en la zona, para prevenir el consumo de drogas, para proporcionar asistencia y rehabilitación a las personas afectadas y a sus familias, y para promover y apoyar actitudes solidarias ante el problema y formas de vida más saludables.

Porque el análisis de todo ello, puesto en relación con las necesidades existentes,

dará como resultado el diagnóstico de carencias y limitaciones, pero sobre todo de potencialidades para dar respuesta a los problemas y situaciones que la droga plantea: qué nuevas iniciativas y servicios son necesarios. Mantener actualizados de manera homogénea este elenco de iniciativas y servicios, constituye en consecuencia una de las medidas de especial trascendencia en el contexto del modelo, que servirá de base para articular de manera efectiva los esfuerzos.

El contraste "Necesidades-Recursos" constituye el referente esencial que ha de orientar toda actuación planificada en esta materia; pero no se puede olvidar que las respuestas que tal contraste sugiera, deben de producirse en el respeto a un marco institucional definido por un conjunto de normas y estrategias, emanadas de los órganos competentes para ello, y dentro de las potencialidades que ellas determinan. El modelo de intervención integral en materia de drogas y otras adicciones en el ámbito local, debe de ser escrupulosamente respetuoso con las estrategias y normas emanadas de las instituciones con las que comparte responsabilidad de la materia, y a las que corresponde precisamente definir el marco de coordinación y el impulso a las prácticas que se llevan a cabo por parte de los Ayuntamientos y otras Instituciones.

Conocer con precisión y compartir cada uno de estos parámetros referenciales ("Necesidades-Recursos-Estrategias y Normas Institucionales"), es condición previa para los responsables políticos, los directivos y técnicos de las Instituciones afectadas. Pero además deben realizar un esfuerzo para transmitir a toda la población lo esencial de estas referencias,

y lo mas importante, lograr el interés de los habitantes de la zona hacia esas referencias, pues sólo a través de ellas será posible concitar su participación solidaria en las acciones que el propio modelo determina. Una participación ciudadana

sin la cual el modelo languidecerá víctima de paternalismo, falso de la savia vitalista que solo la implicación consciente y solidaria de la población del entorno puede proporcionar.



### Principios generales que deben regir la intervención

Los modelos de intervención integral deben asumir, como principios orientadores de todos sus contenidos y de las intervenciones que de los mismos se deriven, algunos principios como los que proponemos a continuación:

– *Igualdad y universalidad*: Todas las personas que lo necesiten deben beneficiarse por igual de los programas, centros y servicios de la red municipal, y se debe garantizar la no discriminación por motivo de raza, sexo, edad, orientación sexual, creencias o ningún otro, así como un trato humano y digno.

– *Globalidad e integridad*: Toda persona atendida en los dispositivos de la red tendrá derecho a un tratamiento integral (médico-psiquiátrico, psicológico, social, etc.) y no sobre aspectos parciales de la misma, abarcando los distintos momentos del proceso de tratamiento.

– *Responsabilidad pública y gratuidad*: Los programas, centros y servicios contemplados en el modelo deben

constituir una red de recursos de carácter municipal, públicos y gratuitos.

– *Confidencialidad y protección de datos*: De acuerdo a lo estipulado en la legislación correspondiente (Ley de Protección de datos de Carácter Personal de 13 de diciembre de 1999).

– *Individualización*: Los tratamientos serán individualizados y se adaptarán a las necesidades de cada paciente y de su familia. El trabajo con la familia se considera de gran importancia en el caso de las adicciones y por tanto será atendida de manera individualizada al igual que el propio paciente.

– *Complementariedad*: En la red de servicios deben convivir tanto los programas dirigidos a la abstinencia como los de reducción de riesgos y daños, abordando todas las posibilidades de intervención desde antes del inicio en la adicción hasta paliar los daños asociados.

– *Normalización e integración*: Los programas de intervención deben constituir un eslabón en el proceso de tratamiento cuyo objetivo final es la

incorporación en el medio social de procedencia.

– *Planificación:* La eficacia de la lucha contra las adicciones exige una planificación racional de todas sus actuaciones. Se asume el compromiso de que toda la acción que se desarrolle en su contexto, respetará este principio de planificación, como ordenación previa y racional de las intervenciones.

– *Coordinación:* Para la consecución de los objetivos se actuará en coordinación con cuantas instituciones públicas o privadas sea necesario, estén o no dentro de la Red de atención a las drogodependencias (Centros de Salud, de Servicios Sociales, etc.).

– *Compromiso social y solidaridad:* La lucha contra las adicciones debe ser un compromiso solidario del conjunto de la sociedad. Por eso es compromiso de toda la actuación movilizar todas las capacidades e iniciativas solidarias de la sociedad, prestando especial atención a la comunicación con el entorno social y vecinal.

– *Participación:* Se debe promover la participación ciudadana a través de las instituciones, organizaciones y asociaciones, que deseen trabajar en este tema, conscientes de que se trata de una tarea que sólo entre todos es posible llevar a cabo. De la misma manera, los Reglamentos de los diversos centros y servicios contemplarán la participación de los usuarios en la forma que proceda, de acuerdo con sus características.

– *Investigación y evaluación:* Las actuaciones que se desarrollen deben fundamentarse en conocimientos y

métodos científicos, así como en los resultados de las evaluaciones de los programas. Para ello es necesario potenciar la investigación por parte de los profesionales de la red, las sesiones clínicas y la participación en congresos y reuniones científicas.

– *Ética:* La reflexión sobre las condiciones éticas debe orientar toda la acción preventiva, asistencial y rehabilitadora en materia de adicciones, cuidando no sólo de los fines sino también de la oportunidad y legitimidad de los medios que van a emplearse, y atendiendo de forma especial a la satisfacción y a los derechos de los pacientes.

– *Calidad:* Todas las estructuras, centros y servicios de lucha contra las adicciones deben asumir el compromiso de la mejora permanente orientada hacia la calidad total. Estos compromisos deben orientar tanto su gestión interna, como sus instalaciones, sus relaciones con el entorno y la atención a sus usuarios.

– *Autonomía de los pacientes:* Las intervenciones orientadas a la asistencia y rehabilitación de las personas adictas deben garantizar la autonomía de estas personas en todas las decisiones respecto a las finalidades de las mismas y los medios que se lleven a cabo. Para ello hay que actuar con el máximo respeto al consentimiento informado.

– *Interculturalidad y respeto a la diversidad:* Las actuaciones que se desarrollen en el modelo, deben tener en cuenta los principios de la diversidad cultural, ideológica y religiosa presentes en nuestra sociedad. Toda persona que reciba atenciones de asistencia y rehabilitación tendrá garantizado el respeto a sus convicciones personales y a su cultura.

## Sobre las prioridades

A la hora de definir estrategias, es fundamental establecer criterios que determinarán las prioridades en las intervenciones. A estos efectos, el análisis de las tendencias actuales de las adicciones, y las específicas circunstancias que afectan la problemática de las drogodependencias, determinan las prioridades de intervención que deben orientar las estrategias de la lucha contra las adicciones en el marco de un modelo de intervención integral.

Determinados factores intervienen a la hora de establecer las prioridades, por ejemplo la percepción del riesgo: actualmente en la encuesta del CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas) ha llegado a bajar al puesto 18 como problema para los españoles, cuando en 1997 se situaba como tercer problema. Otro ejemplo es el abordaje del policonsumo, y sobre todo el auge de la cocaína, cuya tasa de consumo se ha duplicado desde 1999, llegando a situarse en el 3% de la población de entre 15 y 64 años y situando a España en el país de mayor consumo del mundo según estudios de la ONU. Del mismo modo es necesario tener en cuenta la edad de inicio del consumo de alcohol en los 13,6 años, de cannabis a los 16, y de cocaína a los 17- lo que representa un dato preocupante y un cierto fracaso de los programas de prevención.-

Teniendo en cuenta todo esto y para la primera década del siglo XXI, se podrían considerar factores relevantes a efectos de determinar algunas prioridades, las siguientes:

1. *La incidencia.* Aquellos entornos o colectivos en los que las adicciones tienen una especial incidencia en el espacio local al que se refiere la planificación, y que se configuran como entornos de riesgo específico.

2. *La vulnerabilidad.* Colectivos y grupos que por el contexto en el que desarrollan su actividad, no sólo son más vulnerables a determinadas adicciones, sino que resulta más difícil su identificación y la consiguiente intervención paliativa.

3. *La iniciación.* Entornos o circunstancias que favorecen el inicio en el consumo o en las conductas adictivas, en los que la intervención resulta prioritaria para prevenir el desarrollo de las mismas.

4. *La extensión.* Consumos y conductas adictivas que afectan a un mayor número de personas.

5. *La tendencia.* Consumos y conductas adictivas que muestran tendencias más acusadas de crecimiento y extensión entre la población.

6. *Innovación.* Consumos y conductas adictivas más incipientes en el entorno social de nuestra ciudad.

Atendiendo a estas circunstancias, se podrían determinar a modo de ejemplo, las prioridades de intervención que hemos considerado en un entorno específico y en un determinado momento (año 2005), dejando bien claro que estas prioridades no pueden en ningún caso trasplantarse de manera automática a otros entornos o en otros momentos, sin realizar un análisis previo sobre la específica situación de las adicciones en el mismo:

CRITERIO DE PRIORIDAD	COLECTIVO O SECTOR DE ACTUACIÓN PRIORITARIA
Por incidencia	Zonas marginales, por constituir un entorno de especial riesgo para quienes habitan en la misma, y por la incidencia de las adicciones en el entorno y sus consecuencias sobre la vida colectiva
Por vulnerabilidad	<b>Colectivos con especiales circunstancias de riesgo o de marginación social:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas en paro o en precariedad laboral, y con baja cualificación para el empleo</li> <li>• Familias desestructuradas, particularmente cuando en las mismas existen menores en riesgo (especial relación con los Servicios Sociales)</li> </ul> <b>Colectivos vulnerables</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mujeres amas de casa (consumo de fármacos, analgésicos, tranquilizantes, adelgazantes...).</li> <li>• Enfermos mentales.</li> </ul>
Por inicio	Consumos incipientes asociados a fines de semana (consumo abusivo de tabaco, alcohol y drogas de síntesis, particularmente entre jóvenes)
Por extensión	El tabaquismo y el alcoholismo, como consumo más extendido de sustancias adictivas, y por su carácter de "normalidad" no asociado a las connotaciones marginales de otras sustancias.
Por tendencia	<p>La cocaína, droga cuyo consumo registra la tendencia actual más creciente, desplazando a otras drogas y afectando a un amplio abanico de colectivos sociales, muy diferentes a los tradicionales toxicómanos de décadas pasadas</p> <p>El cannabis, sustancia que en las últimas encuestas aparece como la droga ilegal que mantiene estable su consumo, incluso en edades muy tempranas.</p>
Por innovación	Adicciones comportamentales: tradicionalmente se ha entendido por adicciones las debidas al consumo de sustancias, pero no se puede olvidar la extraordinaria incidencia y los gravísimos efectos de otras adicciones "sin sustancia" (ludopatías, adicción al sexo, a las compras compulsivas, a Internet...), en torno a las cuales deben iniciarse, al menos.

## Los objetivos generales

La Estrategia Nacional sobre Drogas para el periodo 2000-2008, aprobada por el Consejo de Ministros del día 17 de diciembre de 1999, marca las metas y objetivos de las distintas Administraciones. Dentro de las áreas específicas de intervención (prevención, asistencia e inserción) los objetivos generales a cumplir por las Corporaciones Locales son:

- 1) acciones de prevención familiar dentro

de los programas de prevención comunitaria, 2) programas de formación y empleo normalizados y específicos para drogodependientes, 3) coordinación y conformidad del Plan Municipal sobre Drogas con los criterios del Plan Autonómico, y 4) Ordenanzas Municipales sobre venta y consumo de bebidas alcohólicas y tabaco en el contexto de la legislación autonómica y estatal.

A partir las referencias que supone el Plan

Nacional Sobre Drogas y los Planes Autonómicos y en coherencia con los objetivos que plantean podremos concretar esos objetivos para un Plan Municipal sobre Drogas y Adicciones, sirva como ejemplo orientativo, en cuanto estructura y redacción los objetivos que nos sirvieron para una

ciudad de más de cien mil habitantes, con una completa red de centros y servicios para la atención de drogodependientes. Objetivos que son referencias para articular también la necesaria coordinación entre Municipios y otras Instituciones Públicas y entidades privadas, dentro y fuera del ámbito territorial.

<b>OBJETIVOS GENERALES DE LA PREVENCIÓN</b>	Toda la actuación preventiva que se desarrolle en el modelo de intervención integral, tendrá como objetivos finalistas los siguientes:
---	--

Objetivo A.	Sensibilizar a toda la población sobre los efectos perniciosos de las adicciones a sustancias y conductuales de mayor riesgo, para reducir la permisividad social en torno a las mismas, y generar actitudes responsables y solidarias ante las adicciones y ante quienes sufren sus consecuencias
-------------	--

Objetivo B.	Conseguir la implicación activa de las organizaciones cívicas, de las instituciones y grupos sociales del municipio en la prevención de las adicciones.
-------------	---

<b>OBJETIVOS GENERALES DE LA ASISTENCIA</b>	Toda la actuación asistencial que se desarrolle en el modelo de intervención, tendrá como objetivos finalistas:
---	---

Objetivo C.	Garantizar a todas las personas a través de la red asistencial la atención de cualquier tipo de adicción o forma de consumo mediante un proyecto de tratamiento personalizado que proporcione los medios necesarios para llevarlo a cabo, de forma gratuita.
-------------	--

Objetivo D.	Establecer cauces de coordinación con los servicios sanitarios y sociales que permitan definir las áreas competenciales y el circuito terapéutico.
-------------	--

<b>OBJETIVO DE LA INCORPORACIÓN SOCIAL</b>	Constituye el objetivo general de toda actuación dirigida a la incorporación social, que se desarrolle en el modelo integral de intervención, el siguiente:
--	---

Objetivo E.	Garantizar a todo usuario que lo necesite, un proyecto de incorporación social individualizado que proporcione los recursos específicos e inespecíficos necesarios para ello.
-------------	---

<b>OBJETIVOS G. DE LA REDUCIÓN DEL DAÑO</b>	Constituyen objetivos generales de toda actuación dirigida a la reducción de daño.
---	--

Objetivo F.	Garantizar a todas las personas adictas que lo demanden, un tratamiento integral de reducción de daño que haga posible disfrutar de una vida personal, familiar, laboral y social lo más positiva posible, en el marco de sus propias aspiraciones y necesidades.
-------------	---

Objetivo G.	Poner a disposición de toda la población, medios para prevenir riesgos sanitarios y sociales asociados a determinados consumos o conductas adictivas.
-------------	---

## La importancia de lo local en el desarrollo integral

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

De la misma manera, en materia de asistencia en centros residenciales especializados, la responsabilidad institucional debe de recaer en la Administración Autonómica, mientras que correspondería al Ayuntamiento garantizar la atención a las necesidades del toxicómano y su familia. Para ello es imprescindible que la oferta sea lo más amplia posible -en cuanto a tratamientos y modelos terapéuticos-, en centros y servicios acreditados por la Comunidad Autónoma, y ante todo debe de respetar la decisión personal del Toxicómano en la elección de tratamiento.

En definitiva, un modelo de intervención integral de drogodependencias de ámbito municipal debe determinar tres áreas de intervención: *Las acciones preventivas, la reinserción, y la asistencia y rehabilitación.*

En cuanto a la *prevención* deben de tenerse en cuenta un conjunto de "espacios" que son imprescindibles abordarlos para garantizar el éxito de los programas. Estos son: los Servicios Sociales, la comunidad educativa (escuelas, profesores, Asociaciones de Padres...), la familia, las asociaciones y Organizaciones no Gubernamentales y los medios de comunicación.

La red básica de servicios sociales de ámbito local, debe ser el auténtico "motor" de estas acciones y deben de contar con el asesoramiento de instituciones especialistas, en el enfoque de sus programas. Ya que a veces, lo que se hace con buena voluntad en prevención de drogas se convierte en algo contraproducente y negativo para los objetivos que se pretenden.

En cuanto a la reinserción el conjunto de "espacios" a tener en cuenta son: los Servicios Sociales, las Instituciones competentes en materia de empleo, la familia y empresas públicas y privadas que favorezcan la inserción laboral que junto con el apoyo familiar son claves para lograr la autonomía personal del Toxicómano.

La asistencia y rehabilitación de toxicómano debe de plantearse desde las competencias municipales en una doble vertiente según el tratamiento sea ambulatorio o residencial. En cuanto al tratamiento ambulatorio las atenciones y servicios que se prestan, no precisan de recursos complejos y costosos, y la coordinación debe ser efectiva con los centros de salud y los centros específicos de atención a drogodependientes que pueden tener ámbito comarcal. Referido a las atenciones en centros residenciales, los Ayuntamientos deben de establecer los dispositivos ágiles que permitan a los toxicómanos la libertad de decisión en cuanto al tratamiento que elijan. La coordinación con los Servicios Sociales de carácter específico debe de concretarse en protocolos determinados por los Departamentos competentes en esta materia, particularmente a nivel autonómico.

## Bibliografía

CASAS M. Trastornos psíquicos en las toxicomanías. Barcelona: Ed. Neurociencias, 1992.

FEINSTEIN AR. *The pretherapeutic classification of comorbidity in chronic disease.* J Chronic Dis 1970; 23: 455-468. Informe Planes Municipales Sobre Drogas. Plan Nacional sobre Drogas y Federación Española de Municipios y Provincias. 2002.

GARCIA HERRERO, Gustavo y RAMIREZ NAVARRO, José Manuel. 2006. Manual Práctico para elaborar proyectos sociales. Serie Textos Universitarios. Madrid. Editorial Siglo XXI.

GARCIA HERRERO, Gustavo y RAMIREZ NAVARRO, José Manuel. 2003. *Imagen y Comunicación en Temas Sociales.* Zaragoza, Editorial Certeza.

MEGÍAS E. Análisis crítico de los modelos de sustitución en España. En: VV.AA. Las drogas a debate: ética y programas de sustitución. Fundación Ciencias de la Salud. Madrid. 1999.

MEGIAS, E. *La presencia de las drogas: razones, riesgos y límites.* Curso de Experto en Drogodependencias. Universidad de Málaga, 2000.

OCHOA E , N. Vicente, *Esquizofrenia en una población de adictos a opiáceos en tratamiento con naltrexona.* Psiquiatría Biológica 1996; 3(3): 85-89.

OCHOA MANGADO E. *Dependencia de sustancias,* en: *Antagonistas opiáceos en las dependencias.* E. OCHOA (ed). Barcelona. Ed. Ars Medica. 2001, pp. 1-13.

VV.AA. 2004. II Plan Marbella sobre Drogas y Otras Adicciones 2004/2009. Edición de la Fundación Marbella Solidaria.

VV.AA.. 2004. Informe de Evaluación 2005 del II Plan Marbella sobre Drogas y Otras Adicciones 2004/2009. Edición de la Fundación Marbella Solidaria.

VV.AA. 2004. Reflexiones sobre Bioética en Adicciones. Edición de la Fundación Marbella Solidaria.

## Intervención Psicosocial desde un Centro de Atención a las Drogodependencias

Margarita Llambías Llansó  
Catalina Morey Cámara

### Anexo 2

#### Clasificación de sustancias psicoactivas

Podemos encontrar en la literatura científica distintas formas de clasificación

de las drogas. Pero después de analizar algunas de ellas presentamos como anexo la desarrollada por el Grupo Pompidou del Consejo de Europa.

<b>CONDUCTAS ADICTIVAS NO RELACIONADAS CON SUSTANCIA</b>	Juego patológico Podríamos tener en cuenta también nuevas adicciones comportamentales no referidas en esta clasificación, como la adicción a sectas destructivas, a teléfonos 906 - 903, compra compulsiva, etc.
<b>OPIOIDES</b>	Heroína, Opio y Morfina, Codeína, Opioides Sintéticos, Opioides agonistas-antagonistas y agonistas parciales, Opiáceos o sustitutivos opiáceos prescritos para el tratamiento de droga.
<b>ESTIMULANTES</b>	Cocaína, Anfetaminas, Estimulantes parecidos a las Anfetaminas, MDMA (éxtasis), y Otros Estimulantes no Especificados (nicotina, etc).
<b>HIPNÓTICOS Y SEDANTES</b>	Barbitúricos y otros Hipnóticos, Benzodiazepinas, Tranquilizantes mayores y Otros sedantes/ansiolíticos menores no barbitúricos ni benzodiazepinas.
<b>ALUCINÓGENOS</b>	Drogas alucinógenas sintéticas, Hongos y otras plantas y derivados, Fármacos con efectos alucinógenos (Ketamina, etc.).
<b>SUSTANCIAS VOLÁTILES</b>	Sustancias volátiles sin especificar, Pegamentos/colas, Gasolineras y gases combustibles, Propulsores de aerosoles, Pinturas, disolventes de pinturas y quitapinturas, Nitritos vasodilatadores, Gases y líquidos anestésicos, Gas de extintores de incendios, Quitamanchas y productos para limpieza en seco y desengrasar, Líquidos correctores de errores mecanográficos y diluyentes.
<b>CANNABIS</b>	Planta, Resina (Hachís), Aceite, Tetrahidrocannabinol
<b>ALCOHOL</b>	
<b>OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>	Medicamentos antiparkinsonianos, Medicamentos antidepresivos

#### Resumen

Este trabajo surge de la curiosidad de la trabajadora social y la psicóloga de un centro de atención a las drogodependencias por definir las áreas de intervención de acuerdo a nuestra formación complementaria. Pensamos que clarificando el ámbito de intervención de cada una mejoraremos el proceso de atención a la persona, aprenderemos más de las respectivas profesiones y daremos a conocer que lo importante es la predisposición de trabajar en equipo y adecuarse a los objetivos personales de nuestros clientes. A partir de dos casos prácticos describiremos como articulamos el trabajo interdisciplinar desde la psicología y el trabajo social.

#### Abstract

This work arises of the social worker's curiosity and the psychologist of a center of attention of consumption of drugs to define the intervention areas according to our complementary formation. We think that clarifying the environment of intervention of each a we will improve the process of attention to the person, we will learn more than the respective professions and we will give to know that the important thing is the bias of to work in team and to be adapted to the personal objectives of our clients. Starting from two case studies we will describe like we articulate the work interdisciplinary from the psychology and the social work.

#### Palabras clave

Intervención psicosocial, consumo de drogas, trabajo social.

#### Key words

Psychosocial intervention, consummate of drugs, work social.

Autoras  
**Margarita Llambías Llansó**

Psicóloga.

**Catalina Morey Cámara**

Trabajadora Social.

Este trabajo surge de la curiosidad de la trabajadora social y la psicóloga de un centro de atención a las drogodependencias por definir las áreas de intervención de acuerdo a nuestra formación complementaria. Pensamos que clarificando el ámbito de intervención de cada una mejoraremos el proceso de atención a la persona, aprenderemos más de las respectivas profesiones y daremos a conocer que lo importante es la predisposición de trabajar en equipo y adecuarse a los objetivos personales de nuestros clientes. A partir de dos casos prácticos describiremos como articulamos el trabajo interdisciplinar desde la psicología y el trabajo social.

La Ley 4/2005, de 29 de abril, sobre Drogodependencias y otras Adicciones de les Illes Balears (BOIB núm. 71 de mayo de 2005) contempla la individualización en el tratamiento como eje sobre el cual se basan las actuaciones en materia sanitaria y un abordaje integrado con los mismos medios materiales y humanos, misma consideración y mismo rigor científico y terapéutico que el resto de prestaciones de nuestro sistema sanitario público.

En su artículo 38, *Niveles asistenciales, la atención de las drogodependencias y otras adicciones*, recogiendo la filosofía de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008, estructura la atención en tres niveles básicos de intervención:

- El *primer nivel* está formado por los servicios de atención primaria de salud y servicios sociales, servicios de urgencia sanitaria y programas para la información, orientación, motivación, diagnóstico y detección temprana.

- El *segundo nivel*, específico para drogodependencias, está formado por equipos ambulatorios interdisciplinares, que tienen como *función específica el diseño y el desarrollo de los planes terapéuticos individualizados*. Su oferta incluye el tratamiento de todas las dependencias, menos el tabaco e incorpora todos los programas terapéuticos que se puedan realizar de forma ambulatoria.

- El *tercer nivel* tiene que ofrecer programas y servicios necesarios para las personas que, por las características de su dependencia o sus circunstancias personales, requieren un tipo de atención o de servicios sanitarios y sociales que no se puedan ofrecer de manera ambulatoria.

El análisis de la intervención psicosocial individual que proponemos estaría enmarcado dentro del segundo nivel.

Las funciones básicas del segundo nivel que corresponderían a los Centros de Atención al Drogodependiente (CAD) serían:

- Diagnóstico, evaluación y tratamiento coordinación de actuaciones.
- Derivaciones de pacientes a los servicios especializados de tercer nivel.
- Participar en actuaciones del primer nivel (prevención) y tercer nivel (inserción).

## Los equipos de atención a las drogodependencias

A principios de 1994 el Consell Insular de Mallorca firmó un convenio con la Consellería de Sanitat de les Illes Balears

(CAIB), la cual estaba adscrita la Dirección General de Acción Social, que delegaba en el Servicio de Acción Social la gestión de la atención al alcoholismo y otras toxicomanías de la Part Forana (pueblos) de Mallorca. Este convenio, junto a la aportación de una determinada partida económica por parte del Govern de les Illes Balears, hizo posible la contratación de los Equipos de Atención a las Drogodependencias que ofrecen atención ambulatoria para el tratamiento individual, familiar y grupal de las drogodependencias.

Actualmente, la atención en el municipio de Palma está adscrita a la Consellería de Sanitat de les Illes Balears y el Equipo de Atención a las Drogodependencias adscrito al IMAS (Institut Mallorquí d'Afers Socials), proporciona atención a la Part Forana de Mallorca.

Los equipos de los Centros de Atención a las Drogodependencias (CAD) de la Part Forana están compuestos por un/a médico/a, un/a psicólogo/a, un/a trabajador/a social/a y un/a auxiliar de enfermería.

El modelo de intervención utilizado es el biopsicosocial, el cual considera a la persona como una entidad integral, flexible y cambiante en el tiempo donde los efectos asociados al consumo pueden tener repercusiones en las diferentes áreas (biológica, psicológica y social), por lo cual, se le ha de ofrecer al cliente un tratamiento en estas tres dimensiones.

Ninguna de las tres vertientes es más importante que las demás, es decir, las tres tienen la misma importancia y los profesionales del Equipo están en el

mismo nivel en cuanto a responsabilidad de tratamiento.

Y para poder ofrecer un tratamiento de calidad, el diseño del Plan de Trabajo tiene que ser personalizado y a la vez flexible como esta realidad.

Los equipos interdisciplinares son indispensables para tener una visión amplia, enriquecedora y global, no es solamente la suma de las partes si no una responsabilidad compartida, una interacción de sus disciplinas, una actitud y una disposición de un sistema de profesionales que cada cual, desde su ámbito, contribuye al conocimiento común y al acompañamiento de la persona. Así pues, los enfoques y las experiencias individuales de todos los profesionales de las diferentes disciplinas que intervienen en el proceso terapéutico contribuyen a que no se pierda la visión global de la persona.

Lo más difícil es relegar el protagonismo personal a favor del grupo, un buen equipo es aquel que revisa donde puede mejorar constantemente y aunque las opiniones sean diferentes, son capaces de llegar a un consenso en el plan terapéutico y en el tratamiento.

Para no perder de vista el objetivo que nos pide la persona y la evaluación inicial del equipo terapéutico, se deben facilitar espacios de coordinación y planificación que permitan la comunicación y la creación común de hipótesis para elaborar dicho plan de trabajo. Es necesario clarificar donde intervendremos, como lo haremos, en qué momento del proceso y quien o quienes serán las personas más apropiadas para llevarlo a cabo. De esta

forma, evitaremos duplicar intervenciones y no dar las opiniones personales de los profesionales sino la opinión del equipo. Delimitar las funciones de cada profesional facilita la tarea diaria, descongestiona agendas y decisiones poco acertadas.

El trabajador social intervendrá en los siguientes casos:

- Cuando el uso o abuso de la droga es para obtener mejores relaciones familiares y sociales.
- Cuando el uso o abuso de la droga es porque la persona no puede establecer buenas relaciones con su entorno.
- Cuando el uso o abuso de la droga implica la pérdida de relaciones familiares y sociales y la persona quiere volver a establecer estos vínculos.
- Cuando la persona necesita un apoyo para la búsqueda de empleo o actividades formativas.
- Cuando la persona o familia necesita información y orientación de recursos que favorezcan la mejora de la calidad de vida de la persona.
- Cuando la persona que está en tratamiento quiere que su familia reciba apoyo.
- Cuando es necesario una coordinación con los diferentes recursos intervenientes y si la persona que está en tratamiento autoriza dicha coordinación.
- Cuando hay sanciones y procedimientos judiciales.

El psicólogo interviene en los casos siguientes:

- Cuando la persona quiera un acompañamiento para modificar comportamientos que nos planteen que quieren cambiar.
- Cuando exista un malestar clínicamente significativo asociado o no al consumo que interfiere en su proceso de cambio.
- Cuando se ha de realizar diagnóstico, evaluación y tratamiento de los trastornos mentales y/o del comportamiento asociados o no al consumo.
- Cuando se detecte malestar clínicamente significativo en pareja y/o familiares del cliente, para valorar derivación o inclusión en tratamiento conjunto.
- Cuando se ha de potenciar los recursos personales y/o para facilitar el aprendizaje de nuevas formas de afrontamiento a situaciones estresantes relacionadas con el consumo.
- Cuando exista dependencia psicológica y/o emocional.
- Cuando las percepciones, atribuciones y/o creencias dificulten la adquisición/recuperación de las relaciones sociales.
- Cuando se deba realizar un diagnóstico diferencial.
- Cuando los rasgos de personalidad y/o conductas disfuncionales, psicopatológicas interfieran en su incorporación sociolaboral.

## Caso Práctico 1

D. A., varón, 17 años de edad.  
Motivo de consulta: abandono de consumo de cannabis.

Acude al CAD solo. En la primera entrevista de acogida al servicio se valora si es un perfil de nuestro centro o por el contrario, lo tenemos que derivar a otro recurso más idóneo.

En esta primera toma de contacto nos presentamos y explicamos como funcionamos y lo que podemos ofrecer. A su vez, se valoran diferentes áreas con una entrevista semi-estructurada en la cual, como índice de gravedad surge el consumo de cannabis, los problemas familiares y los problemas relacionados con el trabajo.

Había comenzado a tener algún que otro problema con la policía (él esperaba tener un juicio).

Informamos a la persona que la información recogida se expondrá en equipo y que se llamará para darle cita para empezar tratamiento en función de la evaluación del mismo y sus propios objetivos.

En la reunión de presentación al Equipo se decide que se el trabajador social el que inicie el tratamiento ya que el perfil diagnóstico era de un consumidor abusivo de cannabis con uso de cocaína.

A nivel médico no se valora la necesidad de atención en estos momentos ya que no era necesaria desintoxicación, medicación ni tenía indicadores de gravedad.

A nivel psicológico tampoco se valora necesaria una intervención ya que su malestar no era clínicamente significativo.

El índice de gravedad del Europassi daba una puntuación alta en las relaciones familiares y él consideraba que ese era uno de los temas donde necesitaba más ayuda.

Las primeras líneas de actuación en el Plan de Trabajo serían, en primer lugar, clarificar la demanda, reforzar la adherencia al tratamiento, evaluar el estadio de cambio, motivación, y dar soporte a su demanda: relaciones familiares.

Es por todo esto que la trabajadora social era la figura idónea para iniciar el tratamiento. Se le incluye en un Programa Psicoeducativo Libre de Drogas con apoyo y análisis familiar.

La primera entrevista con la trabajadora social es para crear el vínculo terapéutico y de diagnóstico para poder pactar los objetivos de cambio. En esta entrevista se valora el tipo de consumo y el tipo de relación que tiene D.A. con su familia, ya que son los temas que él valora como más importantes.

En este caso, él estaba reocupado porque las relaciones que tenía con sus padres no eran buenas. Por ese motivo se procedió a elaborar con D.A. su historia familiar, su historia de consumo y la motivación que tenía él hacia el tratamiento.

Durante la elaboración de la historia de consumo surge el uso abusivo de cocaína que había tenido con anterioridad. Mediante el balance decisional (aspectos

positivos y negativos del consumo), D.A. explica cómo le influyó el consumo de cocaína en su vida (relación con la familia, relación con los amigos, colegio, pueblo...). Se habla de la autoimagen y de cómo veía su futuro. D.A. aparentaba ser más maduro de la edad que tenía.

Durante el tratamiento empieza a trabajar con su padre y se muestra responsable en el trabajo.

Las entrevistas eran abiertas e individuales y se iban adaptando a las necesidades vitales y los conflictos que tenía D.A. con su entorno, potenciando sus capacidades y responsabilizándolo de su proceso de cambio.

A petición de los padres y con el consentimiento de D.A. se realizaron entrevistas familiares donde se pudo analizar el momento del ciclo vital en el que se encontraban, las relaciones familiares y las normas de convivencia.

El diagnóstico de la situación familiar era de cambio del ciclo vital: familia con hijo adolescente con tendencia homeostática, el padre ausente pero a la vez ponía límites y era muy exigente con D.A. La madre era más permisiva y tenía un fuerte sentimiento de fracaso con su hijo porque éste era consumidor de drogas. El adolescente había estado parentalizado hasta el momento, en que utiliza el consumo "para escapar" de la situación familiar. De su hermana pequeña (12 años) casi no se habla.

La intervención familiar fue encaminada a poner límites entre los subsistemas parental y filial, dar información sobre la adolescencia y todo lo que provoca dentro de la familia, pautas de relación con el adolescente y desdramatización del consumo de drogas.

A partir de estas intervenciones familiares se detectó que la madre tenía un fuerte sentimiento de fracaso, habían muchas discusiones por las normas con su marido (el cual era muy rígido igual que el propio padre de la madre) y la madre iba perdiendo su lugar, fuerte sentimiento de soledad, sentimientos de frustración y daba la culpa al hijo.

A partir de estos datos expuestos en la reunión interdisciplinar se decide tener dos líneas de intervención: una con D.A. para trabajar su proceso de cambio, que seguiría realizando con la trabajadora social dado el vínculo terapéutico existente. La otra sería con los padres para trabajar la relación de pareja y parental, que llevaría la psicóloga, también como estrategia para diferenciar los subsistemas y que el proceso de pareja y padres no interfiriese dentro del proceso de toma de decisiones contra el consumo de D.A.

## Caso práctico 2

*P.J., mujer, 53 años de edad.*  
Motivo de consulta: dejar de consumir alcohol.

Derivada del médico de cabecera porque había tenido una fuerte recaída con un intento de autólisis. Era un reinicio ya que había estado en tratamiento en nuestro Servicio hace 6 años.

Se procede a realizar la acogida como si fuese nuevo ya que hacía más de seis meses del cierre del expediente. Consideramos importante analizar el momento actual y las necesidades actuales de la persona.

Cuando ella inicia el tratamiento, en la acogida, deja claro que no quiere tomar medicación.

Casada hace 30 años, una hija común de 24 años. Marido, hombre de negocios, con jubilación anticipada. Ella se encuentra en paro hace 2 años, con formación de técnico de grado medio siempre en activo acorde a su formación. Refiere que la pérdida de su empleo fue el desencadenante para iniciar el proceso de recaída.

En la reunión del equipo terapéutico se prioriza el tratamiento psicológico debido a que la sintomatología depresiva era clínicamente significativa ya que puntuaba en todos los ítems críticos del apartado psiquiátrico del Europassi (índice de gravedad) y era valorado por ella misma con la puntuación máxima. El perfil diagnóstico inicial es el de dependencia del alcohol con trastorno del estado de ánimo inducido, con síntomas depresivos.

El Plan de Trabajo elaborado comienza con una cita concertada con el médico para valorar desintoxicación ambulatoria. A su vez, la paciente ya tenía vínculo terapéutico establecido con el médico dado que lo conocía del anterior tratamiento y los otros profesionales eran nuevos. Este hecho facilitó que no se sintiera reacia a tomar medicación si era necesario. A continuación se inició la intervención psicológica.

En las primeras entrevistas de diagnóstico se establece el vínculo terapéutico y se definen los objetivos de tratamiento conjuntamente. Acordamos iniciar las sesiones centrándonos en recuperar la autoeficacia con respecto al consumo y priorizar su malestar emocional.

Con respecto al primer objetivo, se realiza la evaluación del nivel de motivación y el

estadio actual de su proceso de cambio. Trabajamos los momentos en los cuales ella había estado abstinente para analizar las conductas que habían tenido éxito y centrarnos en los aspectos positivos, motivos que le llevaron a dejar de consumir. También se revisa la recaída y las posibles situaciones de riesgo.

Con respecto al segundo objetivo, P.J. valora como prioritario los problemas de comunicación con su marido y la situación familiar como fuente de estrés. El marido la culpabiliza por su adicción "*no lo dejas porque noquieres, eres débil, no tienes fuerza de voluntad...*" y por no ocuparse de las tareas domésticas ya que no trabajaba fuera del hogar.

En la siguiente interconsulta se decide como estrategia de intervención dar cita con la trabajadora social para estudiar la situación actual de la familia con el objetivo de valorar cual es el recurso más indicado para aliviar el estrés.

En la entrevista con la trabajadora social se aclara que P.J. vive con su marido y un primo de éste, P. el cual tiene un retraso mental calificado con un 70% de minusvalidez. Su hija comienza a independizarse, motivo por el cual solo acude en momentos puntuales a la casa. Es a partir de que P.J. pierda su trabajo cuando comienza a ser la cuidadora de P., el cual estaba todo el día en casa sin hacer ningún tipo de actividad ya que no había acudido nunca a un centro específico. Éste hecho le creaba a P.J. un fuerte sentimiento de impotencia y estrés.

Se le propone a P.J. la incorporación de P. a un taller específico. De acuerdo con ella se decide proponérselo a su marido como un bienestar y una mejora de calidad de

vida de su primo. Se realiza una sesión conjunta P.J., su marido y la trabajadora social donde se plantea la incorporación de P. al taller. El marido accede.

A partir de aquí, se abrieron otras líneas de trabajo ya que, el marido, que no quería acudir al centro, inició varias entrevistas de pareja con la psicóloga para apoyar el tratamiento de su mujer.

Este hecho permitió que él empatizase con P.J. y comenzara a entender la adicción no como un "vicio" sino, como un proceso.

Las entrevistas realizadas con los profesionales del equipo hicieron que el marido depositara su confianza en el tratamiento y que le diera apoyo a su mujer, facilitando las visitas con el equipo terapéutico.

Se acordó en equipo que el Plan de Trabajo continuaría con el seguimiento psicológico individual centrado en el mantenimiento de la abstinencia, con prevención de recaídas, autoimagen y la identificación y expresión de sus emociones como objetivos redefinidos en el proceso de cambio, con intervenciones puntuales de la trabajadora social para facilitar su incorporación sociolaboral.

Para terminar, podemos decir que los dos perfiles profesionales son complementarios y necesarios para llevar a cabo una buena intervención. Que lo que realmente importa es la predisposición a llevar a cabo un trabajo en común y reconocer al otro perfil profesional como válido y adecuado para sus respectivas tareas.

#### Bibliografía

ARANA X., HUSAK D., SCHEERER, S. : *Globalización y drogas, políticas sobre drogas, derechos humanos y reducción de riesgos*. Ed. Dykinson, 2003.

BOBES, J., CASAS, M., GUTIERREZ, M. : *Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias*. Ed. Ars Médica, 2003.

Gestionando las drogas. Conferencia de consenso sobre reducción de daños relacionados con las drogas : cooperación e interdisciplinariedad. Publicacions Grup Igia, 2000.

MILLNER & ROLLNICK. : *La Entrevista Motivacional*. Ed Paidos, 1999.  
Graña, JL : *Conductas Adictivas. Teoría, Evaluación y Tratamiento*. Ed Debate, 1994.

HARO G, BOLINCHES F, at col : *Aspectos éticos de la asistencia clínica en los trastornos adictivos*. Revista Trastornos Adictivos 2002;4(2):109-114.

SANCHEZ-HERVAS,E., TOMAS GRADOLI, V.: *Intervención psicológica en conductas adictivas*. Revista Trastornos Adictivos 2001;3(1):21-27.

ROVIRA, J i PRIOR, C. : *Abordatge Familiar en drogodependències*. Revista Alimara 1998  
Roig cerdà, A. : *Abordatge integral de l'alcoholisme*. Revista Alimara 1998.

ROIG CERDA, A; ROVIRA, J; BORRAS, M; LLAMBIAS,M; MORATINOS JAUME, A Psicòlegs CAD'S ISSEM. El paper del psicòleg/a en el CAD.

ESCARTIN, M<sup>a</sup>.J.; PALOMAR, M. y SUAREZ, E. *Introducción al trabajo social II. (Trabajo social con individuos y familias)*. Editorial Aguaclara, 1997.

VV.AA *Treball social. Conceptes i eines bàsiques*. Escola Universitaria de Treball Social de l'ICESB.

ZAMANILLO, T; GAITAN, L. Para comprender el trabajo social. Editorial Verbo Divino, 1992.

CARO, F. *Característiques de la xarxa d'atenció a les drogodependències de Mallorca. Algunes reflexions*. Alimara. Revista

de Treball Social. Num. 39.  
Llei 4/2005 de 29 d'abril sobre drogodependències i altres addiccions a les Illes Balears. (BOIB núm. 71 de 10-05-2005)  
Plan Nacional sobre Drogas 2000-2008.

Plan de Actuación en drogodependencias y adicciones de les Illes Balears 2007-2011.

# Prevenir, antes que sufrir

Mercé Martínez i Llopis

## Resumen

- " Aunque corramos para saber por donde pisamos, cual es nuestra realidad, el mundo de las drogas es mucho más rápido"
- " Y no te quiero ni contar el desgaste profesional con la nueva realidad, sin tener recurso idoneo para atenderla, el binomio droga-enfermedad mental"
- "... ha variado el mensaje del NO consumas a consume con cabeza..., con responsabilidad, si vas al volante..... puedes salvarte"
- " ... iniciar un protocolo de actuación con aquellas personas que ya han tenido un contacto con el mundo de las drogas, podremos prevenir otros paseos por el infierno"
- " Partimos de la premisa, no comunicada a superiores ni padres, que todos eran poblacion de riesgo, que todos podian ser consumidores..."
- "¿ Somos o no somos permisivos? De verdad que consideramos que la reflexion debe ser madura, no valen medias tintas."

## Abstract

- " Although we run to know for where we step which is our reality, the world of the drugs it is much quicker"
- " And I don't love you neither to have the professional waste the new reality, without having suitable resource to assist her, the binomial drugs - mental illness"
- "... it has varied the message of the NO you consummate to it consumes with head..., with responsibility, if you go to the steering wheel. .... you can survive"
- " ... to begin a performance protocol with those people that have already had a contact with the world of the drugs, will be able to prevent other walks for the hell"
- " We leave of the premise, not communicated to superiors neither parents that all were population of risk that all could be consumers..."
- Are we or we are not permissive? Really that we consider that the reflection should be mature, they are not worth stockings inks."

## Palabras clave

Blanca Nieves, adictos en potencia, responsabilidad y madurez, crear, drogamina.

## Key words

Blanca Nieves, addicts in power, responsibility and maturity, to create, drogamina.

Autora Mercé Martínez i Llopis

Trabajadora Social.

Master en Gerencia en Servicios Sociales. Coordinadora de Equipo Base en el Ayto de Foios.



Cuando de pequeños nos narran el cuento de Blanca Nieves de los Hermanos Grimm, posiblemente sea la primera interpretación de consumo de lo prohibido.

Una mezcla entre la manzana (fruta prohibida) que la serpiente le ofrece con lascivia a Eva y la manzana que una vieja decrepita y con aspecto enigmático le ofrece a la niña. Y mira por donde qué símil, era Blanca y Nieve.

¿Y qué es lo que encontramos en la manzana? Por supuesto las dos mujeres de nuestros cuentos, Blanca Nieves y Eva, hallan placer, o eso esperan, incluso una de ellas una profunda somnolencia típica sintomatología de las benzodiacepinas o barbitúricos.

Y además de todo, no les sucede nada, bueno..., nada no, la primera espera el beso que la despierte de su inútil sueño y todo

arreglado y a la segunda le echan mil y una maldiciones que por ahora aún estamos cumpliendo, pero las vamos sobrellevando



porque ¡la medicina avanza que es un primor!

Estos relatos que les contamos a los niños/as son las primeras historias narradas sobre tentaciones adictivas en que las dos (no entraré a analizar el machismo derivado) no pueden decir que no, y sienten predisposición al banquete gastronómico en busca de los efectos esperados.

El año pasado intervine en un curso sobre drogas dirigido a los profesionales que tenemos distintos contactos con chicos y chicas adolescentes, participábamos pedagogos, profesores, maestros, trabajadores sociales, educadores, psicólogos, y algunos padres pertenecientes a asociaciones, un curso en el que la mayoría pensaba que los trabajadores sociales éramos los más informados sobre estos temas, yo, por supuesto no contrarié a la mayoría. El curso lo coordinaba la FAD y contaba con materiales sumamente coherentes, cuidados y escasos.

Nos acercaron en un primer intento a la definición de droga, qué es la drogodependencia, tipos, síntomas, consumo, etc. La primera aportación versó en el conocimiento del mundo de las drogas, pero a mis preguntas sobre prevención e inserción yo no obtenía respuestas más o menos claras y sobre todo no sabía los índices de repercusión sobre la población "adicta en potencia", luego aclararé el concepto.

Cuando comentaba sus perfiles, estilos de vida, precios, es decir, la información práctica, como acercarnos, que decir, como entrar en ese mundo; nadie... ninguno de los profesionales presentes incluido el especialista tenía ni idea.

Les hablé de hachís, de marihuana, de grifa, de costo de wayne, de mari, de chocolate, de la verde, porro, resina, cáñamo, polen y miles de acepciones que existen en el mercado, su bolsita de celofán transparente, sus efectos y más tarde trabajamos el perfil de la gente que la toma, y digo la toma, porque aunque su la mayoría se la fume, se toma en infusión, en galletas en rosquillas, con chocolate de cacao, incluso en tortilla y se amplia su grupo de edad, desde los más jóvenes que la fuman en plan experimental, de 12 a 14 años aproximadamente que se inician con el típico canuto, porro o Wayne o las mil denominaciones que callejearon escuchó, hasta los 20 a 30 años que es relajante a diario, para separar el mundanal ruido de sus tranquilas casas, a los de treinta y tantos y cuarenta y tantos que algún fin de semana continúan relajándose y retomando los 20 años con la risa floja y relajante que produce.

No explicaré los inhaladores de cola o pegamento, ya que en los circuitos que nos movemos es una minoría asociada a barrios muy marginales y no extendida por tanto a la población que atiendo.

Un paso más allá nos encontramos "los pastis", pastilleros de no saben qué, (en su mayoría MDMA) pero sí que conocen sus colores, y efectos; en el mercado los encontramos por tres y cinco ₡, tienen formas y colores vistosos y atractivos, loves, cochecitos azules, suspermanes, delfines, setas verdes, bolitas de pinball... pero que son de diseño y estimulantes, saben que no las deben mezclar sobre todo con alcohol pero si que permiten ciertas mezclas, policonsumo, encontrándose con el riesgo de la incertidumbre sobre la seguridad de su

salud, -me pasará o no, aguantaré, me llevarán a urgencias, resistiré, -me comí seis el fin de semana pasado y lo cuento calculando que con 250mg/Kg. peso puede sobrevenirle la sobredosis.

El gran incremento de menores, con fracaso escolar, problemáticas familiares y círculos sociales deteriorados y por supuesto con poco dinero para consumo de otras sustancias, rápidamente pasan de consumidores a trapicheros, mulas, quiosqueros, vendedores y consumidores de otras tendencias. Sus ingresos aumentan con rapidez y de forma considerable, permitiéndoles tener un nuevo estatus entre sus iguales.

Al realizar mi grupo de trabajo el estudio sobre adicciones, en la realidad que trabajamos, (el dato del lugar no debo aportarlo) en un Instituto de Enseñanza Secundaria, a los cursos de primero y segundo, detectamos que un 97% conocían las drogas, saben como y donde obtenerlas y de ellos un 90% las habían probado y un 73% eran consumidores de fin de semana.

Estas cifras nos abrieron otras perspectivas de trabajo, ya no eran los yonquis, marginales sino que los "adictos en potencia" eran todos los estudiantes, todos los jóvenes entre 12 a 16 años a quienes debíamos enfocar nuestros esfuerzos. Todos conocían el hachís, el alcohol y el tabaco, pero las pastillas también eran conocidas y alguna vez consumidas por el 47%. Los datos hallados no nos sorprendieron, ya que la realidad nos los iba plasmando poco a poco.

Pero si comprendimos que cuanto más adulto era el joven, el consumo se

trasladaba de las pastillas a la cocaína cambiando el perfil del adicto.

Entre "los pastis" y la papelina de glass (cocaína) detectamos el éxtasis líquido, con mayor precio y perfil de jet-set o beautiful people de islas y mares paradisiacos, o rutas electrónicas, tomando biberones y transparentes, llegándose a establecer líneas de autobuses ex-profeso y controles policiales cada fin de semana por los graves accidentes, sobredosis, e incluso muertes, incidiendo en la gran alarma social creada. El éxtasis como su nombre indica extasía, excita, es la droga del amor, es el speed, la prisa y su efecto alucinógeno respecto al erotismo y la sexualidad incrementa el ritmo de las discotecas.

Los "triperos" están demodé, también pertenecen a los grupos de los alucinógenos pero dado el control y subidón desorbitado su venta ha bajado con respecto a las pastillas o el éxtasis líquido aunque también posee fieles seguidores, estos, socialmente tienen un visible y acelerado deterioro, vendido en gelatina y micropuntos.

El cristal y cucurcho continúan siendo de superdiseño manipulados en laboratorios Farma-químicos ilegales y vendida a precios indecentes para su composición, necesitan litros y litros de agua por sus efectos secundarios por lo que en el mercado el agua se encuentra a ciertas horas de la noche a precio de oro ya que el alcohol ya no es rentable para los locales de ocio De 30 a 50€ euros lo pillas.

Aunque corramos para aprender por donde pisamos, cual es nuestra realidad,

el mundo de la droga es mucho más rápido, como con la "Keta" la "Yegua" la anestesia de los veterinarios produciendo efectos en humanos. Alucinaciones inmediatas que cuando llegan al Hospital los profesionales sanitarios no saben con que actuar.

La cocaína, coca, nieve, perico, raya, caspa, polvillo, angel, la encuentras en todas partes, pero en menor cantidad que hace un año. Los alijos van haciendo estragos en el mercado, cinco líneas, rayas, mountains cortos los pillas envueltos en su plástico de bolsa de compra de supermercado con su lacito atado por 30 € Un iniciado no llega a pasar la noche con un atillo.

La bajada de consumo de "caballo" heroína, elevó el aumento de cocaína, por diversos motivos que no voy a exponer, hecho contrastado en diversos centros de atención y rehabilitación y dato expuesto por el Dr. Psiquiatra D Vicente García Vicent en diversas Jornadas de trabajo sobre drogodependencias. Por tanto se había reducido el VIH, las jeringuillas callejeras y la imagen social deteriorada, los yonquis han ido siendo minoría durante más de una década, pero actualmente las políticas, las pacificaciónes y negociaciones posteriores a las guerras sitúan un nuevo mercado emergente "el jaco", que consumido fumado ya no necesita hacer intercambio de fluidos.

Como me explicaba un gran amigo mío, Pakistán y Afganistán es lo que tienen.

Pero el más moderno de los mac, el más in de los in, el más way de los ways consume mucho y diverso, dependen para lo que lo necesite, Y no te quiero ni contar el

desgaste profesional con la nueva realidad sin tener recurso idóneo para atenderlo, el binomio droga-enfermedad mental, que como si se tratara de un algoritmo, nadie sabe por donde empezar.

Ante todo este batiburrillo y siendo técnica de prevención y habiendo trabajado veinte años en la prevención me pregunto, una de dos, o no sirve de nada lo que hago y es hora de plantearnos nuevas alternativas o continuamos no comprendiendo la realidad y no escuchando lo que no nos interesa oír.

Parece que se tenga que decir en pequeños comités, en grupos reducidos de profesionales, ni tan siquiera en grupos especializados, pero en la materia, estamos fallando, no llegamos, no tenemos un buen proyecto, los hemos analizado y evaluado y los resultados están en la calle, el consumo aumenta, las drogas son más rápidas que nosotros, mutan, se combinan y cambian sus nombres, sus precios, síntomas, invaden los parques, institutos, recreativos, futbolines, colegios.... Cada día son más. Y no pretendo ser agorera ni pesimista, sino lo que planteo es que tendremos que ser más objetivos y realistas.

También hemos notado un cambio en la actitud con respecto a los programas de deshabituación alcohólica, ha variado su mensaje, del NO consumas a consume con cabeza, con responsabilidad, si vas al volante no consumas, que uno de tus amigos no consuma por tanto el resto si que puede, si tus amigos/as o tu detectáis a otro en coma acude a tu hospital de referencia puedes salvarle.

Hemos dejado atrás las palabras tabú, las que no se podían nombrar para llamar a

la realidad por su nombre, la población joven y no tan joven cuando esta de festival bebe alcohol, y además bebe mucho.

Debemos ser realistas respecto a la adicción a las drogas, solo una minoría muy deportista no prueba las drogas, es fantástico, pero debemos tener en cuenta que es una minoría.

La inmensa mayoría van a probarlas, de ellos un 70% la consumirá, va intrínsecamente unido a ellos/as y a su edad, de nada nos sirve decirles "niño eso no se mira, eso no se toca, a eso no se juega", porque el niño mirará, comprará y probará.

Un mundo feliz, un mundo sin drogas no existe, el "no lo hagas es pecado", "no lo hagas, caca", "no lo hagas porque el mundo se acaba", no sirve.



Y una de dos, o hacemos que llegue pronto el príncipe bobalicón pero eficaz y se morre con la Blanca Nieves ignorante o hacemos que Eva no perciba que la manzana está prohibida y tiene muchas más manzanas.

Desde el punto de vista preventivo vamos primero a imaginar la opción A, llega el príncipe "tontolhaba" y le besa y le cura y...

Su padre, su madre se lo decían, su doncella se lo decía, el cocinero, su curandera, incluso los siete enanitos la tenían avisada y aun así lo probó, se la comió, necesitaba iniciarse en la experiencia de lo improbadito, de lo

nuevo, de lo misterioso, de lo prohibido, de lo magnificado, de los jóvenes y rebelada a su sociedad adulta, la probó. Por tanto la teoría de la prevención boca-boca, eso no se dice, eso no se hace, eso no se toca no es efectiva. Debemos de aprender de nuestros errores y por lo tanto vamos a barajar dos hipótesis.

La primera, si los adultos desde su mundo exterior, sus padres, sus maestros, sus trabajadores sociales, sus educadores, su pedagogo, su médico se lo dicen y no sirve de nada ¿Quién se lo debe de decir?, ¿De qué le sirve oírlo de estos interlocutores?, ¿Cómo entrar en su mundo?

Contamos con la premisa que cuanta más información y mayor sea su veracidad coherencia y lógica, sin que peque de intrusiva, exclamativa o alarmista; mayor será su grado de autonomía en la toma de decisiones.

¿Pruebo o no pruebo?, Si pruebo, ¿repto? ¿no repto? y ¿cuantas veces? y ¿en qué ocasiones o situaciones?, ¿de fiesta?, ¿de marcha?, ¿para olvidarme de mis rollos?, ¿para perderme?, ¿para no encontrarme? ¿para que no me taladres?

Y además si busco excitarme, no tomaré depresores ni relajantes si busco tranquilizarme no tomaré excitantes ni alucinógenos, si busco ver la realidad no me tomaré un hongo no tomaré hipnóticos.

No le voy a decir consume, pero si que consumas con responsabilidad, porque lo que se derive del hecho es tu responsabilidad, porque lo eres para elegir, si eres mayor para encontrar su venta eres responsable para saber lo que

compras, le voy a decir que no es el primero ni el último pero si que puede patinar y estrellarse contra el muro. Ese bajón del DIA después, el finde de después, el estomago, la sed, la cabeza, el hambre las ganas de llorar, el dolor, lo va a sentir y si vuelve a consumir para pasarlo es que ya está, ya le pertenece, ya ha caído en su tela de araña, busca ayuda para no llegar tarde.

Los adultos sabemos que lo vas a hacer, pero ¿vas a conocer como son, donde las encuentras que síntomas, como las cortan, en definitiva qué te metes.

Si tienes un subidón busca un hospital, debes de intentar conocer con que la cortan, si es coca, si son pastillas guárdate una en el bolsillo, porque cada día las fabrican con diferentes componentes, si es cucuricho, guárdate un poco siempre queda un poco, si conocemos que podemos actuar antes. Te pasará también con el alcohol si tienes una borrachera imposible de controlar te pondrán b-12 y te encontrarás mejor y sobre todo para recuperarte.

La segunda hipótesis permite iniciar el protocolo de actuación con aquellas personas que ya han tenido un desliz en el mundo de las drogas, podremos prevenir otros paseos por el infierno.

Las campañas de televisión hechas por la FAD sí son eficaces, les queda claro que no son buenas, son conscientes, conocedores de qué no es sano, la asociación de las imágenes desagradables con la droga, el gusano entrando por la nariz y pasando al cerebro... también son buenas las dirigidas a los padres, el toma-gracias, se educado, baja los pies del sofá, realmente causó la necesidad de

muchos padres consecuentes que explicaban a sus hijos que habían cosas que tenían que aprender y una era a decir que no y no dar las gracias. El mensaje tiene que ser alto y claro, aunque nos cueste reconocer que hasta el momento hemos fallado.

Un punto paradójico lo tenemos en esos mensajes, no directos sino subliminales o indirectos, no bebas y vendemos alcohol, no fumes y vendemos tabaco, no te drogues y veo a mis seres queridos pastilleando, eso si con receta médica, son paradojas sociales... sin resolver.

El canal de dicho mensaje no solo es la televisión ni las charlas educativas en el instituto, ni en los colegios, ni las peroratas de los padres, el canal debe ser el cine, la música, Internet y el móvil y sobre todo algunos colegas cercanos.

El receptor y al mismo tiempo emisor deben de ser los chicos y las chicas muy, muy jóvenes son los interlocutores más validos entre sus iguales. Debemos integrar nuevas ideas, nuevos conceptos y olvidar los tabúes.

Si realmente la sociedad quiere olvidar esa lacra debe negociar con sus mitos, yo puedo predicar en el desierto y como nos pasó a nosotros con Eric Clapton, Marley, Patty Smith, Jane Joplin, John Lennon y sigue y sigue y ahora Estopa, Melendi, Pereza, Ska-P Los Suaves, Redrama, Linkin-Park exultantes plantando todo un campo de marihuana y otros vendiendo petas o lega, legalización cannabis de calidad y barato alucinados con el ultimo. Sus líderes o mitos no pueden ser abanderados de las drogas.



La hipótesis B de nuestro cuento, el de Eva, que no tiene ningún interés por lo prohibido porque el mercado está lleno de manzanas legales, etiquetadas, con control sanitario y con procedimientos de mejora y pierde o no la necesidad de tomarlas. Podemos analizar los países donde esta legalizada y aquellos que a través de sus centros sanitarios se dispensa, de forma que perdemos la delincuencia que trae consigo y la adulterabilidad a la que le tenemos que hacer frente. Pero este discurso lo dejó en manos de los entendidos, me considero neófita en la materia.



Sobre mi tarea de prevención y apostando por Blanca Nieves, voy a plantearme una serie de interrogantes una vez decidimos que vamos a llamar a las cosas por su nombre:

¿Necesitamos probar nuevas experiencias y tener nuevas sensaciones?

¿Estamos fomentando una crianza sobreprotectora de adultos infantilizados?

¿Falla la comunicación intrafamiliar?

¿Estamos en la era del desapego y la agresividad?

¿Tenemos sensaciones de aislamiento, individualismo y soledad?

¿Atendemos a jóvenes incapaces de tomar una decisión por si solos?

¿Rechazan per se todos los valores sociales que se les intentan inculcar?

Solo es un síntoma de juventud y con la edad se supera, ¿nos rebelamos a todo siendo jóvenes?

La realidad que encuentran no les gusta y ¿necesitan huir?

¿Nos falta la autoestima y por tanto sufrimos inseguridad?

¿Encontramos satisfacción en nuestro mundo exterior?

La disciplina y el exceso de autoritarismo ¿fomentan la búsqueda de adicciones?

El grupo social al que pertenezco ¿vive entre el abuso de drogas?

La prolongación de la juventud por no tener oportunidades ¿favorece la adicción?

Si no me puedo mantener porque no tengo trabajo ¿prolongo mi juventud?

Si no tengo una casa para responsabilizarme ¿mis padres decidirán por mí?

Si no tengo que tomar decisiones imperantes para mi futuro ¿favorezco mi inmadurez?

De todas estas preguntas y de las reflexiones anteriores se deduce la necesidad de potenciar transversalmente en los jóvenes:

Fomentar y crear cursos, jornadas, talleres, materias, cine, música, programas y yo que sé... sobre habilidades sociales y autoestima a edades tempranas con el fin de favorecer la madurez con responsabilidad.

Fomentar y crear cursos, jornadas, talleres, materias, cine, música programas y yo que sé... sobre la toma de decisiones y sus consecuencias.

Fomentar y crear cursos, jornadas, talleres, materias, cine, música, programas y yo que sé... con los padres favoreciendo la corresponsabilidad con sus hijos y la estimulación de la independencia y autonomía.

Fomentar y crear cursos, jornadas, talleres, materias, cine, música programas y yo que sé... sobre drogas, como son, que son y como las van a encontrar (ocurre lo mismo con el sexo y irremediablemente todos hemos aprendido).

Fomentar y crear cursos, jornadas, talleres, materias, cine, música programas y yo que sé... sobre que hacer para sentirte mejor cuando ya estás peor.

Fomentar y crear cursos, jornadas, talleres, materias, cine, música programas y yo que sé... sobre que hacer cuando estas peor pero puedes estar mucho peor que peor.

Si redujésemos la adicción a una minoría socialmente mal catalogada como llegó a ser en su momento otras problemáticas ¿reduciríamos su demanda?

Si negociásemos con sus líderes y grupos y sus músicos y actores inculcando mensajes altos y claros, ¿reduciríamos su demanda?

Si se denominaran drogas a todas y no creáramos paradojas sociales ¿reduciríamos la demanda?



Porque en nuestro cuento Blanca Nieves, no tenía muchos factores de riesgo, ya que con los siete enanitos era feliz, pero en nuestra sociedad actual necesitaríamos tantos enanitos como niños y niñas existen, un tutor personalizado o un ángel de la guarda.

La FAD escribe que "lo peor que podría acontecer a una sociedad, a una familia, a un individuo, es declarar su indefensión e incapacidad para encontrar soluciones, al problema de las drogas". No pretendo crear polémica con esta afirmación, pero si una invitación a la reflexión ya que los programas de información sobre la drogadicción, problemática, curación y rehabilitación, nos han dado por supuesto buenos frutos, pero no los suficientes por lo que debemos de atacar indirectamente. Tampoco pretendo explicarle a los más preparados cual es el camino y por donde llegar, si la manzana se la tiene que comer asumamos el hecho y vamos a informarle cuando recuperaremos su seriedad.

A través de otras problemáticas (embarazos no deseados, tabaquismo, alcoholismo, el VIH) se ha conocido que la negatividad, el castigo, el demonizar la situación no ha producido ningún retroceso en la acción, hemos de realizar benchmarking y poder copiar estos procesos. Aprender de los cambios provocados y que han mejorado las situaciones (la píldora del día después).

Un ejemplo práctico de ello, lo tuvimos con la aplicación de la Ley de Seguridad Ciudadana "ley Corcuera", que en Valencia se aplicó con mucho vigor y

provocó que muchas profesionales conociesen a los consumidores, no porque iban a dejar de consumir, sino que al venirles denuncias de a 100 Pts (en esos momentos) y tratarse de jóvenes sin ingresos económicos, nos dedicábamos a ayudarles a realizar reclamaciones previas a la vía jurídica o aplazamiento en los pagos, como letras de la última equipo de audio comprado. La denuncia en ningún momento evitó el consumo, si produjo gran distancia entre los jóvenes y las autoridades, es más, cada vez en el pesaje de los gramos de la droga que exponía en las denuncias era superior el peso con el tiempo transcurrido.

Conocimos a los consumidores y se acercaron a los servicios sociales como los que me van a explicar el rollo de lo perjudicial para mi salud y me quitaran la denuncia, lo que ellos/as no sabían era que interviniémos y que el grupo formado continua interactuando sin presentar consumo habitual.

De todas formas los mundos de yuppy no existen y con la experiencia abordamos el hecho contando con muchos factores que jugaron a nuestro favor.

Sobre los tipos de prevención, el modelo médico y el ético-jurídico tiende a reportar mayor desazón, la sociedad en sí se siente reconfundida consigo misma, -ya se lo avisé y le dije las consecuencias,- pero deben afectar a los narcotraficantes y grandes negociadores y no a los consumidores, no los podemos apartar de nosotros si consideramos que son enfermos, víctimas de las drogas.

Los modelos socioculturales y psicosociales son los que a efectos preventivos pueden ser mucho más

eficaces, el entorno social, su hábitat, sus familiares, colegas, escuelas y los programas transversales es donde se deben invertir los esfuerzos, sobre todo económicos, para llevar a cabo con rigor programas de prevención.

Las charlas de las Unidades Preventivas de Consumo durante el tiempo que determina una subvención, con contrataciones temporales, sin experiencia en la especialidad, y muchas veces con programaciones descoordinadas de los servicios ya existentes, otras veces las subvenciones son aprobadas a ONG's o Asociaciones de ex-consumidores que por el hecho de haber sido víctimas tienen el poder de la palabra y saben como realizar las intervenciones preventivas -el mirarme en que me he convertido tiene dos lecturas, la primera es que tu imagen esté deteriorada y provoques rechazo social y la segunda es que les estés aportando la lección que aunque tocaste el infierno no pasó nada porque ahora ya estas bien, ojo con los mensajes que buenamente aportamos.-

Nunca un ex-alcohólico, un ex-cocainómano, un ex -de lo que sea,- puede ser un profesional entendido en la materia, entendido será pero en su materia, con sus síntomas, sus abstinencias, sus monos, su rehabilitación, la persecución de su objetivo y la reinserción, pero no podrá desarrollar un programa preventivo porque no domina la técnica, ni tiene los instrumentos ni tiene el saber para poder medir y saber caminar entre el filo de la información y el acercamiento. Y aunque en diversos congresos y jornadas estas formas no profesionales de prevención están ya desajustadas y despreciadas, en la realidad continúan existiendo, de

hecho se continúan subvencionando por la Administración Pública Autonómica.

El caos creado al menor desde el sistema de educación, sanidad y servicios sociales tiene que parar, no podemos ir cada dos años, cada uno con su programa para poder decir que lo hacemos y que hacemos algo y extenderlo cual manto sobre las aulas y quedarnos tan contentos.

Otro interrogante que surge y no puedo dejar de expresar, es la falta de criterio para la unificación de las políticas sociales de los partidos mayoritarios respecto al tema que nos ocupa. No es cierto que hasta en temas tan peliagudos como el terrorismo, en ciertos momentos se ha llegado a la negociación de criterios? ¿Porqué existe tanto silencio respecto a la lucha contra la droga?

El menor y sus padres deben de tener un profesional de referencia, un trabajador social que conozca el interior de la escuela y su entorno, su familia y que interacione en sus iguales.

El resultado positivo al afianzamiento de la autoestima, a la mejora de su autonomía, a facilitar la toma de decisiones, a provocar su independencia y no su hiperprotección, ni anulación de capacidades y responsabilidades ante su edad real, debería plantearnos invertir en ese camino.

Sus emociones como adolescente, su caos, sus muestras agresivas, su cariño oculto, su desconfianza ante la comunicación de sus mayores, deben ser trabajados y reorganizados. Sus actitudes negativas ante la vida, la agresión verbal, sus conflictos no resueltos, su falta de dirección, son típicas en la edad de mayor riesgo ante el consumo habitual de drogas.

Iniciamos la puesta en práctica en los Institutos Comarcales hace ya tres años, con ello quiero reflejar que ya podemos ir evaluando con el tiempo suficiente como para conocer resultados.

Partíamos de la premisa, no comunicada a superiores ni padres, que todos eran población de riesgo, que todos podían ser consumidores y que nos íbamos a situar ante ellos como profesionales que ya lo sabíamos, no desde la premisa del NO y tolerancia 0.

Nos costó separar el hecho de conocer las drogas y conocer que ellos las habían experimentado con el amiguismo que querían encontrar. La toma de contacto fue realizada en materias transversales, en diferentes horarios y con diferentes tutores. Realizamos el primer estudio tipo test con la finalidad de conocer la realidad y protegiendo sus datos como anónimos para no caer en la falsedad de lo contado. Conocimos que en su mayoría ya habían probado las drogas pero siempre cannabis o pastillas de diseño, raramente cocaína, por tanto nos centrábamos en un grupo de edad de 12 a 14 años que no tenían poder adquisitivo y que sus drogas eran baratas de conseguir. El perfil de los jóvenes a evaluar era sano y estudioso, apenas aparecía el fracaso escolar, disfrutaban del ocio y del deporte.

A partir de los 14 años y hasta los 16 la realidad nos demostró que sus ingresos habían aumentado y su consumo era abuso y aparecía el tripy, también la cocaína, pero entre ellos ya diferenciaban tres grupos; el que no controlaba y presentaba síntomas de adicción; el que su consumo era de forma habitual y nace el grupo de intolerantes frente a las drogas. Este grupo nos permitió trabajar

de forma activa frente al grupo que nos rechazaba por demostrar su dependencia.

Encontramos que los jóvenes de 16 a 18 años tenían ya definido su perfil, de aceptación o no de las drogas, de intolerancia o tolerancia, y el grupo consumidor tenía desarrollada una gran dependencia, fracasó en sus estudios y abocándose al mundo laboral y paro.

Con *drogamina* tuvimos un primer acercamiento al mundo del consumo de las drogas, creando grupos que con posterioridad hemos ido trabajando y colaborando en diferentes situaciones, también descubrimos que los profesionales que debían de trabajar este sector dentro del equipo base de servicios sociales debía estar completamente al día, no solo en la parte científica que se desarrolla en el mundo de las drogas sino en la parte social, en el mundillo autóctono y fantasmagórico que lo envuelve. Tampoco podían ser muy adultos, no podemos presentar mucha separación de edad ni rasgos de autoridad son en definitiva los mediadores que ante los problemas de los jóvenes nos acercan a otros trabajadores sociales para que intervengamos en sus dificultades.

Hemos puesto en práctica dos experiencias en siete años con un presupuesto muy reducido, si fuera posible implementar el proyecto con las necesidades de recursos que no pudimos suplir y con los profesionales de proyectos específicos callejeados aún quedaría mayor constancia de nuestro aprovechamiento.

La droga en este momento, en la calle, no son los grandes alijos decomisados por la

Policia, para los trabajadores sociales, ni son "La otra orilla de la droga "de José Luis de Tomás García, son la ruta del bacalao y los fines de semana de cuatro días sin dormir, y la raya para controlar y aguantar en el curro, y la litrona porque todo esta muy caro, pero llevo un Buga de marca y unas bambas súper...

Y como dicen "Los niños mutantes de San Ildefonso" del calicoelectrónico que consigue desternillarme de risa, y son todos los chavales/as de 12 a 16 años quien más lo absorben, "esto que me has dado es una mierda (con perdón), mierda no, porque yo la probé, si la mierda que me diste es una mierda". Pero entonces, ¿somos o no somos permisivos? De verdad que consideramos que la reflexión debe ser madura, no valen medias tintas.

Con esta aportación solo he pretendido presentar a mi equipo del que soy devota admiradora, y al gran esfuerzo realizado junto a los chicos y chicas de los que he aprendido sus experiencias, léxico e infiernos para así poder crear, proyectar y ejecutar nuevos programas que van a tener óptimos resultados en esta batalla frente a la droga.

#### Bibliografía

- FAD. Drogas : "Conocer y Prevenir". Ed.Grupo Prodilsa.
- MARBELLA SOLIDARIA. "II Plan Marbella sobre drogas y otras adicciones." Informe de Evaluación 2006.
- LOPEZ IBOR , M<sup>a</sup> INES. "Drogas fuera". Ed Temas de hoy.
- SAS, THOMAS. "Nuestro derecho a las drogas". Ed Anagrama.
- ESCOHOTADO, ANTONIO. "Historia de las drogas". Ed. Espasa Calpe.
- ESCOHOTADO, ANTONIO. "Aprendiendo de las drogas usos y abusos, prejuicios y desafíos". Ed. anagrama.

## La necesidad de profesionalizar la prevención de los riesgos por consumo de drogas en el ámbito recreativo

Montse Juan Geret  
Amador Calafat Far  
Cesáreo Fernández Gómez  
Elisardo Becoña Iglesias

#### Resumen

Se trata de un estudio sobre mediadores recreativos, en especial sobre los mediadores de los servicios sociales y de prevención de drogas. Se ha realizado una encuesta a un total de 246 mediadores, de ellos 109 son agentes de los servicios sociales y la prevención. En el análisis de los datos se han tenido en cuenta las diferencias entre los mediadores que han recibido o no formación para trabajar con jóvenes y quienes consumen o no algún tipo de drogas. El principal resultado es que se trata de mediadores jóvenes, que están implicados con el contexto recreativo además de por su trabajo como usuarios. Según si son consumidores o no en drogas y si han recibido formación en temas de juventud y prevención existen diferencias significativas en su percepción de los jóvenes, su percepción del contexto recreativo, la percepción del riesgo ante el consumo de drogas de los jóvenes, y su implicación con la prevención. Se propone la necesidad de que en concreto los agentes de los servicios sociales deberían atender en mayor grado su profesionalidad para trabajar con jóvenes.

#### Abstract

It is about a study on recreational mediators, especially on the mediators of the social work and of prevention of drugs. Has been carried out a survey to a total of 246 mediators, of them 109 are agents of the social services and the prevention. In the analysis of the data they have been kept in mind the differences among the mediators that have received or non formation to work with young and who consume or not some type of drugs. The main result is that it is about young mediators that are implied with the recreational context besides for its work as users. According to if they are consumers or not in drugs and if they have received formation in youth's topics and prevention significant differences they exist in their perception of the youths, their perception of the recreational context, the perception of the risk before the consumption of the youths' drugs, and their implication with the prevention. They intend the necessity that in short the agents of the social services should assist in more grade their professionaly to work with young.

#### Palabras clave

Mediadores recreativos, consumo de drogas, jóvenes, contexto recreativo, trabajo social.

#### Key words

Recreational mediators, consummate of drugs, young, recreational context, work social.

#### IREFREA

Instituto Europeo de Estudios en Prevención. Entidad dedicada a la investigación y prevención en factores de riesgo de los jóvenes.

# La necesidad de profesionalizar la prevención de los riesgos por consumo de drogas en el ámbito recreativo

79 Revista de  
Servicios Sociales  
y Política Social

dossier

## Situación y Marco Teórico

La formación de los niños, adolescentes y jóvenes en cuestiones de salud pública es una responsabilidad compartida por toda la sociedad. En nuestra época actual, denominada por algunos expertos como 'la era de la información' (Castells 2000), los jóvenes se forman a través de una red muy diversa de influencias y mensajes. Existen colectivos, profesionales, empresas, medios de comunicación o instituciones más cercanos, y con más influencia, a los jóvenes.

Tradicionalmente eran importantes en este sentido la familia, los vecinos, la iglesia, el grupo de amigos o los profesionales de la educación. Pero en nuestra sociedad tenemos nuevos colectivos (entre ellos profesionales) que ocupan un espacio de proximidad directa a los jóvenes. Nos estamos refiriendo a todos los que participan en los ámbitos recreativos y de la diversión que se han convertido en grandes espacios de socialización. Tenemos que hablar de los profesionales del ocio y de los medios de comunicación, la publicidad, a los profesionales que crean o difunden elementos de consumo que se han convertido en nuevos amuletos que otorgan identidad (indumentaria, moda, vehículos, complementos estéticos adaptados al cuerpo, música, etc.).

También están los diversos profesionales del trabajo social o de áreas de juventud que actúan en el espacio de la diversión (educadores, monitores de tiempo libre, monitores de centros de juventud, trabajadores de calle, trabajadores sociales, etc.). Estas nuevas funciones y estos nuevos profesionales han creado nuevos espacios de proximidad y de mediación entre la sociedad y los jóvenes; además del hogar y la escuela

están los barrios, los espacios recreativos donde los jóvenes se divierten (bares, discotecas, botellón,...), las plazas y bancos del barrio donde los jóvenes pasan su tiempo libre.

En la sociedad española, y como consecuencia de un largo proceso histórico, la diversión, el juego y el disfrute se han convertido en necesidades básicas (Cuenca 2001), emparentadas con la comunicación, el afecto y las emociones y son parte integral de la vida cívica. Todo ello ha supuesto la creación de una importante industria que lo posibilita y lo potencia, que en el caso español ha adquirido una importancia de primer orden por el peso histórico del turismo. En la sociedad Española del siglo XXI la cultura de lo lúdico se ha convertido en uno de los pilares de la estructura social, en una plataforma que reorganiza las relaciones colectivas, la vida de la ciudad, donde se crean nuevas identidades individuales, forma parte de la lógica que crea las coordenadas espacio temporales que dividen la vida cotidiana, y es ya uno de los ámbitos que más prospera de la economía.

La diversión es una moneda con doble cara. Es indudable su faceta socializadora, creativa y comunicativa, pero ello no debe impedir tener en cuenta sus efectos de control y manipulación de los individuos que incorpora. El culto a la diversión está adquiriendo tal dominio y potencial que se ha convertido en un espacio creador de valores y de negocio económico. Como afirma Lipovetsky (2003: 41) "la moral se encuentra reciclada según las leyes del espectáculo, del show business, de la distracción mediática". La diversión está motivando la creación de una industria potente y

lucrativa de tal dimensión que "los desembolsos en ocio y diversiones han sobrepasado, incluso en los últimos tiempos de crisis, a los de comida y bebida en el último presupuesto familiar" (Verdú 2003). La ficción o el espectáculo se apropiaron incluso de los espacios más cotidianos. A través del vínculo con ideales como la diversión, el placer, la felicidad, se puede desarrollar eficientes instrumentos de control social (Brukner 2000, Sissa 2000). A la potencialidad de las nuevas tecnología de la diversión hay que valorar el grado de autonomía que tienen los jóvenes, adolescentes y niños para organizar y decidir su conducta frente a toda esta avalancha. Los mensajes enviados desde los medios y contextos de la diversión interactúan con los jóvenes y se conoce poco acerca de las consecuencias de esa interacción en la formación y conducta de los jóvenes (Green 1997, Gilbert y Pearson 2003).

Además existen conexiones entre diversión y diversos problemas de salud pública como son el abuso de alcohol y otras drogas, relaciones sexuales no protegidas, accidentes de circulación, violencia, etc. Por ello, conocer mejor la relación entre los jóvenes con el contexto recreativo donde disurre buena parte de su tiempo libre es un aspecto crucial. Un dato empírico relevante es la relación directa entre el tiempo que los adolescentes permanecen en el espacio recreativo nocturno y su consumo de drogas (Tabla 1). Aquellos que regresan a casa después de las dos de la mañana consumen más que los que regresan antes de las 2h. Del mismo modo los que regresa después de las 4h. consumen más de todas las sustancias que los que regresan antes de esa hora.

Tabla 1: Consumo de drogas ilegales y borracheras los últimos 30 días según horario de regreso casa cuando se sale de marcha. Encuesta Escolar 2002 (escolares de 14-18 años)\*

Consumo	Regreso < 2,00	Regreso entre las 2-4	Regreso > 4,00
Embutidos	23,1%	46,2%	61,1%
Cannabis	13,1%	26,3%	37,6%
Tranquilizantes	1,9%	2,4%	3,9%
Cocaína	0,6%	2,7%	8,4%
Anfetaminas	0,5%	1,4%	5,2%
Éxtasis	0,4%	0,8%	5,3%
Alucinógenos	0,5%	0,9%	3,1%

\* Los datos de la tabla son estadísticamente significativos ( $p < 0.001$  según la prueba exacta para el Chi cuadrado)

A partir de los datos recogidos en nuestros estudios (ver [www.irefrea.org](http://www.irefrea.org)) se ha empezado a desarrollar la categoría de Modelo de Diversión Hegemónico (MDH) para referirse a las características que ha ido adquiriendo la actividad de ocio preferida de los jóvenes españoles actuales: el 'salir de marcha' o 'la movida' o 'el botellón' (Calafat et al, 2004). Entre las características de este espacio hegémónico tenemos:

- Engloba de una forma activa cada vez a más jóvenes.
- Tiende a expandirse.
- Difícil de ser criticado, pues divertirse es un valor universal sin parangón con ningún otro.
- Muchos intereses económicos. El ámbito recreativo ha dado lugar a una importante industria que se extiende más allá de los locales de la diversión, se vincula con muchos otros elementos destinados a los jóvenes como son la indumentaria, la música, los automóviles, los teléfonos móviles y, por supuesto, las drogas (García 1998, Parker 2002, Sanchez, Megías y Rodríguez 2004).

• *Las gentes que participan cada vez menos por otras formas de diversión y tiempo libre.* En un estudio entre 'botelloneros' en Valencia realizado por la profesora Maite Cortés, solo el 15% pensaban que tendría alguna importancia para ellos ser informados por otras alternativas al botellón.

• *Define cómo ha de ser la diversión y los jóvenes.* Los jóvenes creen que son ellos mismos los que definen sus estilos de vida, pero es sobre todo la poderosa industria recreativa y los medios de comunicación los que lo hacen.

• *El alcohol y las droga son una 'tecnología' necesaria que fortalece y completa el modelo.* En efecto, son difíciles de entender estos horarios tan prolongados y el poder entrar rápidamente dentro de la actividad de diversión planificada sin la ayuda de estas sustancias.

El 'salir de marcha' se está posicionando como un modelo de diversión hegemónico (MDH), se ha consolidado en estas últimas décadas como uno de los principales espacio de expresión de los jóvenes, es donde se gestan movimientos culturales juveniles, en donde se adoptan elementos de identidad, son espacio de encuentro de distintos grupos a través de dinámicas se inclusión y exclusión.. En ese espacio una parte importante de los jóvenes aprenden a ser adultos, se socializan, se inician en cuestiones como el consumo de drogas o en el sexo y toman decisiones importantes en sus vidas.

Analizar, comprender y dar protagonismo al ámbito recreativo es crucial para hacer frente a los problemas de salud mencionados, tanto al consumo de drogas como a otros riesgos

vinculados: sexualidad, violencia, accidentes de tráfico, etc. Y nada es casual, es un proceso que se ha ido construyendo con personas y colectivos que lo han creado, por ello en este estudio se va a dar relevancia a algunos profesionales del espacio de la diversión porque son agentes claves en la transmisión de información, valores, modelos, y actitudes. Se trata de profesionales que crean significado a la diversión y sus elementos, y se han convertido en colectivos con un gran protagonismo en la vida social y económica.

### Metodología

El objetivo del artículo es describir y reflexionar acerca del papel de los profesionales de los servicios sociales con actividades con jóvenes en tiempo libre y en tareas de prevención. El artículo se fundamenta en datos recogidos en un estudio centrado en cuatro ámbitos de profesionales y agentes que ejercen su labor en actividades próximas o muy vinculadas con el contexto recreativo. Los cuatro tipos de profesionales que han formado parte del estudio han sido los siguientes:

• *Profesionales de la industria recreativa,* aquellos que están directamente relacionados con los locales y eventos recreativos creados para los jóvenes. se trata de gerentes de locales, disk jockey, relaciones públicas de discotecas, camareros, etc.

• *Profesionales de los medios de comunicación* que contribuyen a crear estilos de diversión, identidades, valores, a difundir los eventos más importantes de la ciudad.

• *Profesionales de los servicios sociales y programas preventivos,* trabajadores sociales y educadores que trabajan con jóvenes, algunos en espacios de ocio, otros haciendo prevención dentro del ámbito recreativo, en acciones como dar información sobre drogas, normalmente dentro de un programa de reducción del riesgo. Algunos de ellos trabajan con jóvenes en situación de riesgo o como animadores socioculturales. Estos agentes se han considerado fundamentales porque participan en el contexto recreativo pero además actúan dentro del vínculo entre diversión y drogas haciendo prevención.

• *Responsables de asociaciones juveniles* dedicadas a actividades de ocio y tiempo libre. Se ha creído que estos profesionales contribuyen a crear actividades de diversión distintas al 'salir de marcha' pero que también conocen, participan e interaccionan con esa forma de diversión.

Los datos que se presentan forman parte de un estudio financiado por el Plan nacional sobre Drogas en 2004. El estudio ha desarrollado una metodología cualitativa y cuantitativa orientada a conocer los profesionales mencionados que actúan como mediadores en el ámbito recreativo de cuatro ciudades españolas (Palma, Valencia, Madrid y Vigo). La investigación ha tenido dos fases, en primer lugar se han empleado técnicas de recogida de datos basadas en observación directa y entrevistas semi estructuradas. La información cualitativa ha permitido crear una base de conocimiento lógico y coherente con el que se han elaborado un cuestionario estructurado con el que se ha realizado una encuesta. La muestra total de los profesionales entrevistados en la encuesta es de 246 sujetos (repartidos en las cuatro Comunidades Autónomas), por

lo que no es una muestra estadísticamente significativa y por ello el resultado no puede utilizarse para definir ese colectivo, ni cada uno de ellos en particular, tan solo hace referencia al colectivo estudiado. En todo caso puede considerarse cómo posibles tendencias que se deberían verificar en un estudio más amplio. Aunque el estudio recoge información de los cuatro colectivos, en este artículo se va a prestar especial atención al colectivo etiquetado como perteneciente a los 'servicios sociales o de juventud'.

### Resultados

#### Quienes y cómo son los mediadores del estudio

La descripción sociodemográfica permite ver que se trata de profesionales básicamente jóvenes (*tabla 2*). La mayoría, el 70% son menores de 30 años, una cuarta parte tienen entre 31 y 40 años y sólo un 8% son mayores de 40 años. Es decir, que se ha entrevistado a unos profesionales para que den información sobre los jóvenes pero que ellos mismos son a su vez en su mayoría jóvenes. Ese hecho es de suma importancia metodológica porque la información recibida tiene un doble valor, los entrevistados definen a los 'otros', los usuarios con quienes trabajan, pero al tiempo están definiéndose a ellos mismos ya que definen a su propia generación a través de algunas de las cuestiones planteadas.

Tabla 2 Datos sociodemográficos (edad y sexo)

	19-25 años	35,0 %
Edad %	26-30 años	35,4 %
	31-40 años	21,7 %
	> 40 años	7,9 %
Género %	Varón	55,6 %
	Mujer	44,4 %
Total 246 (N)		

El colectivo entrevistado está equilibrado en él género, aunque hay algo más de varones (el 55,6%). La mayoría de estos mediadores recreativos son solteros (el 64%) y muy pocos tienen hijos (solo el 16%). Están distribuidos en un amplio abanico dentro de los estratos socioeconómicos, según adscripción propia, aproximadamente la mitad se consideran de clase media alta y la otra mitad de clase media baja. Hay un porcentaje considerable de universitarios, el 70%, una cuarta parte tiene educación secundaria y solo un 7,7% tiene una educación básica. Ante cuestiones religiosas son más bien poco creyentes (el 66,7% consideran la religión poco o nada importante) y ante cuestiones políticas tienden hacia el centro (31,4%) y la izquierda (49%).

Del total de mediadores del estudio el 44,3% pertenecen al ámbito de los 'servicios sociales' (en total se trata de 109 profesionales, 92 son trabajadores y/o educadores sociales que trabajan con jóvenes en el ámbito del tiempo libre, y 17 son trabajadores sociales que trabajan en tareas de prevención de drogas). El 24,8% pertenecen al ámbito de la industria recreativa, son dueños de locales, relaciones públicas, Disk Jokeys, promotores de fiesta. Hay un 19% de los medios de comunicación y un 11,8% de las asociaciones juveniles (*Tabla 3*).

**Tabla 3: profesionales de cada grupo que han participado en el estudio**

■ Trabajador social/ agente preventivo ►	44,3%
■ Representante de una asociación juvenil ►	11,8%
■ Profesional de la industria recreativa ►	24,8%
■ Profesional de un medio de comunicación ►	19,1%
<b>Total (N)</b>	<b>246 (n)</b>

### Formación específica para el trabajo con jóvenes

En la *Tabla 4* puede verse que solo una minoría de los profesionales de la industria recreativa y medios de comunicación ha recibido formación específica para la actuación con colectivos juveniles. Por el contrario más de la mitad de los profesionales del mundo asociativo y \_ partes de los profesionales de los servicios sociales sí han recibido algún tipo de formación de este ámbito.

**Tabla 4: formación especializada para el trabajo con jóvenes en los cuatro colectivos de mediadores**

	Servicios sociales	Asociación Juveniles	Industria	Med comu
Recibió formación específica	73,1	59,3	11,9	23
Desea más formación específica	92,6	96,6	78,7	82

La mayoría de los profesionales están dispuestos y desean recibir más formación específica para el trabajo con jóvenes. Los colectivos de mediadores con mayor formación de base y especializada para el trabajo con jóvenes son también los que demandan más formación de este tipo. El aforismo socrático es aquí vigente, cuanto más se sabe más capacidad hay de intuir la amplitud de conocimientos a los que aun no se ha accedido y crece más el deseo de conocer.

Los ámbitos más deseados para recibir información son en primer lugar los problemas actuales de los jóvenes, el 89,8% creen necesario formarse más en ese ámbito; el 86,1% desean más información sobre psicología de los jóvenes, en menor proporción pero también son mayoritarios los que desean formación en primeros auxilios (65,3%) y más cultura musical (61,7%). Estos resultados demuestran que la formación especializada adicional para el trabajo con jóvenes es bien aceptada entre los mediadores y que puede fortalecer la motivación de los profesionales para seguir mejorando sus competencias en la labor mediadora. En concreto entre los mediadores de los servicios sociales, la formación continuada debería ser un requisito básico de sus condiciones laborables debido a los continuos cambios sociales que se producen y en pro de su control profesional (Lagunas 2002).

Entre los agentes de los servicios sociales la promoción profesional y un mayor control experto se presentan como un objetivo a lograr. Junto a todo ello están las condiciones laborales entre el colectivo entrevistado el 74% cobran un sueldo por su trabajo que es su ingreso principal, un 15,6% su trabajo les supone un ingreso complementario y solo un

10,2% trabaja de forma voluntaria o cómo práctica dentro del proyecto de formación.

### Una cuestión del debate: El consumo de drogas de los mediadores

Un objetivo que ha guiado el estudio es el de comprender mejor el vínculo establecido entre diversión y drogas. Para ello se ha preguntado a los mediadores sobre su propio consumo de drogas. Esta información ha resultado crucial en el análisis ya que veremos que el ser o no consumidor es una variable fundamental que condiciona sus respuestas ante prácticamente todos los temas tratados en el estudio y su actitud en su ámbito profesional.

Los mediadores entrevistados son en porcentajes considerables consumidores de drogas, tanto legales como ilegales. Se ha supuesto que los mediadores de los servicios sociales serían más abstemios debido a la calidad de su trabajo, su mayor nivel formativo en cuestión de riesgos, en jóvenes y en cuestiones sociales. Efectivamente los resultados corroboran esa intuición aunque en menor medida de lo esperable. La mayoría de los mediadores, el 62% (los mediadores de servicios sociales el 56,5%) se embriaga de vez en cuando el 38,4% (entre los servicios sociales es el 35,2%) son consumidores de cannabis y el 25% (el 18,5% entre los servicios sociales) consumen otras drogas ilegales. Existe otro estudio de interés sobre el mismo tema realizado a alumnos de un curso de tiempo libre acerca de su consumo de alcohol con la finalidad de testar qué consumo estaban haciendo futuros profesionales de tiempo libre que se

convertirán en referentes cuando trabajen con niños y niñas. En el estudio aparece que un 37,5% tiene posibles problemas relacionados con el alcohol y un 8,33% pueden tener un Síndrome de Dependencia Alcohólica. Además dos terceras partes son consumidores habituales de tabaco, 1/3 consumen cannabis los fines de semana y 1/5 consume cannabis varios días a la semana (Vázquez, Palacios y Cernuda 2004: 12)<sup>1</sup>.

### Imagen que tienen los mediadores de los jóvenes

En general, los mediadores en la vida recreativa perciben a los jóvenes como poco interesados en construir un estilo de vida saludable. Esta percepción nihilista es preocupante ya que probablemente contribuye a disminuir el interés en enviar mensajes positivos. Al mismo tiempo, probablemente aumentará la probabilidad de ofrecerles servicios y productos orientados a la gratificación inmediata (que además serán más rentables a corto plazo, tanto para el cliente como para la industria).

- La percepción de los jóvenes desde los mediadores en los servicios sociales parece particularmente desfavorable. Dibuja un perfil apenas sin esfuerzo para garantizar un estilo de vida saludable. Con esta percepción de los jóvenes resultará más difícil que los mediadores desde la prevención se impliquen en diseñar planes que ayuden a los jóvenes a alcanzar metas.

- Aquellos mediadores consumidores de cannabis tienden a percibir a los jóvenes como menos motivados para desarrollar un estilo de vida saludable<sup>2</sup>.

- El 85% de todos los mediadores consideran que cada vez hay más y más gente en la vida recreativa nocturna que está teniendo problemas relacionados con el consumo de drogas. Entre los profesionales de los servicios sociales y el mundo asociativo hay mayor sensibilidad y una mayor posición crítica, posiblemente debido a que tienen que enfrentarse a los problemas que experimentan los jóvenes en ese ámbito. Sin embargo, existe un porcentaje sustancial en estos dos colectivos que consume cannabis y que se encuentra más distanciado de su colectivo a la hora de resaltar críticamente el impacto negativo de ese modelo de diversión hegemónico. Es visible que el consumo de drogas interfiere en una función de rol específica, como es la valoración del entorno sobre el desarrollo de los jóvenes destinatarios de la labor mediadora.

### Los mediadores en servicios sociales y el control hacia los adolescentes

Se les preguntó a todos los mediadores acerca del control que ellos practicarían con respecto a un adolescente que estuviera bajo su responsabilidad. Las respuestas fueron discrepantes, cosa curiosa porque todas ellas están muy interrelacionadas, a pesar de lo cual se mantienen importantes discrepancias. El 88,9% afirman que controlarían la salud de un adolescente a su cargo, pero solo el 22,2% controlaría su promiscuidad sexual y sólo el 55% el consumo de drogas. ¿Acaso la salud no tiene que ver con todas esas cosas? Además se contradice con respuestas dadas más abajo en la Tabla 7, donde el 70% considera como una acción preventiva efectiva ante las

drogas el mayor control familiar. Esta incoherencia es posible que sea el resultado de la división que ellos viven dentro de si mismos entre ser profesionales y al mismo tiempo ser también jóvenes.

Si ya nos referimos exclusivamente a los profesionales de los Servicios sociales vemos que los resultados son algo mejores pero sigue habiendo dificultad para ejercer la supervisión (ver tabla 5)

Tabla 5: Actitud de control que ejercen (o que ejercerían supuestamente) ante un adolescente que está o si estuviera bajo su autoridad los agentes de los servicios sociales (N=109)			
	Lo controlaría	Quisiera controlar pero no creo que pudiese	No quería controlarlo
La promiscuidad sexual ▶	22,2	46,3	31,5
El aspecto físico (ropa, piercing) ▶	13,0	28,7	58,3
Sus amigos ▶	37,0	35,2	27,8
Su consumo de drogas ▶	55,0	41,3	3,7
El cuidado de su salud ▶	88,9	8,3	2,8

Otros datos de interés aportados por el estudio son:

- Los mediadores del estudio que tienen hijos en la infancia o adolescencia se muestran significativamente más favorables a controlar las relaciones y el aspecto de estos que los que no los tienen.
- Quienes no se embriagan son significativamente más favorables al control de las relaciones y el aspecto físico de un adolescente<sup>3</sup>.
- Los mediadores que consumen cannabis son significativamente menos favorables al control familiar, tanto de la salud y desarrollo de sus hijos adolescentes<sup>4</sup> como de sus relaciones y aspecto<sup>5</sup>.

- De modo similar, los mediadores que consumen alguna otra droga ilegal son significativamente menos favorables al control familiar de la salud y desarrollo de sus hijos adolescentes<sup>6</sup> y de sus relaciones y aspecto físico<sup>7</sup>.

Los resultados de este apartado indican claramente que las actitudes hacia la supervisión del desarrollo de los jóvenes van asociadas a los estilos de vida personales del mediador como es el caso del propio consumo de drogas ilegales (cannabis u otras). Los estudios sobre prevención apoyan consistentemente la hipótesis de que la supervisión familiar (horarios, amigos,...) es importante para prevenir sexualidad precoz, consumo de drogas, etc (Cohen et al, 2002).

### Algunos mitos sobre las drogas

Se ha preguntado a todos los Mediadores respecto a algunas cuestiones relativas al consumo de drogas (Tabla 6). La mayoría de estas afirmaciones tienen que ver con mitos legitimadores del consumo de

notas

1. El estudio fue aprobado y en parte subvencionado por la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. La FAD tiene "colgado" el estudio en su Web (con fecha 10 de febrero de 2004). En marzo de 2003, se expuso el estudio en el XVIII encuentro de Escuelas de Tiempo Libre de la Comunidad de Madrid.

2. ANOVA, ( $F = 3,2$ ; 1 grados de libertad;  $p < 0,08$ ).

3. ANOVA, ( $F = 39$ ; 1 grado de libertad;  $p < 0,001$ ).

4. ANOVA, ( $F = 5,3$ ; 1 grado de libertad;  $p < 0,05$ ).

5. ANOVA, ( $F = 14,8$ ; 1 grado de libertad;  $p < 0,001$ ).

6. ANOVA, ( $F = 10,2$ ; 1 grado de libertad;  $p < 0,01$ ).

7. ANOVA, ( $F = 6,7$ ; 1 grado de libertad;  $p < 0,05$ ).

drogas que se supone que los profesionales de la prevención deberían conocer y saber discutir. Sin embargo los resultados muestran que una buena parte de los mediadores tiene carencias en ese sentido. Tan solo los ítems 4 y 5 muestran diferencias significativas entre los cuatro colectivos de mediadores. Y de hecho sólo un 27,6% de los mediadores de los Servicios sociales creen que los efectos negativos de las drogas pueden ser compensados con ejercicio y dieta y

y las opiniones más basadas en los datos empíricos más propias de los profesionales. Pero como puede verse algunas de las creencias legitimadoras están muy extendidas entre el conjunto de los mediadores: el 55% cree que el peligro de las drogas está en la adulteración, el 50,6% cree que tomar drogas es una forma de rebelión, el 47% cree que se exageran los problemas, etc. Algunos puntos de interés son:

- Los mediadores que han recibido formación específica para el trabajo con jóvenes puntúan significativamente más bajo en la percepción de baja peligrosidad de las drogas que los que no han recibido dicha formación<sup>8</sup>, y también tienden a considerar el consumo de drogas como menos asumible racionalmente.
- Los mediadores de los servicios sociales son más conscientes de la peligrosidad y puntúan significativamente más baja la percepción de inocuidad de las drogas.
- Si se compara aquellos que se embriagan, consumen cannabis y otras drogas con quienes no tienen esas prácticas los resultados siempre indican una puntuación significativamente más baja en la peligrosidad de las drogas entre los consumidores<sup>9</sup>. Además, estos tres efectos son estadísticamente independientes del ámbito de actuación, ya sean profesionales de asociaciones juveniles, servicios sociales u otro campo. El ser consumidor es un determinante diferenciador básico.
- Los consumidores de alcohol en exceso, cannabis u otras drogas ilegales también justifican significativamente más que los que no consumen el uso de drogas como útil y racionalmente asumible<sup>10</sup>.

Tabla 6: Afirmaciones sobre el consumo de drogas con las que los mediadores recreativos están de acuerdo o muy de acuerdo (N: 246)	
1. El peligro no está en las drogas sino en su adulteración ►	55,6%
2. Tomar drogas es una forma de rebelión ►	50,6
3. Algunas personas exageran los problemas asociados al consumo de drogas ►	46,9
4. Los efectos negativos de las drogas pueden ser compensados con una dieta adecuada y ejercicio ►	39,4
5. El cannabis no es una sustancia perjudicial ►	38,4
6. La vida recreativa sin drogas no es divertida ►	9,2
7. La vida sin riesgos no vale la pena. Las drogas son solo un riesgo más ►	9,6
8. Solo la heroína es realmente adictiva ►	7,6

desciende a un 29,5% los que creen que el cannabis no es una sustancia perjudicial.

Como podemos ver estas afirmaciones tienden a legitimar de una forma u otra el consumo de drogas. Muchos adolescentes y jóvenes las comparten. Aquí exploramos si los profesionales están en la posición de establecer unas diferencias entre las opiniones de la gente

Las ideas y mitos pueden ejercer una función favorable a la legitimación, promoción o tolerancia del consumo de drogas. La percepción de inocuidad de las drogas desactiva las precauciones ante el consumo de tóxicos. La posición de adoptar los riesgos de las drogas como algo consustancial, inevitable o el precio que conlleva la diversión pueden ejercer un efecto similar al anterior.

### La prevención del consumo de drogas

Hacer más eficiente el camino hacia la prevención en los contextos recreativos es el objetivo final de todo el estudio. Desde nuestra perspectiva todo este tipo de profesionales son absolutamente fundamentales para realizar esta prevención. Hemos visto hasta ahora como cuestiones de opinión o de consumo podían tener una influencia final sobre su idea de la prevención. A continuación exploramos el tema del control clave en la prevención. Como individuos o ciudadanos tenemos nuestras ideas acerca de como debe organizarse la sociedad, pero como profesionales debemos saber que cuestiones tienen relación con una disminución del consumo y de sus efectos perniciosos. El tema del control (horarios de cierre, apertura de nuevos locales, venta a menores, consumo en la calle, ...) en cuanto reduce el acceso al alcohol y las otras drogas es un tema clave en prevención. Los mediadores en general se muestran ambivalentes respecto al tema. Un 82,7% creen que Vender alcohol a menores de 18 años debería estar severamente penalizado y un porcentaje parecido, un 83,4%, dicen que conducir bajo la influencia del

alcohol debería estar más penalizado, sin embargo, la mitad de ellos, exactamente un 49,6%, también opina que la legislación de drogas en general debería ser menos estricta. Todavía más chocante es que sea el 51,9% de los mediadores pertenecientes a los Servicios Sociales los que creen que la legislación debería ser menos estricta.

La prevención tiene muchas facetas y dimensiones. Se han planteado a los mediadores trece actuaciones para que las valoren en función de su conocimiento, creencias o percepción como estrategias que son más o menos efectivas (*ver tabla 7*).

Tabla 7: Acciones que el conjunto de mediadores consideran efectivas para la prevención del consumo de drogas entre los jóvenes que salen de marcha (N: 246)	
Prevención en las escuelas ►	87,3
Prevención entre iguales ►	86,6
Mayor apoyo a familias que tienen hijos en periodo de crecimiento ►	85,7
Campañas de televisión ►	72,7
Hacer 'pill-testing' en los locales donde van los jóvenes ►	70,7
Mayor control familiar ►	70,5
Websites informales ►	60,4
Hacer más pruebas de alcoholémia a conductores ►	60,2
Darles información y folletos en discotecas y bares ►	60,1
Legalizar las drogas ►	51,4
Líneas de ayuda telefónica ►	50,2
Websites de instituciones oficiales ►	36,5
Cerrar los locales donde se consumen drogas ►	24,6

8. ANOVA, ( $F = 5,4$ ; 1 grado de libertad;  $p < 0,05$ ).

9.  $p < 0,001$  en los tres contrastes basados en el análisis de varianza.

10.  $p < 0,05$  en los dos contrastes basados en el análisis de varianza para el uso de alcohol y cannabis y  $p < 0,001$  para el uso de alguna otra droga ilegal.

Vemos, en líneas generales, que tienen más apoyo aquellas formas de prevención que tienen que ver con dar información o con actuaciones que no tienen lugar en los propios contextos recreativos, y que tienen poco apoyo aquellas medidas que supongan poner algún tipo de trabas, con excepción de hacer más pruebas de alcoholemia.

Los mediadores del colectivo de los Servicios Sociales coincide en líneas generales con la opinión del resto de colectivos, pero dan puntuaciones significativamente más altas en algunos ítems como son la 'Prevención entre iguales' (96,3%), 'Mayor apoyo a familias que tienen hijos en período de crecimiento' (94,4%), 'Hacer pill testing' (70,5%), 'Líneas de ayuda telefónica' (63,6%) y 'Cerrar los locales donde se consume drogas' (29,9%). Sorprende que las medidas más valoradas no dependan demasiado de los propios profesionales (se pasa el testigo a los propios jóvenes y a las familias) y todavía sorprende más que se posicionen con más frecuencia que el resto de mediadores contra el cierre de locales. Es como si se negaran a ocupar un espacio profesional.

## Conclusiones y Discusión

Para la prevención en el ámbito recreativo los profesionales de los servicios sociales que trabajan relacionados con estos sectores deberían ser absolutamente claves. Para ellos se abre un espacio profesional enorme, pero también complejo y para el cual se necesita un importante conocimiento experto. En el estudio presentado se ha tratado de conocer mejor a los mediadores que actúan o están cercanos a los espacios de diversión hegemónicos, es

decir, en los lugares donde los jóvenes se divierten por las noches durante los fines de semana. En esos lugares se está en proceso de 'normalizar' el consumo de drogas como un hecho vinculado a la diversión, y esta conexión dificulta tener claro los aspectos problemáticos del consumo de drogas. De ahí la dificultad para hacer prevención en estos contextos.

Hemos visto como los contextos recreativos se están convirtiendo en espacios de socialización cada vez más importantes para los jóvenes, mientras que otros espacios como la familia o la escuela están perdiendo capacidad socializadora. En este sentido, implicar a los profesionales de la diversión y del tiempo libre como agentes de la socialización de los jóvenes es dar un paso de gigante en valorar la educación como un hecho social global y heterogéneo al mismo tiempo con impacto local. La conversión de cada uno de los colectivos de mediadores estudiados en agentes preventivos tiene su complejidad específica y la de los mediadores en servicios sociales debería ser una de las prioritarias.

Las actuaciones preventivas en los ámbitos recreativos adolecen frecuentemente de una base teórica y metodológica firme, presentan unos objetivos muy limitados, se basan principalmente en suministrar información a los jóvenes sobre las consecuencias del uso de drogas o proponer actividades alternativas y no están adecuadamente evaluadas en sus resultados e impacto (Calafat et al, 2003, 2004). La prevención en los espacios recreativos requiere un conocimiento profundo de las dinámicas y los determinantes ambientales (físicos y

culturales) que crean y mantienen normas, expectativas, valores grupales e individuales y contextos favorables al consumo. Para alcanzar este conocimiento es necesario explorar y analizar las funciones de los individuos que participan y moldean las culturas recreativas.

En el estudio aparecen datos a tener en cuenta y reflexionar. La mayoría de los mediadores en servicios sociales y comunitarios es una población joven y formada, que además de trabajar también se divierte en espacios propios de jóvenes. Por ello sus opiniones, creencias y valoraciones tienen un doble valor, el del profesional y el del joven. Pero consideramos que con frecuencia estos mediadores tienen dificultades para substraerse a esta doble condición de jóvenes y profesionales –en lo que se refiere al tema que estamos tratando– y prevalece más, según parece desprenderse de los datos, su opinión como jóvenes; muestran dificultades para situarse en el lugar del profesional en sus juicios y opiniones.

La falta de conciencia sobre el papel clave que ocupan en estos contextos, la falta de control de unos instrumentos de actuación puede facilitar que de forma indirecta estos mediadores puedan contribuir a que los problemas no se vayan solucionando. Si la formación de los agentes en servicios sociales no es excelente y eficaz en la prevención, que ya de por sí está bastante devaluada, se puede devaluar más. Con ello actúan en contra de sus propios intereses profesionales, pero sobre todo en contra de muchos principios éticos y sociales que defienden (por ejemplo buena parte de los principios expuestos por Sanchez-Valverde 2004, Gasull 2004, Marsal 2004).

El consumo de drogas de los propios mediadores es una cuestión que se debe considerar y valorar. Si se compara aquellos que se embriagan, consumen cannabis y otras drogas con quienes no realizan esas prácticas los resultados siempre indican diferencias significativas entre unos y otros. Los mediadores consumidores son menos críticos con los problemas de salud que surgen del modelo de diversión hegemónico, son más nihilistas ante los jóvenes, perciben menor peligrosidad en relación a las drogas, consideran menos la necesidad de control de los adolescentes abogando por el libre albedrío, apoyan menos las estrategias preventivas aplicables. Estos efectos son estadísticamente independientes del ámbito de actuación, ya sean profesionales de asociaciones juveniles, servicios sociales u otro campo. Posiblemente no se trata tanto del hecho de consumir en sí mismo, sino el no saber separar el ámbito privado del ámbito profesional.

En relación al colectivo de mediadores en servicios sociales aparece la necesidad de una formación más específica en prevención del consumo de drogas. Para ello, es necesaria una formación continuada, una inmersión más profunda en conocimiento científico ante cuestiones que tengan que ver con jóvenes, riesgos y consumo de drogas, una actitud más orientada al control y gestión profesional de la prevención, lo que también incluye cuestiones éticas y deontológicas del trabajo realizado. Los datos muestran también como los mediadores con formación y los que quieren recibir formación tienen opiniones más próximas a las requeridas para realizar prevención.

## Bibliografía

- BRUCKNER P 2002, *La euforia perpetua. sobre el deber de ser feliz* Tusquets, Barcelona
- CALAFAT A, FERNANDEZ C, JUAN M, ANTTILA A, BELLIS MA, FENK R, HUGHES K, KERSCHL A V, KOKKEVI A, KUUSSAARI K, LEENDERS F, MENDES F, SIAMOU I, SIMON J, van de Wijngaart G, & Zavatti P 2004a, *Cultural Mediators in Hegemonic Nightlife. Opportunities for Drug Prevention*. Palma de Mallorca, IREFREA.
- CALAFAT A, FERNANDEZ C, JUAN M, BECONA E, & Gil E 2004b, *La diversión sin drogas. Utopía y realidad*. Palma de Mallorca, IREFREA.
- CASTELLS M 2000, *La era de la información: Economía, sociedad y cultura. La sociedad red* Alianza Editorial, Madrid.
- COHEN DA; FARLEY TA; TAYLOR SN; MARTIN DH; SCHUSTER MA (2002) *When and where do youths have sex? The potential role of adult supervision* Pediatrics, 110, 6 Csikszentmihalyi M, Cuenca M, Buarque C, & Trigo V 2001, Ocio y desarrollo.
- Potencialidades del ocio para el desarrollo humano. Bilbao, Universidad de Deusto, García A (1998) "Educación para la salud, media y drogas", Anales de Pedagogía no. 16, pp. 179-198
- GASULL J (2004) "La mediación Comunitaria: el rol de los agentes sociales", RES Revista de Educación Social (Revista digital) no. 2

- Gilbert J & Pearson E (2003) *Cultura y políticas de la música dance. Disco, hip-hop, house, techno, drum'n'bass y garage*. Barcelona, Paidós.
- GREEN, A. M. (1997) *Des Jeunes et des Musiques*. París, L'Harmattan.
- LAGUNAS R (2002) "Trabajadores sociales e implicación sociopolítica", Documentos de Trabajo Social no. 26, pp. 76-116
- Lipovetsky G (2003) *Metamorfosis de la cultura liberal. Ética, medios de comunicación, empresa*. Barcelona, Anagrama.
- MARSAL S (2004) "La mediación en la acción social", RES Revista de Educación Social (Revista digital).
- PARKER H, WILLIAMS L, & ALDRIDGE J (2002) *The Normalization of 'sensible' recreational drug Use*. London, Sage Publication.
- SANCHEZ L, MEGIAS E, & RODRIGUEZ E (2004) *Jóvenes y publicidad. Valores en la comunicación publicitaria para jóvenes* Madrid.
- SANCHEZ-VALVERDE C (2004) "La mediación como manifestación de la 'nueva cultura'", RES Revista de Educación Social (Revista digital) no. 2
- SISSA, G. (2000) *El placer y el mal. Filosofía de la droga Península*
- VAZQUEZ A, PALACIOS N, & CERNUDA JL (2003) Estudio del consumo de alcohol en alumnos/as participantes en un curso de monitores/as de ocio y tiempo libre.

## Adicciones y desvinculación familiar. Un modelo conceptual sistémico

Ana Belén Soler Martín  
Vicente García Vicent

### Resumen

Vivimos en una sociedad compleja que nos exige estar continuamente atentos a las transformaciones que se están produciendo, también en el ámbito de las adicciones. Su evolución en nuestro medio ha tenido diversos cambios en los últimos tiempos que demandan una tarea constante de investigación y estudio de su origen y consecuencias. Parece lógico pensar que las familias pueden influir en una cierta predisposición (hereditaria, por aprendizaje, identificación, etc.), a que alguno de sus miembros, fundamentalmente en la etapa adolescente, desarrolle conductas de riesgo que puedan derivar a su vez en problemas con las drogas. El proceso evolutivo del adolescente es una etapa en la cual este individuo, en su proceso de crecimiento personal, se puede encontrar con numerosos obstáculos para desarrollar una vida normalizada. Desde un punto de vista sistémico, las toxicomanías constituyen una de las formas más comunes de presentación de los problemas de la desvinculación en los adolescentes. Esta exposición intenta, de una forma muy modesta, revisar los obstáculos en la desvinculación del individuo respecto a su familia de origen, y ver como estos pueden suponer un factor de riesgo que influya en la aparición de las adicciones.

### Abstract

We live in a complex society that demands us to be continuously kind to the transformations that are taking place, also in the scope of the addictions. Its evolution in our means has had diverse changes lately that demand a constant task of investigation and study of their origin and consequences. It seems logical to think that the families can influence in a certain predisposition (hereditary, by learning, identification, etc.), to that some of its members, fundamentally in the adolescent stage, develops risk conducts that can derive as well in problems with drugs. The evolutionary process of the adolescent is a stage in which this individual, in its process of personal growth, can be found with numerous obstacles to develop a standardized life. From a systemic point of view, the drug addictions constitute one of the most common forms of presentation of the problems of the emancipation of the adolescents. This exhibition tries, of a very modest form, to review the obstacles in the emancipation of the individual with respect to its family of origin, and to see like they can suppose a risk factor that influences in the appearance of the addictions.

### Palabras clave

Adicciones, Familia, Ciclo Vital, Desvinculación Familiar.

### Key words

Drug addiction, Family, Vital Cycle, Emancipation.

**Ana Belén Soler Martín**

Trabajadora Social. Centro Municipal de Drogodependencias de Marbella. O.A.L. Marbella Solidaria.

**Vicente García Vicent**

Psiquiatra. Director de la Comunidad Terapéutica "Hacienda de Toros". O.A.L. Marbella Solidaria. Vocal para Andalucía de la Asociación Nacional de Patología Dual (ANPD).

La familia es un sistema de socialización primario o informal en donde tienen lugar unas interrelaciones tan poderosas que posiblemente no se den en ningún otro sistema. Pese a la influencia social, en la familia tienen lugar las relaciones y aprendizajes fundamentales que van a conformar las conductas, creencias, normas y valores del individuo.

El sistema familiar ocupa un papel importante en el abordaje de los problemas relacionados con el consumo de drogas. La orientación sistémica contempla a la familia como un sistema vivo que tiene sus propias reglas, cuyos miembros interactúan regularmente y en diversos grados de dependencia uno del otro. En las drogodependencias hay patrones relationales padre-hijos e hijos-padres redundantes que confirman estructuras familiares disfuncionales.

Con este artículo pretendemos realizar una revisión del modelo sistémico que relaciona las adicciones con la patología de la desvinculación. Para ello repasaremos inicialmente las etapas del ciclo vital de la familia "normal", centrándonos en las dificultades que para la desvinculación y la independencia de los hijos aparecen en cada una de las etapas. Luego nos ocuparemos brevemente de las diferentes Teorías de la desvinculación desde las principales escuelas que se han dedicado a su estudio: la psicoanalítica, la sociológica y la sistémica. Por último analizaremos como influyen las dificultades en la desvinculación que se plantean en la familia del adicto en el desarrollo y mantenimiento de la enfermedad adictiva, que, desde el punto de vista sistémico, por tanto, es entendida más bien como una patología de la triada

familiar (madre, padre e hijo adicto), que se constituye así en el objeto del abordaje terapéutico.

### Etapas del ciclo vital de la familia

El sistema familiar es un ser vivo que, al igual que un ser individual, puede ser susceptible de estudio desde la perspectiva de etapas o fases de evolución. En cada una de estas etapas aparecen dificultades que pueden afectar a los procesos normales de desvinculación e independencia de los hijos adolescentes, e incluso después del matrimonio y el nacimiento de los nietos.

### Periodo de galanteo (adolescencia)

Una diferencia crucial entre el hombre y todos los demás animales es que el primero es el único con "parientes políticos". En cada etapa de la vida de la familia humana está involucrada una familia extensa; mientras que en las otras especies hay discontinuidad entre las generaciones. Una osa no dice a su hija con quién "debe casarse", ni supervisa la crianza de sus oseznos; los padres humanos, en cambio, influyen en las parejas potenciales de sus hijos y ayudan a criar a los nietos. Por lo tanto, el matrimonio no es meramente la unión de dos personas, sino la conjunción de dos familias que ejercen su influencia y crean una compleja red de subsistemas.

Existe un período de la vida en que la gente joven aprende a galantear y a participar en esta actividad, y cuanto más se demore dicho proceso en un chico,

tanto más periférico llegará a ser, respecto a la red social. El joven que ha cumplido veintitantes años y todavía no ha salido con chicas estará en inferioridad de condiciones cuando alterne con otros muchachos de su edad que ya llevan años de experiencia en cuanto a técnicas de "galanteo". No se trata solamente de que el joven inexperto no ha aprendido cómo manejarse con el sexo opuesto o que no puede disparar las respuestas físicas adecuadas, sino que su conducta social es inadecuada; las personas a quienes elige para galantear están pasando por las últimas etapas de la conducta de galanteo, mientras que él todavía se está abriendo camino por los primeros pasos del proceso.

El adolescente enfrenta un problema particular: su involucración simultánea con su familia y con sus padres. El modo en que debe comportarse para adaptarse a su familia tal vez impida su desarrollo normal respecto de la gente de su edad. Se trata, esencialmente, de un problema de desvinculación, y este último no es completo hasta que el chico abandona el hogar y establece vínculos íntimos fuera de la familia. Volviendo a la referencia animal, sabemos que la madre osa se desinteresa de sus oseznos y los abandona. Los padres humanos pueden soltar a sus hijos, pero también enredarlos a perpetuidad en la organización familiar.

Tan pronto como un hombre joven se aventura fuera de su propia familia y se asocia seriamente con una mujer joven, dos parejas de padres se convierten en partes del proceso de decisiones. Incluso los jóvenes que eligen pareja en forma rencorosa, precisamente porque sus padres se oponen a la elección, también

están atrapados en la imbricación parental, porque su elección no es independiente. Lo que alguna vez se denominó "elección neurótica de compañero" implica sin duda un proceso de decisión familiar.

Así como la gente joven puede evitar el matrimonio por razones intrínsecas a la familia, también puede lanzarse prematuramente al matrimonio en un intento de liberarse de una red familiar desdichada.

### Constitución de la pareja estable

Cualquiera que sea la relación entre dos personas antes del matrimonio, la ceremonia modifica en forma imprevisible su naturaleza. Para muchas parejas el período de la luna de miel y el tiempo que transcurre antes de que tengan hijos es un período delicioso. Para otros no lo es; puede producirse una tensión desquiciante, capaz de romper el vínculo marital o de generar síntomas en los individuos antes de que el matrimonio se haya puesto realmente en marcha.

Aunque el acto simbólico de contraer matrimonio tiene un significado diferente para cada uno, es, ante todo, un acuerdo de que la joven pareja se compromete mutuamente de por vida. Cuando la pareja casada empieza a convivir, debe elaborar una cantidad de acuerdos, necesarios para cualquier par de personas que viven en íntima asociación. Deben acordar nuevas maneras de manejarse con sus familias de origen, sus pares, los aspectos prácticos de la vida en común, y las diferencias sutiles y gruesas que existen entre ellos como individuos. Implícita o explícitamente han de

resolver una extraordinaria cantidad de cuestiones, algunas de las cuales son imposibles prever antes del matrimonio.

Es frecuente que durante este período inicial eviten la discusión abierta o las manifestaciones críticas, debido al aura benevolente que rodea al nuevo matrimonio y a que no desean herir sus respectivos sentimientos. A veces los temas que no pueden discutirse quedan enquistados en el matrimonio. En este período temprano, marido y mujer aprenden a usar, tanto como el poder de la fuerza, el poder manipulativo de la debilidad y la enfermedad.

No es posible separar fácilmente las decisiones de la pareja reciente de la influencia parental. La joven pareja debe establecer su territorio, con cierta independencia de la influencia parental, y a su vez los padres deben cambiar los modos de tratar a los hijos, una vez que estos se han casado. La involucración paterna en un nuevo matrimonio puede ser causa de desavenencias en éste, a menudo sin que nadie se dé cuenta de cuál es el origen de ese sentimiento negativo.

Algunas parejas intentan delimitar su propio territorio en forma totalmente independiente, cortando toda relación con las familias de origen. Esto no suele dar resultado y, por el contrario, tiende a desgastar a la pareja, porque el arte del matrimonio incluye el que la independencia se alcance mientras al mismo tiempo se conserva la involucración emocional con los respectivos parientes.

### El nacimiento de los hijos

Una pareja joven que durante el primer período matrimonial ha elaborado un

modo afectuoso de convivencia se encuentra con que el nacimiento de un niño plantea otras cuestiones y desestabiliza las antiguas. Cuando surge un problema durante este período no es fácil determinar la "causa", porque en el sistema familiar son muchos y diversos los ordenamientos establecidos que se revisan como resultado de la llegada de un hijo. Parejas jóvenes que consideran a su matrimonio como un ensayo, se encuentran con que la separación es menos posible. Otras parejas que se creían mutuamente comprometidas, se descubren sintiéndose atrapadas con la llegada de un niño y aprenden, por primera vez, la fragilidad de su original contrato matrimonial.

Con el nacimiento de un niño, están automáticamente en un triángulo. No es un triángulo con un extraño o un miembro de la familia extensa; es posible que se desarrolle un nuevo tipo de celos cuando un miembro de la pareja siente que el otro está más apegado al niño que a él o a ella. Muchas de las cuestiones que enfrenta la pareja empiezan a ser tratadas a través del niño; si un hijo se convierte en parte de un triángulo, cuando es suficientemente grande para abandonar el hogar se suscita una crisis, porque la pareja queda frente a frente sin recurso niño interpuesto entre ellos; se reactivan entonces cuestiones irresueltas desde hace muchos años, antes de que el niño naciera.

En la etapa del cuidado de los niños pequeños se plantea un problema especial a algunas mujeres. El ser madres es algo que ellas anticipan como una forma de autorrealización. Pero el cuidado de los niños puede ser una fuente de frustración personal. Su

educación las preparó para el día en que fueran adultas y pudieran emplear sus aptitudes especiales, y ahora se encuentran aisladas de la vida adulta y habitando nuevamente un mundo infantil. Por el contrario, el marido habitualmente puede participar con adultos en su mundo de trabajo y disfrutar de los niños como una dimensión adicional de su vida. La esposa que se encuentra en buena medida limitada a la conversación con niños también puede sentirse denigrada con el rótulo de ser "solamente" ama de casa y madre. El anhelo de una mayor participación en el mundo adulto para el que se preparó puede hacerla sentir insatisfecha y envidiosa de las actividades de su marido.

En ocasiones, un período de crisis es cuando los hijos empiezan la escolaridad. En el pasado, cuando un chico empezaba a portarse mal o se resistía a ir a la escuela el procedimiento habitual era dejarlo quedarse en casa mientras iniciaba una terapia individual, con la esperanza de que se recobraría y terminaría por querer ir a la escuela. Mientras tanto, se rezagaba más y más respecto de sus iguales. La orientación hacia la familia ha hecho más común el procedimiento de que el chico siga yendo a la escuela mientras se trata su situación total, reconociéndose que el problema puede residir en el hogar, en la escuela o en ambos lugares.

La escuela representa para los padres su primera experiencia con el hecho de que los hijos terminarán por dejar el hogar y ellos quedarán solos frente a frente. Es en esta etapa cuando la estructura familiar se hace más visible para un terapeuta consultado a causa de un problema

infantil. Las pautas de comunicación en la familia se han hecho habituales, y ciertas estructuras no pueden adaptarse a la naciente involucración del niño fuera de la familia. Es común encontrar varios tipos de estructuras desdichadas, todas ellas vinculadas con la apertura de brechas generacionales en el seno de la familia. El problema más habitual es que un progenitor, generalmente la madre, se aleja sistemáticamente con un hijo en contra del otro progenitor; ella protestará porque él es demasiado duro con el chico; mientras él lo hará porque ella es demasiado blanda. Este triángulo puede describirse de muchas maneras; una de ellas, muy útil, es ver a un progenitor como "sobre involucrado" con el chico. Frecuentemente, la madre se muestra a la vez servicial y exasperada con el chico, y frustrada en sus intentos de manejarlo con él. El padre es más periférico, y si interviene para ayudar a la madre, ella lo ataca y él se retira, dejándola incapacitada de manejarlo eficazmente con el chico. Esta pauta se repite incesantemente, impidiendo que el chico madure y que la madre se desenganche de la crianza en beneficio de una vida propia más productiva. En tanto la pauta subsiste, el niño se convierte en el medio para que los padres se comuniquen acerca de los problemas que no pueden encarar directamente. Por ejemplo, si hay una cuestión en torno de la masculinidad del padre, que no puede encararse dentro del matrimonio, la madre puede preguntar si el hijo no es demasiado afeminado, mientras el padre puede insistir en que el muchacho es suficientemente masculino. El chico coopera comportándose en forma lo suficientemente femenina como para proporcionar argumentos a la madre, y suficientemente masculina como para apoyar al padre. Parece no

saber del todo cuál es su sexo, mientras se desempeña como una metáfora dentro de este triángulo. Este triángulo puede darse aún cuando los padres estén divorciados, ya que el divorcio legal no modifica necesariamente este tipo de problemas.

### Período intermedio

En la familia tal como la conocemos hoy, la pareja que ha estado casada durante diez o quince años enfrenta problemas que pueden describirse en términos del individuo, de la pareja o de toda la familia. En esta época, marido y mujer están alcanzando los años medios de sus ciclos vitales. Suele ser uno de los mejores períodos de la vida. El marido tal vez esté disfrutando del éxito y la mujer puede compartir ese éxito por el que ambos han trabajado. Al mismo tiempo, ella está más libre porque los niños plantean menos exigencias; le es posible desarrollar su talento y continuar su propia carrera. Las dificultades iniciales que eventualmente experimentó la pareja se han resuelto con el paso del tiempo, y su enfoque de la vida ha madurado. Es un período en el que la relación matrimonial se profundiza y amplía, y se han forjado relaciones estables con la familia extensa y con un círculo de amigos. La difícil crianza de niños pequeños ha quedado atrás, y ha sido reemplazada por el placer compartido de presenciar cómo los hijos crecen y se desarrollan en modos sorprendentes.

Cuando los niños han ingresado en la escuela, la mujer siente que debe introducir cambios en su vida. El incremento de su tiempo libre la obliga a considerar sus primitivas ambiciones en torno de una carrera, por ejemplo, y puede sentirse insegura respecto de sus

aptitudes. La premisa cultural de que no basta ser ama de casa y madre se convierte más en un problema, en la medida en que los niños la necesitan menos. Por momentos, tal vez, sienta que su vida se está desperdimando en el hogar y que su status declina, al tiempo que su marido es más importante.

Para cuando llegan estos años medios, la pareja ha atravesado muchos conflictos y ha elaborado modos de interacción bastante rígidos y repetitivos. Han mantenido la estabilidad de la familia por medio de complicadas pautas de intercambio para resolver problemas y para evitar resolverlos.

En estos años medios pueden sobrevenir graves tensiones y también el divorcio, aún cuando la pareja haya superado muchas crisis previas: La mayor parte de los otros períodos de tensión familiar aparecen cuando alguien ingresa en la familia o la abandona. Es en esta etapa cuando los hijos pasan de la niñez a la juventud. La llamada turbulencia adolescente puede ser vista como una lucha dentro del sistema familiar por mantener el ordenamiento jerárquico previo.

La resolución de un problema conyugal en la etapa media del matrimonio suele ser más difícil que en los primeros años, cuando la joven pareja atraviesa aún por un estado de inestabilidad y está elaborando pautas nuevas. En la etapa media las pautas se hallan establecidas y son habituales. Una pauta típica para stabilizar el matrimonio es que la pareja se comunique a través de los hijos; por eso, si estos dejan el hogar y la pareja vuelve a quedar frente a frente, surge una crisis.

### Desvinculación de los padres

Parece que toda familia ingresa en un período de crisis cuando los niños comienzan a irse, y las consecuencias son variadas. A veces, la turbulencia entre los padres sobreviene cuando el hijo mayor deja el hogar, mientras que en otras familias la perturbación parece empeorar progresivamente a medida que se van yendo los hijos, y en otras cuando está por marcharse el menor. En muchos casos, los padres han visto, sin dificultad, cómo sus hijos dejaban el hogar uno por uno; súbitamente, cuando un hijo particular alcanza esa edad, surgen las dificultades. En tales casos, el hijo en cuestión ha tenido, por lo general, una especial importancia en el matrimonio. Puede haber sido el hijo a través del cual los padres hicieron pasar la mayor parte de su comunicación mutua, o por el cual se sintieron más abrumados o se unieron en común cuidado y preocupación.

Una dificultad marital que puede emergir en esta época es que los padres se encuentren sin nada que decirse ni compartir. Durante años no han conversado de nada, excepto de los niños. A veces la pareja empieza a disputar en torno de las mismas cuestiones por las que disputaban antes de que llegaran los hijos. Puesto que estas cuestiones no se resolvieron, sino simplemente se dejaron de lado con la llegada de los niños, ahora resurgen.

No parece ser accidental el que la gente enloquezca, y aparezcan trastornos de conducta preferentemente alrededor de los veinte años, la edad en que se espera que los hijos dejen el hogar y la familia atraviesa un período de turbulencia. Cuando los padres llevan a la consulta a

un adolescente definido como problema, el terapeuta puede centrarse en él y ponerlo en tratamiento individual, u hospitalizarlo. En tal caso, los padres parecen más normales y preocupados, y el hijo manifiesta conductas más extremas. De este modo, los padres no necesitan resolver su mutuo conflicto y pasar a la siguiente etapa matrimonial, y el hijo no tiene que avanzar hacia las relaciones íntimas fuera de la familia. Una vez establecido este ordenamiento, la situación se estabiliza hasta que el hijo mejora. Si este se hace más normal e intenta seriamente casarse o mantenerse por sus propios medios, la familia entra nuevamente en la etapa del abandono del hogar por parte del hijo, y así resurgen el conflicto y la disensión. La respuesta de los padres a esta nueva crisis es retirar al hijo del tratamiento, u hospitalizarlo por una "recaída", con lo que, una vez más, la familia se estabiliza. En la medida en que este proceso se repite, el chico se vuelve enfermo "crónico". A menudo, el terapeuta verá el problema en términos de "hijo versus padres" y se pondrá del lado del hijo-víctima, acarreando mayores dificultades a la familia. Con una perspectiva similar, el médico del hospital aconsejará a veces al joven que abandone a su familia y no vuelva a verla nunca más. Este enfoque fracasa sistemáticamente: el hijo sufre un colapso y continúa su carrera hacia la enfermedad crónica.

Cuando el joven abandona el hogar y comienza a establecer una familia propia, sus padres deben transitar ese cambio fundamental de la vida al que se llama "convertirse en abuelos". A veces tienen poca o ninguna preparación para dar este paso, si los hijos no han pasado por los rituales matrimoniales adecuados. Deben

aprender cómo llegar a ser buenos abuelos, elaborar reglas a fin de participar en la vida de sus hijos, y arreglárselas para funcionar solos en su propio hogar. A menudo, en este período tienen que enfrentar la pérdida de sus propios padres y el dolor consiguiente.

Con frecuencia las madres se sobre involucran con el hijo menor y les es difícil desengancharse de él cuando pasa a tener una vida más independiente. Si en ese momento un hijo mayor produce un nieto, la llegada de éste puede liberar a la madre de su hijo menor e involucrarla en la nueva etapa de convertirse en abuela. Si se piensa que el proceso natural es así, se comprende la importancia de conservar la involucración mutua de las generaciones. Cuando la gente joven se aísla de sus padres, priva a su hijo de abuelos, lo que también hace más difícil para estos cubrir las etapas de sus propias vidas.

## Retiro de la vida activa

Cuando una pareja logra liberar a sus hijos de manera que estén menos involucrados con ella, suelen llegar a un período de relativa armonía que puede subsistir durante la jubilación del marido. Algunas veces, sin embargo, el retiro de éste de la vida activa puede complicar su problema, pues se hallan frente a frente veinticuatro horas al día. No es raro que en esta época una esposa desarrolle algún síntoma incapacitante. Aunque los problemas efectivos individuales de la gente mayor pueden tener causas diversas, una primera posibilidad es la protección de alguna otra persona. Haley comenta un caso en el que una esposa desarrolló una incapacidad para abrir los ojos y el problema se diagnosticó como histérico. El énfasis se

puso sobre ella y su etapa vital. Desde un punto de vista familiar, su incapacidad podría verse como una manera de apoyar al marido durante una crisis. El problema surgió en la época en que el marido se jubiló, y se vio degradado de una vida activa y útil a lo que para él equivalía a ser puesto en un estante sin ninguna función. Cuando la esposa desarrolló su síntoma, él tuvo algo importante que hacer: ayudarla a recobrarse. La llevó de médico en médico, organizó la situación vital de ambos de manera que ella lograse funcionar aunque no pudiera ver, y se volvió extremadamente protector. Su involucración en el problema se hizo evidente cuando la esposa mejoró y entonces él empezó a deprimirse, reanimándose solamente en las épocas en que ella sufría alguna recaída.

La función utilitaria de los problemas, es decir el *¿para qué sirve un problema?* es igualmente importante en los años de la jubilación, cuando dos personas sólo se tienen la una a la otra.

## Teorías de la desvinculación

En este apartado intentamos describir el proceso de la desvinculación y sus alteraciones desde el punto de vista de las tres corrientes distintas que lo han estudiado. Acabaremos con la perspectiva sistemática, en la que profundizaremos más adelante en el último apartado.

## Teoría Psicoanalítica

En el adolescente, el proceso de desvinculación supone la renuncia a la dependencia y la ruptura de las vinculaciones propias de la infancia que fueron, hasta la pubertad, la fuente principal de estímulos emocionales. En

cierto modo en la temprana infancia sucedió precisamente lo contrario: el niño en una tentativa por separarse de la persona amada –la madre– la interioriza. Esto le permite llegar a ser independiente mientras mantiene dentro de sí mismo una representación de la figura que necesita. En la adolescencia, sin embargo, el individuo tiene que renunciar a la figura interiorizada, a fin de desvincularse y hacer posible la búsqueda de nuevos objetos amorosos en el mundo exterior.

Si para el psicoanálisis la desvinculación es una de las llaves del proceso adolescente, la otra es la significación de la regresión. Las vinculaciones infantiles sólo pueden diluirse mediante la reanimación de las fijaciones y patrones de conducta infantiles. Como afirma Blos “El adolescente tiene que entrar en contacto emocional con las pasiones de su época de lactancia y su primera infancia para romper sus catexis originales; sólo entonces puede extinguirse el pasado en la memoria consciente e inconsciente”. La frase “retroceder para saltar mejor” ilustra la importancia concedida por el psicoanálisis a la regresión. Blos expone ejemplos de comportamientos regresivos. Uno de ellos lo constituye la idolatría de personajes famosos por los adolescentes, que recuerdan al progenitor idealizado por el niño pequeño. También el estado emocional de “fusión”: la sensación por parte del individuo de estar totalmente fundido con otra persona, de “ser uno” con ella. En tal estado el adolescente puede quedar totalmente embebido de ideas abstractas, tales como las de “naturaleza”, “belleza”, o ideales religiosos, políticos o filosóficos.

La ambivalencia es otro ejemplo de comportamiento que refleja estadios infantiles tempranos. Desde el punto de vista psicoanalítico explica muchos de los fenómenos del comportamiento adolescente habitualmente tomados por incomprensibles. Así, por ejemplo, la inestabilidad emocional de las relaciones, las contradicciones en pensamientos y sentimientos, y las oscilaciones del modo de reaccionar que reflejan fluctuaciones entre el amor y el odio, aceptación y rechazo, vinculación y desvinculación. Así, mientras que la libertad puede parecer, a veces, la más atractiva de las metas, existen también momentos en los que, a la cruda luz de la realidad, la independencia y la necesidad de librarse las propias batallas se convierten en aterradoras perspectivas. Esto conduce al tema del inconformismo y la rebelión. En parte es el resultado directo de modos ambivalentes de relacionarse. En otras circunstancias puede interpretarse como una ayuda para el proceso de desvinculación (si los progenitores resultan desvalorizados resulta más fácil la tarea de romper vínculos emocionales). El inconformismo favorece el proceso de desvinculación. A veces adopta la forma de la dependencia negativa, cuando sus decisiones están más basadas en la negación de los deseos de los padres que en sus propios deseos positivos. En este caso el comportamiento rebelde constituye una formación de compromiso que fundamenta sus esfuerzos por renunciar al objeto parental y al mismo tiempo gratifica sus anhelos de dependencia.

La experiencia de separación y pérdida que tiene lugar como resultado de la ruptura de los vínculos emocionales se halla próximo al fenómeno adulto del

duelo y la tristeza que precede a la muerte de una persona amada. Otros autores destacan el vacío interior con el que debe enfrentarse el adolescente. Blos habla de "hambre de objeto y de afecto", y cree que la necesidad por parte del adolescente de intensos estados emocionales, incluyendo las actividades delictivas, la droga y las experiencias místicas, así como las relaciones breves pero intensas, pueden considerarse como medios destinados a superar el vacío interior. Blos incluye la necesidad de realizar cosas por el simple gusto de hacerlas, porque apetece, y en cierta forma ayuda a combatir el vacío emocional, la depresión y el sentimiento de soledad que forman parte de la experiencia de la separación. El hambre de objeto y de afecto se alivia dentro de la banda juvenil o del grupo de compañeros, que funcionan como el sustituto de la familia y donde puede experimentar sentimientos de estimulación, empatía, pertenencia y participación, así como la oportunidad de desempeñar papeles, para la identificación y para compartir sentimientos de culpa y ansiedad.

## Teoría Sociológica

Mientras la teoría psicoanalítica se centra en los factores internos, la sociológica busca en la sociedad y en acontecimientos que se producen fuera del individuo una explicación satisfactoria. Se entiende por socialización el proceso por el cual los individuos incorporan los valores, los estándares y las creencias vigentes en dicha sociedad, los cuales crean expectativas y prescripciones de comportamiento adecuado a papeles como los de hijo, hija, ciudadano, adolescente, padre, etc.

A través de los agentes de socialización (la escuela, la familia, los medios de comunicación, etc.) se aprenden las expectativas asociadas a los diversos papeles. La efectividad de la socialización depende de la naturaleza de los agentes a los que está expuesto el individuo, a la intensidad del conflicto entre los diversos agentes, etc. La socialización en la adolescencia es una potencial fuente de conflictos. En nuestras sociedades, por ejemplo, la prolongada dependencia familiar de los jóvenes como resultado del incremento de las oportunidades de educación superior se suma a la decadencia del papel desempeñado por la familia. Además las sociedades industriales y pos-industriales han provocado una incrementada segregación de las edades, con una disminución del contacto entre adultos y adolescentes. Además éstos están expuestos a una amplia variedad de medios de socialización, entre los que se incluyen la escuela secundaria, el grupo, las organizaciones juveniles, los medios de comunicación, etc., y se ve enfrentado a una amplia gama de potenciales conflictos relativos a valores e ideales.

Gran parte de la vida de una persona se halla caracterizada por la inclusión en una serie de papeles, cuya suma total se define como repertorio de papeles. Los años comprendidos entre la infancia y el estado adulto, como período de aparición de la identidad, son considerados particularmente importantes para la construcción de este repertorio de papeles o roles sociales. En primer lugar porque rasgos propios de la adolescencia, como una creciente independencia con respecto a figuras representativas de la autoridad, la afiliación a grupos y una insólita sensibilidad frente a la evaluación por

parte de los demás, provocan transiciones y discontinuidad de papeles. En segundo lugar porque todo cambio o incertidumbre interiores tienen como efecto el incrementar la dependencia del individuo con respecto a los demás, expresión de la necesidad de confirmación y apoyo a la visión que uno tiene de sí mismo. En tercer lugar, dentro de este contexto son importantes los efectos de las grandes variaciones ambientales (cambios de colegio, el paso a la universidad, el abandono del hogar, la incorporación laboral), que exigen la inclusión en un nuevo conjunto de relaciones lo que genera nuevas expectativas y una aceleración del proceso de socialización. El cambio de papel es un rasgo integral del desarrollo adolescente.

El cambio de papel es una fuente de dificultad para el adolescente. Thomas describe el conflicto entre papeles, que se produce cuando dos roles sociales entran en colisión porque llevan asociadas expectativas incompatibles. También habla del fenómeno de la discontinuidad de papel, propio de sociedades muy evolutivas, que se produce cuando no existe ningún puente ni secuencia ordenada desde un estadio al siguiente, o cuando el comportamiento en el segundo estadio exige que se olvide parte o todo de cuanto se aprendió anteriormente. Constituyen ejemplos de estas situaciones la inexperiencia con que se enfrentan los jóvenes al medio laboral, recién salidos de la estructura educativa; o la inadecuada preparación para la paternidad o la maternidad en nuestra sociedad. En tercer lugar Thomas describe la incongruencia de papeles, cuando el individuo se halla situado en una posición o puesto para el que no es apto,

cuando se le adjudican papeles no elegidos por el propio sujeto. Ocurre, por ejemplo, con los padres que poseen expectativas demasiado elevadas, alejadas de la realidad, acerca de sus hijos adolescentes.

Desde un punto de vista socio-psicológico tanto la socialización como la adopción de papeles son más problemáticas durante la adolescencia que en cualquier otro período de la vida. El avance del individuo a través de la adolescencia estará muy afectado por las expectativas más o menos constantes, adaptativas o inadaptativas, mantenidas por las personas que revisten importancia en su entorno inmediato.

## Teoría Sistémica

La fase de la desvinculación o de la separación consiste, en lo referente al ciclo vital, en el desarrollo de un proceso gestado en la fase de la *individuación*, y que se realiza en forma de alejamiento del individuo de su familia de origen. En términos cronológicos empieza al final de la adolescencia y acaba con el alejamiento físico y/o emotivo de la persona respecto a la familia. Este alejamiento, que concluye con rituales más o menos formalizados (el matrimonio, el cambio de residencia, el traslado, la elección de un trabajo autónomo), constituye un pasaje crucial en la historia de una persona, y es en torno a dicho alejamiento y a las dificultades que pueden aparecer que hay una incidencia particularmente importante de trastornos psicopatológicos en el ámbito de uno de los hijos. Hoy en día las toxicomanías, junto con los trastornos alimentarios, constituyen una de las formas más comunes de

presentación de los problemas de la desvinculación y de las dificultades de la individuación en los adolescentes.

La desvinculación (o separación) es un proceso bastante complicado y requiere, para lograr un éxito total, que se hayan alcanzado de manera satisfactoria las metas de la afiliación y la individuación. Sólo después de haber tenido relaciones estrechas y de confianza, y esto de forma recíproca con los otros miembros de la familia, y si tales relaciones han sido interiorizadas, podrán los vástagos cortar los lazos familiares y sustituirlos por vínculos extrafamiliares. La separación viene precedida con frecuencia por un reajuste de las relaciones intrafamiliares de los hijos; por ejemplo, en el caso de una chica adolescente, desplazando su intensa relación con la madre, al padre-hermano.

Diversas fuerzas familiares complejas pueden obstaculizar los movimientos de un miembro hacia la separación, incluso en una familia "normal". Uno de los hijos puede haberse convertido en el símbolo de un concepto familiar inconsciente, o de una fantasía "unión familiar". Hay familias en las que una de las hijas ha sido elegida para desempeñar el papel de la que se queda con la madre cuando los otros hijos se casan. La presión moral para la aceptación de este rol de dama de compañía la pueden ejercer, en forma de una indiscutible expectativa, los padres, amigos o consejeros religiosos. Es como si a alguno de los hijos se le destinase a pagar a la madre cuanto ésta ha hecho por sus hijos. Este tácito acuerdo familiar confirmará las necesidades de identidad personal de esta hija solo a condición de que asuma la tarea que se le ha asignado,

calmando así el sentido de culpa de los otros.

Desde este modelo, Cancrini propone diferentes grados de dificultad en la desvinculación, que se corresponderían con diferentes tipos de trastornos mentales, que llama emergencias subjetivas. Según él, desde este punto de vista clínico, la psicopatología de la desvinculación requeriría la consideración de cuatro situaciones muy distintas entre sí:

- La de la *desvinculación imposible*, a la que pertenecen, desde el punto de vista de la emergencia subjetiva, las formas graves de esquizofrenia. En la familia existiría una "masa indiferenciada del yo". Mucho antes del tiempo en que la desvinculación se da normalmente, los jóvenes han mostrado ya evidentes dificultades en la fase de individuación y ha empezado a cerrarse toda posibilidad de llegar a ella.
- La de la *desvinculación inaceptable* (formas leves de esquizofrenia). Son familias ligeramente más diferenciadas, el paciente designado y los otros miembros de su familia están lo bastante individuados como para intentar la desvinculación, y demasiado poco individuados como para lograrla. La familia no consigue hacer frente a un hecho que marca, en el contexto propio de la familia, la emancipación afectiva de un hijo: la desvinculación no se produce o se produce durante breves períodos y en sectores limitados.
- La de la *desvinculación aparente* (psicosis cíclicas, ciclotimias, crisis de tipo esquizoafectivo, crisis maníacas y depresivas, formas graves de anorexia mental y

toxicomanías). La desvinculación se presenta de una manera incompleta y parcial, con retornos imprevistos hacia atrás o con graves limitaciones de la persona.

- La de la *desvinculación de compromiso* (trastornos de la personalidad, formas menos graves de toxicomanías o anorexia verdadera, desarrollo paranoico). La desvinculación se determina mediante la asunción de un proyecto que no pertenece al sujeto, sino a la familia.

### Las familias de los adictos

El drama de la drogadicción es obvio. Produce violencia, robos, arrestos, intensos picos emocionales, períodos de desesperada ansiedad y muerte por sobredosis. Menos obvia, sin embargo, resulta la estabilidad que subyace a estas fluctuaciones, una estabilidad que incluye al adicto y su familia.

En este apartado vamos a comprobar cómo las familias de los adictos utilizan la drogadicción para evitar las crisis del ciclo vital y mantener la homeostasis familiar a toda costa.

### Factores familiares en la drogadicción

El abuso de drogas suele iniciarse en la adolescencia. Esta vinculado con el proceso normal, aunque problemático, del crecimiento, la experimentación con nuevas conductas, la autoafirmación, el desarrollo de las relaciones íntimas con gente ajena a la familia, y el abandono del hogar.

Se han publicado por lo menos cinco reseñas sobre los factores familiares en la

drogadicción. Estas reseñas describen un patrón prototípico para familias de adictos donde la madre está involucrada en una reacción indulgente, apegada, sobreprotectora, abiertamente permisiva con el adicto masculino, que ocupa la posición de un hijo favorecido. Las declaraciones indican que el padre de los adictos varones es distante, desapegado, débil o ausente. Las relaciones padre-hijo en las familias de adictos, en contraste con las normales, son descritas por el adicto como muy negativas.

Schwartzman describe dos tipos de padres adictos, un "hombre de paja" autoritario y violento pero fácilmente controlado por la madre y un tipo distante que está claramente en segundo lugar después de la madre en lo concerniente al poder dentro de la familia. Rosemberg señala que los hermanos de los adictos masculinos suelen tener una relación más positiva con el padre. En contraste con los varones, las adictas mujeres suelen estar en abierta competencia con las madres (a quienes consideran sobreprotectoras y autoritarias), mientras que sus padres suelen caracterizarse como ineptos, indulgentes y a menudo alcohólicos. Sin embargo, esta incidencia ha cambiado en los años recientes, de modo que los porcentajes de las familias de adictos son ahora más comparables con la población general.

### Contacto adicto-familia

En el estudio del abuso de drogas se ha tendido a pasar por alto o desconocer el grado en que los usuarios de drogas crónicos se relacionan con la gente que los crió. En el caso de los adolescentes, una relación estrecha es natural y evolutivamente adecuada, pues todavía son menores y en general se supone que

no han dejado su hogar. Por otra parte, no es necesariamente obvio que los adictos de alrededor de treinta años aún se peguen a sus familias de origen. Su edad, su inmersión en la subcultura de la droga, los frecuentes cambios de residencia, y otras circunstancias parecen implicar que están separados, o al menos distanciados de uno o ambos progenitores.

Por otra parte, existen abundantes pruebas de que, a pesar de sus alardes de independencia, la mayoría de los adictos mantienen estrechos lazos familiares. Aunque no vivan con los padres tal vez residan en las cercanías y su frecuencia de contacto es mucho más elevada que la existente entre "normales" comparables. Desde luego, vivir con los padres o verlos regularmente no es por fuerza indicio de disfunción. Tales situaciones pueden ser muy naturales según el medio natural y étnico, y un apego familiar permanente no implica drogadicción. Más importante, quizás, es la calidad y la estructura operativo-funcional dentro de las familias que tienen hijos que abusan de las drogas, y también se debe prestar atención a la etapa dentro del ciclo de la vida familiar. El apego excesivo, pues, solo puede tomarse como medida indirecta de disfunción. Sin embargo, ciertas pruebas señalan que pueden ser significativos y valiosos para determinar tanto el pronóstico como la dirección del enfoque terapéutico. Por ejemplo, Vaillant halló que los adictos que se volvían abstemios no vivían con los padres, y los datos de Zahn y Ball indican que la curación se asociaba con el no vivir con padres y parientes. Ambos informes indicaban una correlación entre la residencia en el hogar de los parientes y la continuidad de la adicción. Más aún,

en una comparación de resultados postratamiento realizada por Stanton se encontraron correlaciones significativas entre la regularidad del contacto con un parent y el grado de uso de drogas ilegales. Estos resultados implican que una estrecha relación con la familia de origen no es necesariamente saludable, especialmente entre los hombres jóvenes de 20 a 35 años.

### Miedo a la separación

Se reconoce comúnmente que los drogadictos suelen presentarse como individuos dependientes e inadaptados que a menudo "se derrumban". Al parecer no funcionan porque son demasiado dependientes y no están preparados para asumir responsabilidades, como si necesitaran protección. Temen estar aislados o separados. Cuando el adicto comienza a triunfar "en el trabajo, en un programa de tratamiento o en otra parte" se encamina en cierto modo hacia el abandono de la famita, directamente o desarrollando mayor autoridad general. En este punto una crisis se desencadena casi inevitablemente en la familia: los padres riñen o separan, un progenitor desarrolla síntomas o un hermano se convierte en un problema. Ante esto el adicto retoma una conducta de fracaso y otro problema familiar se disipa. Este patrón tan frecuente indica que no sólo el adicto teme separarse de la familia, sino que la familia se siente igual respecto de él, es decir, se trata de un proceso interdependiente donde el fracaso sirve como función protectora para mantener la cercanía familiar. La familia "necesita" al adicto tanto más que el adicto a la familia. Los miembros parecen aferrarse unos a otros para

reafirmarse, o tal vez en busca de cierta "integridad" o "dignidad".

En lo concerniente a la relación entre el miedo a la separación y el surgimiento de dificultades de adaptación, el adicto no suele volverse problemático hasta la adolescencia. En este punto cabe esperar una activa participación en intensas relaciones heterosexuales y de otro tipo. En tal caso, sin embargo, se vuelve menos apegado a la familia. Como la familia necesita ese apego, la amenaza de abandono puede causar pánico. En consecuencia la presión para que no se vaya es tan poderosa que la familia soporta "incluso alienta" terrible indignidades, tales como mentiras, robos, la vergüenza pública que el adicto genera, en vez de adoptar una posición firme. También tiende a protegerlo de agentes externos, parientes y otros sistemas sociales. En vez de aceptar la responsabilidad, los miembros de la familia suelen culpar a los sistemas externos, tales como los pares o el vecindario, por el problema del adicto. Si los padres realizan una acción efectiva como echarlo, a menudo se retracta, alentándolo abierta o encubiertamente a regresar. Es como si le dijeran: "Soportaremos cualquier cosa pero no nos abandonen" así, separarse de la familia resulta casi imposible para el adicto.

En este sentido el "permiso parental" dado al adicto para que se case es a menudo muy relativo. Existe una sutil presión para que él regrese. El mensaje sería: "Bien, si tienes problemas con tu esposa, siempre puedes volver a quedarte con nosotros". Aunque esto podría tener una connotación noble y "cariñosa", es una exhortación encubierta a la

insatisfacción conyugal. Un matrimonio feliz significaría que sus padres lo han "perdido". De hecho cuando se intenta el tratamiento de la pareja esto parece presionar tanto al matrimonio, que, como han señalado Chein y colaboradores el adicto abandona a la esposa y regresa a casa de sus progenitores. A veces dan la impresión de que sólo espera una excusa para regresar con ellos. Esto dice evidente que no se pueden encarar sólo el sistema conyugal e ignorar el sistema parental si queremos que el tratamiento tenga éxito.

### Pseudo-individuación

El drogadicto está atrapado en un dilema. Por una parte sufre grandes presiones, para permanecer estrechamente ligado a la familia (que puede derrumbarse sin él), mientras que, por otra parte fuerzas socioculturales ideológicas lo incitan a establecer relaciones íntimas externas. La adicción es la singular y paradójica solución para el dilema del adicto y su familia de conservar o disolver la interacción triádica. En el nivel sistémico, el ciclo de adicción sirve para dar apariencia de movimiento dramático dentro de la familia, mientras que triada se disuelve y restablece una y otra vez. Además, el adicto participa en un patrón homeostático de ida y vuelta entre sus pares y su hogar. Un análisis interpersonal del sistema, sin embargo, revela que las relaciones del adicto con la cultura de la droga en realidad refuerzan su dependencia respecto de la familia. Una vez más, las relaciones externas se pueden considerar como el escenario para una conducta pseudo-independiente y pseudo-competente por parte del adicto. Paradójicamente, cuanto mayor sea su vínculo con su entorno, mayor es su

indefensión, es decir su adicción. Esta indefensión se redefine como un agente generador de dependencia (es decir, "como enfermedad") dentro de la familia, y es por ende aceptable.

### Conclusiones

Parece que toda familia ingresa en un período de crisis cuando los niños comienzan a irse, y las consecuencias son variadas. La fase de la *desvinculación* o de la separación consiste, en lo referente al ciclo vital, en el alejamiento físico y/o emotivo del individuo respecto a su familia de origen. En términos cronológicos empieza al final de la adolescencia, tras el proceso de individuación, y es en torno a dicho alejamiento, y a las dificultades que pueden aparecer, que hay una incidencia particularmente importante durante este periodo de trastornos psicopatológicos como las adicciones.

La naturaleza crónica de la drogadicción se puede explicar desde el punto de vista de los sistemas familiares. El ciclo adictivo forma parte de un patrón familiar que involucra un complejo sistema homeostático de mecanismos de retroalimentación entrelazados que sirven para conservar la adicción y, en consecuencia la estabilidad general familiar. El patrón habitualmente involucra al menos a tres personas (tríada) y sigue una secuencia en la cual, cuando el adicto mejora, las figuras parentales empiezan a separarse; cuando el adicto se vuelve de nuevo problemático, las figuras parentales dejan de concentrarse en su propio conflicto para prestar atención al adicto, al menos hasta que él comienza a mejorar de nuevo, con lo cual el círculo del proceso se cierra.

La ingestión de drogas comienza habitualmente en la adolescencia. Se relaciona con un intenso miedo a la separación experimentado por la familia antes los intentos de individuación del adicto. La familia se atasca en esta etapa evolutiva. La droga brinda una solución en diversos niveles para el dilema de darle la independencia o no. Paradójicamente, le permite estar simultáneamente cerca y lejos, "dentro" y "fuera", ser competente e incompetente, en relación con su familia de origen. Esto es la pseudo-individuación. La compresión de estos conceptos y su integración en un modelo homeostático pueden sentar las bases para un tratamiento eficaz.

### Bibliografía

ALTUNA, M., Alvaro, J.I. Jóvenes, Salud Y Consumo. Universidad Complutense de Madrid. Revista Catorce Treinta, 1992; (5): 19-32.

BEAVERS, R., HAMPSON R. (1990): *Familias exitosas*. Barcelona: Paidós (1995). y CANCRINI, L. (1987): *La Psicoterapia: Gramática o Sintaxis*. Barcelona: Paidós (1991).

CANCRINI, L., La Rosa, C. *Comportamientos sintomáticos de segundo nivel: las Toxicomanías, los Trastornos del Comportamiento Alimenticio y los Trastornos Psicosomáticos*. En: *La Caja De Pandora*. Barcelona, Ed. Paidós, 1996; Págs. 261-304.

CANCRINI, L., La Rosa, C. *El Área de la Desvinculación y de las Psicosis*. En: *La Caja De Pandora*. Barcelona, Ed. Paidós, 1996; Págs. 65-117.

CANCRINI, L., La Rosa, C. *La Fase de la Individuación Afectiva: Adolescencia y Preadolescencia*. En: *La Caja De Pandora*. Barcelona, Ed. Paidós, 1996: P. 217.

DAVILA, O. *Adolescencia y Juventud: de las nociones a los abordajes. Última Década*, Nº 21, Cidpa Valparaíso, Diciembre 2004, Pp. 83-104.

DE VEGA, J.A. *Terapia Familiar Y Toxicomanías*. En: Navarro, J.; Beyebach, M. *Avances En Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona, Ed. Paidós, 1995, Págs. 273-298.

HALEY, J. *Trastornos de la Emancipación Juvenil y Terapia Familiar*. Buenos Aires, Amorrortu, 1985.

LIDDLE H, Dakof G. *Efficacy of Family Therapy for Drug Abuse: promising but not definitive. Special Issue: The Effectiveness of Marital and Family Therapy*. *J of Marital And Family Therapy* 1995; 21(4): 511-543.

LINARES, J.L. *Identidad Y Narrativa. La Terapia Familiar en la práctica clínica*. Barcelona. Paidós. 1996.

DE LA REVILLA, L. y cols "Manual de Atención Familiar. Bases para la práctica familiar en la consulta". Fundación para el

estudio de la Atención a la Familia. 1999. Las Gabias. Granada.

GARRIDO, L. Gil, E. (Eds.). "Estrategias Familiares". Alianza Universidad. Madrid, 1993.

MANNONI, O. y cols. *La crisis de la Adolescencia*. Editorial Gedisa. España, 2001.

RODRIGO, M.J. y Palacios, J. (Coords.). "Familia Y Desarrollo Humano". Alianza Editorial. Madrid, 1998.

SEGALEN, M. "Antropología Histórica de la Familia". Taurus Universitaria. 1992, Madrid.

MINUCHIN, S. y cols. (1967): *Families of the slums: an exploration of their structure and treatment*. Nueva York: Basic Books.

MINUCHIN, S (1974) *Families and Family Therapy*. Trad. Cast. Familias y Terapia Familiar. Barcelona. Gedisa 1998.

STANTON, M.D., Todd, T., y cols. *Terapia Familiar del Abuso y Adicción a las Drogas*. Barcelona, Gedisa, 1988.

URRA-PORTILLO J. *Infancia y Drogen, el vacío de la Razón. Intervención Psicosocial*, 1993. Vol. II. (6): 67-75.

# Consumo de alcohol. Diagnóstico de su dependencia y tratamiento

Enriqueta Ochoa Mangado

## Resumen

Se describen los aspectos fundamentales del consumo de alcohol, su farmacología, diagnóstico de su consumo y dependencia, junto con los tratamientos más utilizados para la su dependencia. Se analizan los pasos para un diagnóstico sistematizado (criterios DSM-IV y CIÉ 10, cuestionarios diagnósticos de dependencia de alcohol) y el tratamiento realizado para la deshabituación.

## Abstract

We describe the fundamental aspects of the psychopharmacology of alcohol, diagnosis of dependence and the treatment for alcohol dependence. We analyse the steps taken for a systematic diagnosis (DSM-IV criteria and CIE 10 criteria, diagnostic surveys of alcohol dependence) and the treatment for deshabituation.

## Palabras clave

Alcohol, dependencia, diagnóstico, tratamiento.

## Key words

Alcohol, dependence, diagnosis, treatment.

Autora Enriqueta Ochoa Mangado

Médico Psiquiatra.  
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

El consumo de alcohol ha sido considerado beneficioso a lo largo de la historia, principalmente en nuestro país, vinícola y con muchas tradiciones culturales girando entorno al vino. Los datos epidemiológicos de las encuestas nacionales de salud desde 1993 hasta 2005 señalan que más del 60% de la población española consume habitualmente alcohol, con un 4-7% de prevalencia de bebedores de riesgo (más de 40 gr./día en varones y 25 gr./día en mujeres). En la década de los ochenta hubo importantes cambios en los hábitos de consumo de alcohol; se pasó de un consumo de vino, diario, masculino y posterior a los veinte años de edad a un consumo de cerveza y bebidas destiladas, intermitente (fines de semana), de ambos性es y adolescente.

## Etiopatogénesis de los trastornos por uso de alcohol

En la etiología del alcoholismo se involucran factores genéticos, psicosociales y ambientales. Por ello en su estudio hay que observar los tres niveles básicos de la vida del paciente: individual, familiar y social. Los fenómenos que contribuyen al desarrollo de dependencia son aquellos relacionados directamente con el sistema de recompensa (refuerzo positivo) y los que implican a otros sistemas de forma que el consumo de alcohol se comporta como un refuerzo negativo. En ambos procesos intervienen diferentes sistemas de transmisión implicándose los circuitos anatómicos de recompensa.

El consumo agudo de alcohol produce sedación y euforia por liberación de dopamina y potenciación del GABA, junto con inhibición de los canales de

calcio y de los receptores para glutamato NMDA. El consumo crónico produce deseo de consumo al disminuir los niveles de dopamina y GABA y aumentar los canales del calcio y los receptores de NMDA y disminución del GABA. En la abstinencia se produce un estado de excitabilidad neuronal en el que están implicados el elevado número de receptores NMDA, y canales de calcio y la disminución del GABA.

## Farmacología clínica

El alcohol etílico o etanol (CH3-CH2-OH) es un líquido claro, incoloro, volátil, inflamable, muy hidrosoluble. Su molécula pequeña es y poco polar, por lo que atraviesa bien las membranas biológicas. 1 gramo de alcohol aporta al organismo 7,1 kilocalorías.

Se absorbe rápidamente en el estómago (20%) e intestino delgado, por difusión simple. La rapidez de absorción depende de presencia de alimentos en el estómago, cantidad de alcohol ingerida y tipo de bebida. Parte del alcohol se metaboliza en estómago por la alcohol-deshidrogenasa (ADH) que es menor en la mujer. Se distribuye rápidamente por todo el organismo, excepto por el tejido graso, y alcanza la máxima concentración a los 30-90 minutos de su ingesta. Atraviesa con facilidad todas las barreras. Se metaboliza en su mayor parte por vía hepática, eliminándose principalmente por vía renal.

El alcohol ejerce importantes efectos farmacológicos que dependen de la concentración de alcohol en sangre, tipo de consumo (agudo o crónico), y de características de la persona.

La duración de un episodio de intoxicación depende de factores como la cantidad y el tipo de bebida alcohólica ingerida, la rapidez de la ingesta, y de la absorción dependiendo si la ingesta se realizó o no con comida. Cuando la intoxicación se hace progresivamente más intensa pasa por tres fases: excitación psicomotriz, incoordinación con depresión cerebral y coma. Puede asociarse a amnesia para los acontecimientos ocurridos durante la intoxicación. Con el desarrollo de tolerancia, los efectos motores, sedantes y ansiolíticos del alcohol disminuyen de intensidad (Tabla I).

Los trastornos relacionados con el alcohol se clasifican en abuso (DSM-IV-TR), consumo perjudicial (CIE 10) y dependencia, intoxicación y síndrome de abstinencia (Tabla II, III y IV).

Se habla de consumo problemático cuando aparece algún problema relacionado con el alcohol. El consumo perjudicial (CIE 10) se refiere a la existencia de problemas médicos o psicológicos como consecuencia del consumo, independientemente de la cantidad consumida. El abuso de alcohol (DSM-IV-TR) habla de un patrón desadaptativo que conlleva problemas. El síndrome de dependencia de alcohol se refiere a la existencia de síntomas conductuales y fisiológicos que indican que se ha perdido el control sobre el consumo y sigue bebiendo a pesar de las consecuencias adversas.

La vinculación patológica al alcohol evoluciona durante 5-15 años hacia una expresión de alteraciones físicas y psíquicas, consecuencia de la intoxicación prolongada. En este tiempo

las alteraciones que produce el alcohol son subclínicas, después surgen las alteraciones psíquicas.

La mayor complicación de la intoxicación etílica son los accidentes de tráfico. Se relaciona también con actos criminales y suicidios, accidentes y caídas que producen fracturas y traumatismos craneo-encefálicos. La exposición a la intemperie puede ocasionar congelación o quemaduras. Por supresión de los mecanismos inmunológicos puede predisponer a las infecciones.

La intoxicación patológica se define por alteración conductual importante incluyendo, casi siempre, agresividad, que aparece a los pocos minutos de la ingestión de alcohol en una cantidad que es insuficiente para provocar intoxicación en la mayor parte de la gente. La conducta es atípica, en el sentido de que no se presenta cuando el sujeto no ha bebido.

El delirium (disminución del nivel de conciencia) por abstinencia alcohólica (delirium tremens) se caracteriza por confusión de conciencia, agitación, temblor intenso de manos, alucinaciones frecuentemente zoópsicas y micrópsicas (animales pequeños), delirio ocupacional e hiperactividad autonómica (sudoración, taquicardia). A veces se precede de crisis convulsivas generalizadas de abstinencia. Suele iniciarse al segundo o tercer día de haber interrumpido o reducido la ingestión de alcohol, aunque ocasionalmente puede aparecer antes, o transcurrido una semana de abstinencia. El síndrome se desarrolla en general en dos o tres días a no ser que se presente alguna complicación debido a la asociación con otras enfermedades. El

primer episodio de esta alteración suele darse de 5 a 15 años después de haberse establecido un hábito persistente de beber alcohol. La presencia de una enfermedad física concomitante puede predisponer a este síndrome. La mortalidad del delirium tremens afecta al 10% de los pacientes no tratados y al 25% de los pacientes con enfermedades concomitantes.

La alucinosis alcohólica es una alucinosis orgánica de desarrollo breve (48 horas) con alucinaciones (percepciones sin imagen real) vívidas y persistentes (auditivas o visuales) tras la interrupción o disminución de la ingesta alcohólica en un individuo que parece presentar una dependencia alcohólica, pero que no cursa con delirium (disminución del nivel de conciencia). El primer episodio de esta alteración suele darse después de diez años de ingesta exagerada de bebidas alcohólicas. El trastorno puede llegar a tener una duración de varias semanas o meses.

La encefalopatía de Wernicke y síndrome de Korsakoff son alteraciones cerebrales a agudas o subagudas que se producen por deficiencia de Vitamina B1 (tiamina) en pacientes alcohólicos crónicos después de varios años de evolución. La encefalopatía de Wernicke se caracteriza clínicamente por confusión de conciencia (confusión, apatía, somnolencia), parálisis oculomotoras, nistagmus vertical y ataxia. Debe tratarse urgentemente con tiamina por vía parenteral, para evitar su evolución hacia un síndrome de Korsakoff. Este síndrome se caracteriza por amnesia retrógrada, amnesia anterógrada, confabulación, alteración de la atención/concentración, introspección limitada de su incapacidad, apatía e indiferencia. Se altera la memoria

declarativa (memoria directamente accesible al conocimiento) pero no la memoria de procedimiento (habilidades aprendidas, no declarables). También se altera la memoria episódica (para sucesos específicos) y no la memoria semántica (lenguaje, reglas, relaciones y principios generales). Clínicamente el paciente fabula para llenar los huecos de su memoria de episodio y presenta dificultades para aprender cosas nuevas.

La existencia de la demencia alcohólica primaria ha sido discutida. La posible etiología sería la doble vulnerabilidad por los déficits de vitamina B1 (tiamina) y los efectos neurotóxicos directos del alcohol. Los síntomas característicos de afasia-apraxia-agnosia se observan sólo en un tercio de los casos. La presencia de ataxia (alteración de la marcha) y neuropatía periférica es muy frecuente. Los déficits típicos son razonamiento complejo, planificación, pensamiento abstracto, juicio, atención y memoria. Debe realizarse el diagnóstico diferencial con otros tipos de demencia. Aunque las deficiencias persisten pueden mejorar algo si se mantienen años sobrios.

El síndrome alcohólico fetal es una embriofetopatía que se presenta entre los hijos de madres alcohólicas. Se caracteriza por retraso prenatal y postnatal del crecimiento, deficiencia mental y psicomotora, dismorfología facial con microcefalia, microftalmia o fisuras palpebrales cortas, párpado superior delgado y aplanamiento de la región maxilar. Otras malformaciones son hemangiomas, anomalías menores de articulaciones y extremidades, anomalías genitales, defectos cardíacos, surcos palmares únicos.

## Diagnóstico del alcoholismo

El diagnóstico de alcoholismo supone la elaboración de una correcta anamnesis, junto con la correcta exploración clínica. Es necesario realizar la valoración de la cantidad y frecuencia de la ingesta alcohólica. Puede ser útil el uso de cuestionarios diagnósticos. Realizaremos una analítica completa con marcadores biológicos y un adecuado diagnóstico dual de las psicopatologías previas o asociadas.

Las dificultades diagnósticas dependen de conceptos de tipo epidemiológico (cantidades y frecuencia de bebida) y de tipo clínico (problemas por el consumo), excesiva rigidez de los criterios diagnósticos, ausencia en ocasiones de complicaciones somáticas objetivables, escasa conciencia de patología con negación del problema por el paciente y banalización por parte del profesional.

En la anamnesis y exploración clínica se valorará el consumo alcohólico y sus repercusiones (trastornos conductuales, repercusiones familiares, sociales y legales). En la exploración física se buscarán alteraciones somáticas y otros datos, inespecíficos pero orientativos sobre el abuso de alcohol, y signos clínicos que evidencien las consecuencias del consumo etílico.

Los registros del consumo de alcohol aportarán datos sobre la duración, frecuencia y cantidad de la ingesta de cada consumición. Son muy recomendables aunque poco registrados en Atención Primaria, donde el consejo terapéutico sobre la reducción de un consumo de riesgo puede ser útil. Orientan hacia un patrón de consumo

clásico latino o hacia el intermitente anglosajón a la vez que evalúa el consumo con o sin riesgo, y el consumo patológico. El consumo de alcohol medido en gramos de alcohol se calcula multiplicando los mililitros de bebida por la graduación de la misma y por 0,8 y dividiendo el resultado por 100. Cada vez es más frecuente el uso de la Unidad de Bebida Estándar (UBE) que se refiere al contenido medio en alcohol de una consumición habitual en cuanto a su graduación y volumen. Se acepta que 1 UBE equivale a 10 gramos de alcohol. En función de la cantidad de alcohol consumido se clasifican los bebedores en grados (Tabla V).

Diversos tests de detección y cuestionarios diagnósticos son eficaces en la detección y diagnóstico de los trastornos relacionados con el uso del alcohol. Aun siendo herramientas muy útiles para la detección de consumos de riesgo y del alcoholismo, cuando tengan finalidad diagnóstica deben emplearse siempre en el transcurso de una entrevista estructurada y nunca pueden sustituir a la anamnesis y exploración clínica. Pueden utilizarse para:

- Detección o screening de casos. Ayudan a identificar los sujetos que cumplen criterios diagnósticos de abuso o dependencia al alcohol y requieren una evaluación adicional para definir el diagnóstico final.
- Diagnóstico. Cuantifican la presencia y, en su caso, la gravedad de los síntomas que constituyen la dependencia.
- Evaluación de la gravedad e intensidad de la dependencia, evaluación del craving.

- Evaluación de la motivación.

## Cuestionarios de detección o screening

Su objetivo es establecer un cribaje previo al diagnóstico, con detección precoz de casos. Deben de ser sencillos en la aplicación y resultar útiles en la clínica y en la investigación epidemiológica. Un resultado negativo en estos test no excluye el problema, dado que la negación y posturas defensivas pueden provocar falsos negativos por lo que hay que complementarlos con pruebas biológicas y entrevistas a acompañantes antes de formular un diagnóstico. Los más utilizados son el CAGE y el AUDIT.

El CAGE consta de 4 ítems. Su sensibilidad es del 65-100% y su especificidad del 80-100%. Se considera positivo si se responde afirmativamente a un mínimo de dos preguntas. No estudia cantidad, frecuencia ni tiempo de la ingesta. Diseñado para detección del alcoholismo. Útil en el cribaje en Atención Primaria (Tabla VI).

El AUDIT o Alcohol Use Disorders Identification Test contiene 10 ítems referidos al consumo en el último año. Discrimina consumo de riesgo, uso perjudicial y dependencia. El rango de puntuación va de 0 a 40 puntos. Es un buen instrumento para detectar problemas leves y moderados relacionados con el alcohol. Puntuaciones superiores a 8 es indicativo de bebedor de riesgo, y superiores a 13 indican probable dependencia (Tabla VII).

## Cuestionarios y entrevistas diagnósticas

Cuantifican la severidad o intensidad de la dependencia, sin comprobar el cumplimiento de los criterios diagnósticos propios. No detectan precozmente casos patológicos sino que confirman y evalúan la enfermedad. Suelen ser entrevistas estructuradas. Son numerosas. La Clinical Institute Withdrawal Assessment (CIWA) en versión española consta de sólo 10 ítems y se administra por personal sanitario en la fase de desintoxicación para evaluar la intensidad y severidad de la sintomatología de abstinencia.

## Evaluación de la gravedad o intensidad de la dependencia

Entre otras está la Escala de la intensidad de la dependencia alcohólica (EIDA) que es un cuestionario autoaplicado constituido por 30 ítems, que mide síntomas físicos de abstinencia, conductas para aliviar los síntomas de abstinencia, consumo habitual de alcohol, reinstauración de la sintomatología tras la recaída y capacidad de control (Tabla VIII).

A pesar de la utilidad de todos los test y cuestionarios anteriores, no existen pruebas específicas para el diagnóstico del alcoholismo. Este ha de basarse en la correcta anamnesis y exploración clínica, que puede complementarse con el uso de cuestionarios de identificación, y ha de realizarse la determinación de pruebas biológicas. El diagnóstico se realiza con una correcta historia clínica que no debe ni puede ser sustituida por cuestionarios o pruebas de laboratorio. Dentro de la

anamnesis es importante el registro del consumo de bebidas alcohólicas. En la detección en atención primaria se usa el CAGE y AUDIT. También resultan útiles las escalas de gravedad como EIDA y la valoración del deseo por el consumo.

## Marcadores biológicos del alcoholismo

La identificación física se basa en la búsqueda de estigmas físicos indicativos de daños en órganos y sistemas (rubicundez, hipertrofia parotídea, alopecia y distribución ginoide del vello, etc.) y fundamentalmente en base a una serie de parámetros biológicos indicativos de alteraciones hepáticas y/o metabólicas (disminución del tiempo de protrombina, aumento de la GGT, GOT, GPT, VCM, ácido úrico, triglicéridos, urea, CDT, etc.)

El volumen corpuscular medio o VCM eritrocitario se encuentra elevado en 31-96% de pacientes alcohólicos. Se origina por efecto tóxico directo del alcohol sobre los hematíes, deficiencia de ácido fólico y hepatopatía asociada. La sensibilidad es variable (25-50%), pero aumenta al 75-80% en pacientes ambulatorios. Valores mayores de 96 son considerados indicativos de abuso de alcohol. El VCM disminuye lentamente con la abstinencia y se normaliza en 3-4 meses, volviendo a elevarse tras la ingesta.

La GGT o gammaglutamil transpeptidasa sérica es el marcador más utilizado por su alta sensibilidad (65-80%) y facilidad de determinación. Su especificidad es menor (50-65%). Está elevada en 34-85% de pacientes alcohólicos. Se eleva con consumos mayores de 40-60 gr./día. Útil en las recaídas.

La determinación de VCM y GGT permite identificar más del 75% de bebedores excesivos.

## Tratamientos en alcoholismo

La alta prevalencia del consumo de alcohol y de las patologías asociadas, así como de las implicaciones sociolaborales que tal dependencia ocasiona, han hecho de la prevención y tratamiento del alcoholismo una de las cuestiones sanitarias de mayor interés. Sumado esto a la complejidad causal, conceptual y relacional del asunto, no es de extrañar que las aportaciones terapéuticas sean variadas, diversas en sus orientaciones, y que no siempre persigan los mismos objetivos.

No es posible hablar de un tratamiento genérico de elección para el alcoholismo. En la actual concepción del trastorno adictivo como proceso, con fases de recaída y abstinencia, parece más adecuado situar el estado de la cuestión en elegir aquella opción terapéutica que mejor se adapte a las necesidades del paciente concreto y en su situación actual. Se engloba ampliamente en el concepto de necesidades no sólo las inmediatas, sino también las de medio y largo plazo, dentro de la perspectiva más longitudinal del alcoholismo. Muchas veces, las opciones terapéuticas y sus criterios tanto de inclusión y exclusión como de ejecución no se encuentran nítidamente definidos. En estos casos lo que realmente es importante es clarificar el objetivo perseguido en función de las demandas, necesidades, características y repercusiones del consumo, así como los medios que se disponen para conseguirlo.

De manera genérica, todo programa terapéutico sobre alcoholismo se basa en un trabajo motivacional previo pero también continuado y concomitante con los diversos programas específicos. Conceptos como técnicas motivacionales y estadios de cambio son básicos para el trabajo en alcoholismo, cualquiera que sea la orientación y opción terapéutica elegida.

Una gran parte de la población de consumidores de alcohol (que en nuestra cultura se traduce sencillamente por una gran parte de la población), no precisará, al menos de entrada, programas especialmente intensos sino intervenciones breves de carácter preventivo. Dichas actuaciones se realizan generalmente en el ámbito de Atención Primaria (aun cuando pueden ser aplicables en otros ambientes: medicina laboral...), y están centradas de manera general sobre dos grupos de sujetos: aquellos consumidores de riesgo que no han desarrollado criterios de dependencia ni consecuencias graves del consumo; y sujetos que han sufrido consecuencias recientemente, quienes aun con criterios de dependencia no tengan actualmente motivación y quienes relativizan su problema a pesar de claras consecuencias en cualquiera de los ámbitos señalados. Se persigue con un mínimo de información, pautas y seguimiento, la reducción del consumo de alcohol en la población y/o la adecuación a niveles no patológicos o problemáticos; así como facilitar la derivación a recursos especializados cuando se considere opportuno según criterios. Son intervenciones sencillas, fácilmente estructuradas, que requieren mínima formación y esfuerzo en el agente terapéutico, y que han resultado

exitosos en diferentes parámetros (eficacia, rentabilidad, prevención...).

Cabe destacar, a este respecto, que si bien en la mayor parte de las adicciones se plantea como objetivo final la abstinencia plena (fin también perseguido clásicamente en el alcoholismo), cabe cuando menos plantearse la validez de una opción de consumo controlado y moderado.

Dicha opción podría ser factible en aquellas personas de mediana edad que por demanda socio-laboral y por deseo propio eligen beber de tal manera que no dañe su salud. Estos programas, por tanto, requieren una serie de criterios de inclusión mínimos que garanticen la protección de la salud en su más amplio significado. Así, serían candidatos a un beber controlado quienes "necesiten" hacerlo por cuestiones laborales y sociales, o quienes quieran consumir alcohol moderadamente, y que no presenten criterios de dependencia moderada-grave, ni patología física ni psiquiátrica, que aconsejen seriamente la abstinencia. Igualmente el consumo de alcohol no deberá haber generado complicaciones sociales, legales, familiares, laborales... Se persigue con estos programas un consumo moderado, no diario, de baja cuantía, evitando consumos masivos, puntuales, incluyendo períodos de abstinencia y previniendo todo tipo de complicaciones físicas, psíquicas y sociales.

La desintoxicación suele ser habitualmente un paso necesario en el tratamiento del alcoholismo, sobre todo en programas que persiguen la abstinencia. Como tal se entiende la supresión controlada y brusca del

consumo de alcohol, con el apoyo de determinadas sustancias que facilitan la misma evitando las sensaciones y síntomas de malestar que pudieran aparecer (y hacer fracasar el proceso), así como previniendo las complicaciones físicas y/o psíquicas que pudieran derivarse de una retirada rápida y total. Se trata, por tanto, de un tratamiento recortado en el tiempo, con límites claros, cuyo único objetivo es la abstinencia. Generalmente es el paso necesario para programas más amplios y completos que abordan los diferentes factores que inciden en la adicción al alcohol (programas de deshabituación en sentido amplio). Rara vez la opción que muchos pacientes señalan de una reducción progresiva de alcohol hasta la abstinencia completa tiene éxito. Si puede estar indicado dicho planteamiento de manera controlada por el terapeuta para iniciar propiamente la desintoxicación sobre menores niveles de consumo. No obstante hoy día los recursos terapéuticos disponibles hacen innecesario tal reducción previa, siendo de elección un programa de desintoxicación rápido y controlado. Dichos programas se planifican en primer lugar bajo la necesidad de una desintoxicación ambulatoria o desintoxicación hospitalaria. Las primeras pueden llevarse a cabo si existe una buena motivación por parte del sujeto, con buen apoyo socio-familiar, tiene un consumo moderado de alcohol, sin presentar enfermedades físicas o psíquicas potencialmente graves, que no haya fracasado repetidas veces en intentos ambulatorios previos y que carezca de antecedentes de delirium tremens o crisis convulsivas en abstinencias previas. La presencia de sintomatología de abstinencia severa contraíndica, también este tipo de desintoxicaciones.

Alcoholismos crónicos con patrones de consumo marcados, de dosis moderadas-altas, con repercusiones físicas o psíquicas graves (se incluyen también trastornos psiquiátricos previos o concomitantes severos), con historia previa de fracasos en las desintoxicaciones ambulatorias y/o sintomatología severa de abstinencia (convulsiones, delirium...), así como falta de apoyo social, son candidatos a tratamiento hospitalario. Los programas de desintoxicación se realizan suprimiendo de forma brusca el consumo de alcohol (lo que generaría un cuadro de abstinencia) y empleando diferentes sustancias (en función de las características y necesidades del paciente) para prevenir dicho cuadro de abstinencia. Benzodiacepinas, tiapride, tetrabamato, clometiazol... entre otros son las sustancias habitualmente empleadas. En los programas de desintoxicación habitualmente se suelen emplear pautas o protocolos más o menos fijas y estándar que garanticen el objetivo siempre y cuando permitan la flexibilidad necesaria para adecuarse a cada caso.

La fase de deshabituación sigue a la desintoxicación en el tratamiento del alcoholismo. Se trata de un periodo cuyo objetivo principal es la recuperación de un estilo de vida normalizado y sano, que prevenga la recaída. Diferentes propuestas farmacológicas y psicoterapéuticas son útiles en la consecución de este objetivo, y no de manera excluyente ni exclusiva. En la prevención de recaídas y a nivel farmacológico se pueden emplear distintas estrategias. Por un lado están los fármacos interdictores o aversivos, sustancias como la cianamida cálcica y el disulfiram, que provocan la acumulación

de acetaldehído al inhibir la enzima aldehído deshidrogenasa del metabolismo del alcohol. De esta manera generan en el individuo sensaciones subjetivas y fisiológicas desagradables que dificultan la recaída. El tratamiento se basa por tanto en el refuerzo negativo que supone para el consumo la previsible reacción cuando se combina alcohol y fármaco. Su empleo debiera reservarse en situaciones de buen apoyo familiar y posibilidad de supervisión del tratamiento. Su uso no es excluyente del empleo de otros fármacos como naltrexona o acamprosato. En los últimos años han tomado auge determinadas opciones como acamprosato y naltrexona, topiramato..., como fármacos que disminuyen por mecanismos diferentes el deseo de beber y el uso compulsivo de la bebida. A este mismo efecto general podrían contribuir otras sustancias como la gabapentina, el tiapride, ciertos ISRS... entre otros. En 2006 la FDA aprobó la presentación depot de naltrexona. A grandes líneas se podría concluir que la naltrexona es el producto que más claramente ha mostrado su eficacia, sobre todo en evitar un consumo abusivo y mantener programas de beber controlado. Su utilidad para mantener la abstinencia es menor. Su efectividad aumenta considerablemente con su integración en programas psicoterapéuticos, en especial cognitivo-conductual. Una propuesta de intervención clínica vendría de la necesidad de proponer perfiles de pacientes que más se beneficien de cada uno de los fármacos y programas.

Casi desde cada una de las escuelas psicológicas se ha propuesto programas para la rehabilitación del alcoholismo y su tratamiento. Los estructura básica de

un programa cognitivo-conductual de tratamiento de alcoholismo incluye la motivación para la abstinencia y la prevención de recaída, así como una serie de herramientas encaminadas al afrontamiento tanto de la sintomatología de abstinencia como de aquellos factores que hayan guardado relación tanto en el inicio como en el mantenimiento del hábito alcohólico. Se citan entre otras las técnicas de resolución de conflictos, manejo de la ansiedad y depresión, habilidades sociales... Muchas de estas terapias se complementan con, o consisten exclusivamente en, técnicas de grupo. Esta modalidad terapéutica está dirigida por un terapeuta profesional hacia determinados objetivos a través de la participación en un grupo. Se diferencia así de otras ofertas también útiles para la deshabituación como son los grupos de autoayuda, compuestos generalmente por alcohólicos y ex-alcohólicos, que comparten experiencias y se apoyan en su propósito de abstinencia y curación.

En determinados sujetos y situaciones las perspectivas de lograr la abstinencia plena y la deshabituación son difícilmente consegibles, bien por falta de voluntad y/o motivación del paciente, bien porque la patología médica, psiquiátrica, o el apoyo psicosocial, lo dificultan. En estos casos pueden ser útiles, al menos de entrada, plantear programas de reducción de riesgos y daños, y prevención de patologías. Este tipo de programas, que han demostrado su utilidad y eficacia en diferentes parámetros, surgen a imitación de los programas de reducción de daños de la epidemia del VIH. Se encaminan, de entrada, a favorecer un mínimo contacto con el entorno sanitario, que permita objetivos posteriores más ambiciosos. Los

programas de este tipo tratan de enseñar al paciente cómo disminuir su consumo de alcohol, y actúan sobre las complicaciones y factores asociados al mismo.

En relación con la patología psiquiátrica que se deriva del abuso y dependencia de alcohol, la primera de las opciones terapéuticas es la abstinencia absoluta. El consumo de alcohol puede ocasionar por sí solo cuadros de contenido depresivo y ansioso, también psicótico, que mejoran y desaparecen con la abstinencia. Para aquellos episodios que persisten no obstante la misma, se propone el empleo de fármacos antidepresivos y ansiolíticos, procurando evitar aquellos que como las benzodiacepinas supongan riesgo de abuso. Otras patologías psiquiátricas requieren abordajes más específicos.

Finalmente conviene destacar como problemas asociados de especial interés el riesgo aumentado de suicidio entre los consumidores de alcohol, que requiere para su prevención de programas específicos.

#### Bibliografía

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Direcciones para la práctica clínica en el*

*tratamiento de pacientes con trastornos por consumo de sustancias.* EDIKA MED (Ed Esp), Barcelona 1997.

COLOM J, SEGURA L, GUAL A. *Las intervenciones breves en los problemas de alcohol desde la atención primaria. Tratado SET de trastornos adictivos.* Sociedad española de toxicomanías. Editorial Médica Panamericana 2006; 172-80.

*Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre Diagnóstico y Tratamiento del Alcoholismo y otras Dependencias.* Aula Médica. Madrid 2000.

GUARDIA J (coordinador). *Guía clínica para el tratamiento del alcoholismo.* Socidrogalcohol. 2007.

OCHOA MANGADO E. *Abordaje farmacológico de las toxicomanías.* En: *Utilización de los psicofármacos en psiquiatría de enlace.* M Lozano Suárez, JA Ramos Brieva. Eds: Masson S.A. Barcelona 2002, 277-88.

RUBIO G, SANTO-DOMINGO J. *Clínica psiquiátrica del alcoholismo.* Tratado SET de trastornos adictivos. Sociedad española de toxicomanías. Editorial Médica Panamericana 2006; 169-72.

#### TABLA I: ACCIONES DEL ALCOHOL

##### - Alcoholemia de 0,1-0,3 g/l:

- Euforia
- Excitación
- Locuacidad
- Disminución rendimiento intelectual
- Alargamiento tiempos de reacción

##### - Alcoholemia de 0,3-0,5 g/l:

- Excitabilidad emocional
- Disminución de la agudeza visual
- Disminución capacidad de juicio
- Relajación
- Sensación de bienestar
- Deterioro de los movimientos oculares

##### - Alcoholemia de 0,5-0,8 g/l:

- Reacción general enlentecida
- Alteraciones en los reflejos
- Perturbación motriz
- Euforia, distensión y bienestar
- Impulsividad
- Sobrevaloración de las capacidades

##### - Alcoholemia de 0,8-1,5 g/l:

- Embriaguez importante
- Reflejos muy perturbados con lentificación de respuestas
- Pérdida de control y problemas de coordinación
- Dificultad de concentrar la vista
- Disminución de la vigilancia y percepción del riesgo

##### - Alcoholemia de 1,5-2,5 g/l:

- Embriaguez neta con efectos narcóticos y confusión

- Cambios conductuales imprevisibles
- Agitación psicomotriz
- Perturbaciones psicosensoriales y confusión mental.
- Visión doble y actitud titubeante

##### - Alcoholemia por encima de 3 g/l:

- Embriaguez profunda
- Estupor con analgesia y progresiva inconsciencia
- Abolición de los reflejos
- Parálisis
- Hipotermia
- Coma con depresión bulbar, y muerte

#### TABLA II: SINDROME DE DEPENDENCIA DE ALCOHOL (DSM-IV)

Patrón desadaptativo de consumo que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres o más de los ítems siguientes en algún momento continuado de 12 meses:

1. Tolerancia.

2. Abstinencia.

3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.

4. Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo.

5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención, consumo o recuperación de los efectos del alcohol.

6. Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversión, a causa del consumo de alcohol.

7. Persistencia del consumo a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales.

#### TABLA III. INTOXICACION ALCOHOLICA AGUDA (DSM-IV-TR: F10.0)

A) Ingestión reciente de alcohol

B) Cambios psicológicos comportamentales desadaptativos clínicamente significativos que se presentan durante la intoxicación o a pocos minutos tras la ingesta de alcohol.

C) Al menos un de los siguientes signos:

- Lenguaje farfullante
- Incoordinación
- Marcha inestable
- Nistagmus
- Deterioro de la atención o de la memoria
- Estupor o coma.

D) Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

#### TABLA IV: ABSTINENCIA ALCOHOLICA

A) Interrupción (o disminución) de un consumo prolongado de alcohol y en grandes cantidades

B) Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el criterio A:

- Hiperactividad autonómica (sudoración o más de 100 pulsaciones)
- Temblor distal de manos
- Náuseas o vómitos
- Insomnio
- Ansiedad

Agitación psicomotora  
Alucinaciones visuales, táctiles, o auditivas transitorias o ilusiones  
Crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas).

C)Estos síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro de la actividad socio-laboral.

D)Todo ello, no debido a ningún otro trastorno mental o físico, como el delirium por abstinencia alcohólica.

#### TABLA V: PATRONES DE CONSUMO EN FUNCION DE LA CANTIDAD DE CONSUMO

Hombre Mujer

**Abstemo:** No consume alcohol de forma habitual

**Bebedor ligero** 1-2 UBE/día 1-2 UBE/día

**Bebedor moderado** 3-6 UBE/día 3-4 UBE/día

**Bebedor alto** 7-8 UBE/día 5-6 UBE/día

**Bebedor excesivo** 9-12 UBE/día 7-8 UBE/día

**Gran riesgo** > 13 UBE/día > 8 UBE/día

**Bebedor problema=consumo perjudicial**

**Consumo de riesgo** > 4 UBE/día > 2,5 UBE/día

Unidad de Bebida Estándar (UBE): contenido medio en alcohol de una consumición habitual en cuanto a su graduación y volumen. 1 UBE = 10 g alcohol.

Gramos de alcohol=ml de bebida X graduación de la bebida X 0,8 / 100

#### TABLA VI: CUESTIONARIO CAGE

¿Ha pensado en alguna ocasión que tenía que reducir dejar la bebida? (Cut down)  
 ¿Le han molestado las observaciones de la gente acerca sus hábitos de bebida? (Annoyed)  
 ¿Se ha sentido alguna vez a disgusto o culpable por su costumbre de beber? (Guilty)  
 ¿Alguna vez ha tenido que beber a primera hora de la mañana para sentirse en forma? (Eyeopen)

#### TABLA VII: AUDIT

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

Nunca  
 Menos de una  
 2 ó 3 veces a la semana  
 2 ó 3 veces al mes  
 4 ó más veces por semana

2. ¿Cuántas consumiciones de "bebidas alcohólicas" suele realizar en un día de consumo normal?

1 ó 2  
 3 ó 4  
 5 ó 6  
 7 ó 9  
 10 ó más

3. ¿Con qué frecuencia toma seis o más "bebidas" en una sola ocasión?

Nunca  
 Menos de una vez al mes  
 Una vez al mes  
 Una vez a la semana  
 A diario, o casi a diario

4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que había comenzado?

Nunca  
 Menos de una vez al mes  
 Una vez al mes  
 Una vez a la semana  
 A diario, o casi a diario

5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?

Nunca  
 Menos de una vez al mes  
 Una vez al mes  
 Una vez a la semana  
 A diario, o casi a diario

6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de no haber bebido mucho el día anterior?

Nunca  
 Menos de una vez al mes  
 Una vez al mes  
 Una vez a la semana  
 A diario, o casi a diario

7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

Nunca  
 Menos de una vez al mes  
 Una vez al mes  
 Una vez a la semana  
 A diario, o casi a diario

8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

Nunca  
 Menos de una vez al mes  
 Una vez al mes  
 Una vez a la semana  
 A diario, o casi a diario

9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque había bebido?

No  
 Si, pero no en el curso  
 Si, en el último año del último año

10. ¿Algún pariente, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?

No  
 Si, pero no en el curso  
 Si, en el último año del último año

#### TABLA VIII. ESCALA DE INTENSIDAD DE LA DEPENDENCIA AL ALCOHOL (EIDA)

En los últimos 6 meses, durante el período de tiempo en que bebía mucho:

- 1- Me despertaba sudando
- 2- Me temblaban las manos a primera hora de la mañana
- 3- Tenía náuseas a primera hora de la mañana
- 4- Todo mi cuerpo temblaba violentamente si no bebía algo
- 5- Me despertaba completamente bañado en sudor
- 6- Temía que llegase la hora de levantarme

- 7- Temía encontrarme con alguien a primera hora de la mañana
- 8- Me sentía próximo a la desesperación al despertarme
- 9- Me sentía muy nervioso al despertarme
- 10- Me sentía asustado al despertarme
- 11- Me gustaba beber alcohol por la mañana
- 12- Tenía ganas de beber alcohol al despertarme
- 13- Me tomaba lo antes posible y de un trago las primeras copas de la mañana
- 14- Bebía por la mañana para calmar los temblores
- 15- Bebía por la mañana para calmar los temblores
- 16- Sentía una fuerte necesidad de beber alcohol al despertarme
- 17- Bebía más de 4 copas de licor al día (el equivalente es una botella de vino o 8 cañas de cerveza)
- 18- Bebía más de 8 copas de licor al día (el equivalente son 2 botellas de vino o 16 cañas de cerveza)
- 19- Bebía más de 16 copas de licor al día (el equivalente son 3 y media botellas de vino o 32 cañas de cerveza)
- 20- Bebía más de 32 copas de licor al día (el equivalente son 7 botellas de vino o 64 cañas de cerveza)
- 21- Llegaba a beber en menos de una hora 8 copas de licor (el equivalente son 2 botellas de vino o 18 cañas de cerveza)
- 22- Despues de haber tomado algunas copas me apetecía seguir bebiendo
- 23- Cuando comenzaba a beber me resultaba muy difícil parar hasta que no estaba bastante bebido

24- No bebía alcohol hasta después de haber finalizado mis tareas (trabajo, estudio, reuniones, etc.)

25- Si bebía alcohol, no sobrepasaba el límite que me había propuesto

26- Había días en los que conseguía no beber nada.

Si tras varias semanas de abstinencia tiene una recaída durante la cual pasa 2 días bebiendo en exceso, ¿cómo se encontraría la mañana siguiente a esos 2 días?

Por la mañana comenzaría a sudar

27- Tendría temblor en las manos

28- Tendría náuseas

29- Mi cuerpo temblaría

30- Mis deseos por beber serían:

En los ítems 1-25 se emplea una escala de frecuencia de cuatro puntos (nunca o casi nunca = 0, a veces = 1, a menudo = 2, y casi siempre = 4). Las preguntas 23-25 se puntúan en sentido inverso.

En los ítems 26-30 se utiliza una escala de intensidad (nada = 0, un poco = 1, moderadamente = 2, bastante = 3)

## De interés Profesional

# **El "Management", el "Case Management" y el "Care Management" en Trabajo Social**

**Dolors Colom Masfret**

## **Resumen**

El artículo se apoya en bibliografía referida a la teoría básica del management (gestión, dirección, administración) y establece asociaciones con la teoría del trabajo social señalando lo común de ambas prácticas. Además, desarrolla dos conceptos específicos el del case management (el gestor, director, administrador del caso) y el de care management (el gestor, director, administrador del cuidado) partiendo de los paradigmas del caso social para el case management y del plan de trabajo para el care management.

En la primera parte se revisa bibliografía relevante acerca del management en términos generales. Se dedica un apartado especial a Maslow, asociando su conocida pirámide de la jerarquía de necesidades a un servicio de trabajo social cuyos profesionales aspiran a la excelencia, una de las cualidades objetivas desprendidas de la práctica del management.

En la segunda parte la autora sostiene la tesis, argumentándola, de que los trabajadores sociales son, por formación y perspectiva, case managers (gestores, directores, administradores del caso) naturales. Siguiendo con la línea argumental llama la atención sobre el hecho de que cada caso social, en su totalidad y unicidad, contiene e integra numerosos care managers (gestores, directores, administradores de cuidados) vinculados a numerosas disciplinas. Las más comunes son: enfermería, psicología, medicina, gerontología, sociología, etcétera, todas ellas encadenadas e interviniendo con un mismo fin, la mejora de las circunstancias que dificultan a la persona y su entorno desarrollarse autónomamente.

## **Abstract**

The article relies on bibliography referred to the basic theory of the management (management, direction, administration) and it establishes associations with the theory of the social work pointing out the common of both practices. Also, it develops two specific concepts the one of the one the care management (the agent, director, administrator of the case) and that of care management (the agent, director, administrator of the care) leaving of the paradigms of the social case for the case management and of the work plan for the care management.

In first part leaves it revises outstanding bibliography about the management in general terms. Is devoted a special section to Maslow, associating their well-known pyramid of the hierarchy of necessities to a service of social work whose professionals aspire to the excellence, one of the objective removed qualities of the practice of the management.

In the second part the author sustains the thesis, arguing her, that the social workers are, for formation and perspective, case managers (agents, directors, administrators of the case). Continuing with the argumentational line gets the attention on the fact that each social case, in their entirety and unicidad, it contains and it integrates numerous care managers (agents, directors, administrators of cares) linked to numerous disciplines. The most common are: infirmary, psychology, medicine, gerontology, sociology, etc., all them chained and intervening with oneself end, the improvement of the circumstances that you hinder to the person and their environment to be developed autonomously.

## **Palabras clave**

Management y trabajo social. Case management y trabajo social. Care management y trabajo social. Excelencia y trabajo social. Management y bienestar social.

## **Key words**

Management and social work. Case management and social work. Care management and social work. Excellency and social work. Management and social welfare.

Autora **Dolors Colom Masfret**

Trabajadora Social. Directora de ISSIS. Institut de Serveis Sanitaris i Socials.  
Directora de la Revista Agathos. Atención Sociosanitaria y Bienestar.

Iván Illich veía que se estaba muriendo y se hallaba en un continuo estado de desesperación. En el fondo de su alma sabía que se estaba muriendo, pero no sólo no se acostumbraba a ello; simplemente, no podía entenderlo.. No puede ser que la vida sea tan sin sentido, tan asquerosa. Si es cierto que la vida es tan asquerosa y tan sin sentido, entonces, ¿para qué morir y morir sufriendo?

No; aquí falta algo. A lo mejor no he vivido como debía, se decía, e inmediatamente apartaba de sí esa única solución del misterio de la vida y de la muerte como algo absolutamente imposible. Buscó en su interior el acostumbrado miedo a la muerte y no lo encontró. -¿Dónde está Ella? ¿Qué muerte?-

No había miedo porque tampoco había muerte. En lugar de la muerte había luz.

-Así que es eso -dijo de repente en voz alta-. ¡Qué alegría!

-¡Se terminó!- dijo alguien encima de él.

Iván Illich oyó estas palabras y las repitió en el fondo de su alma.

-La muerte ha terminado-, se dijo.  
-No existe más.

Aspiró el aire, se detuvo en medio del suspiro, se desperezó y murió.

La muerte de Iván Illich  
(fragmento www. epdp.com)  
León Tolstoi

## El management: concepto y práctica

En éste artículo el uso del término *management* obedece a la necesidad de conservar íntegros los matices de su significado, los cuales, se pierden en las acepciones castellanas, básicamente: gestión, dirección y administración.

Todas ellas, consultado el diccionario, significan prácticas diferentes, relacionadas, pero ninguna en exclusiva resulta fiel al ejercicio del *management*.

No obstante, aclarar que en ningún caso el *management* es un término de nuevo cuño, al contrario por poner un ejemplo Adam Smith ya lo usa en "La Riqueza de las naciones", obra publicada en 1776. Determinadas palabras, en su evolución, se integran a un lenguaje común y dejando de lado sus raíces, logran desvincularse de la geografía y a la vez, vincularse a significados que sólo ellas, en su dicción, reflejan fielmente. El *management* es una de ellas. A falta de la palabra precisa, la que reflejaría su esencia desde el castellano, la autora opta por respetar la original y dejar de lado los sucedáneos que siempre resultarían escasos e insuficientes.

El objetivo de este artículo es revisar la filosofía del *management* como concepto general. Su práctica en las organizaciones con profesionales del conocimiento y por tratarse del estado del bienestar, éticos. Se subraya el calificativo éticos pues es bien sabido que el saber, el conocimiento, las habilidades profesionales en general, pueden ponerse a disposición y servicio de cualquier ideología<sup>1,2</sup>. No es lo mismo un hospital, un centro de servicios sociales, una universidad, que un laboratorio de "cocaína".

A lo largo del texto se asociará la estructura organizativa y funcional del *management*, su esencia, a la estructura organizativa y funcional del trabajo social.

¿Dónde convergen ambas prácticas? Además, considerando el momento actual de los establecimientos y servicios

del Estado del bienestar, se diferenciará entre las dos dimensiones clásicas del *management*: el case *management* (la gestión, dirección, administración del caso social) y el care *management* (la gestión, dirección, administración del cuidado), siendo el case *management* el universo del caso en el que se reúnen las diversas intervenciones, cada una de las cuales se expresa a través de la gestión de los diferentes cuidados, el care *management*. Para cada especialista care manager, su especialidad, su intervención, se traduce en su todo, pero desde la visión del case manager (gestor, director, administrador del caso) sigue siendo una parte especializada dentro del caso social. La tesis fundamental del artículo en dicha dimensión es que la gestión, dirección, administración de los cuidados siempre está incluida y depende de una organización superior que es el caso (la totalidad). En ambas intervenciones se establecerán jerarquías diseñadas sobre la base de la perspectiva de lo general (el caso) a lo específico (el cuidado), la formación académica (el desarrollo de las habilidades y del conocimiento) y la función (la responsabilidad que exige el conocimiento). Se subraya la formación académica como garante básico para el ejercicio profesional de máxima calidad.

El *management*, está asociado a organizaciones de servicios y productos integradas por profesionales de conocimiento. Organizaciones que son capaces de reinventarse para afrontar los retos que se van presentando. El trabajo social, en su práctica asistencial, es conocimiento, se compone de muchos conocimientos especializados integrados simultáneamente, se desarrolla en procedimientos y, de la mano de los

trabajadores sociales, se aplica a las diferentes realidades disruptivas de la persona, la familia, grupos específicos, comunidades. El día a día sometido a la visión estratégica del profesional. Los trabajadores sociales reinventan realidades de las personas que atienden, las motivan y las apoyan para afrontar nuevas circunstancias siempre partiendo de sus propios medios.

El *management*, término anglosajón, contiene en su traducción literal al español tres acepciones fundamentales aunque ninguna de ellas en solitario satisface la complejidad y plenitud de la palabra *management*. Por ello como se ha señalado al principio en la mayor parte del texto se mantendrá el vocablo *management* frente a otros aunque podrá acompañarse de éstos. Algunos autores lo traducen como gestión, otros, como dirección, otros como administración. Dados los contenidos del *management*, los criterios que lo avalan como tal, de tener que posicionarse, señalarían como más adecuado asociarlo a la gestión gerencial. Cierto es que se trata de una gestión sensible y refinada, moldeable, con la cual se aborda tanto lo macro como lo micro. En todo ello, las TIC (Tecnologías de la Información y la Comunicación) han sido claves, facilitando los seguimientos, la monitorización y la recreación de escenarios posibles. En este caso el término "gestión" se superpone al término "dirección" que indica llevar hacia, dirigir hacia, y el de

1. Cornwell, J., Los científicos de Hitler. Barcelona. Paidós. 2005.

2. Lilla, M., Pensadores temerarios. Barcelona. Debate. 2004.

"administración" cuya palabra indica, administrar, aplicar una normativa, ejecutar algo tal y como se ha establecido. Muchas veces, las más, sin la posibilidad de que los administradores hayan participado en ello, quedando incluso ese centro de planificación muy lejos. Administrar dista mucho de gestionar y dirigir.

La gestión, aplicada a los establecimientos de bienestar, permite, y muchas veces exige, la toma de decisiones atendiendo la volatilidad circunstancial que acompaña el existir de las personas y su entorno. El gestor se suele apoyar en directores y administradores. El gestor, el gerente de los servicios públicos no puede ejercer su actividad de la misma manera que lo haría en los servicios privados. Las herramientas para la gerencia de uno y otro son distintas y ello se refleja en la permeabilidad, en los resultados, de los establecimientos<sup>3</sup>.

Dichos conceptos, gestión, dirección y administración, en sus definiciones académicas toman términos solapados que encierran contenidos similares entre ellos, tales como: técnica, rumbo, guía, solución de asuntos, objetivos, trámites, etcétera. Pero mientras la gestión requiere una labor de ajuste constante entre acciones y reacciones, necesidades y medios, (la RAE la define como "*Hacer diligencias conducentes al logro de un negocio o de un deseo cualquiera*"), la dirección supone avanzar hacia un objetivo establecido y la administración requiere el gobierno, el ordenar, etcétera. El director y el administrador ejecutan lo que el gestor gerente indica con su planificación si bien todos suelen trabajar en equipo. A efectos prácticos,

en cualquier organización la gerencia es el máximo órgano de responsabilidad de gestión, es la gerencia quien nombra las diferentes direcciones que básicamente ejecutan lo ella ha establecido. La administración también está adscrita a la gerencia. No en vano cuando cambia la gerencia, ésta suele cambiar al equipo directivo.

Siendo pues la gestión la práctica más parecida al *management* se señala que éste es más que gestión. Es la gestión excelente. La gestión de los detalles y proactiva. La excelencia entendida como las cualidades superiores de una organización que logra trasladarlas a sus prestaciones. La Excelencia no es un instrumento de retórica e indeterminación, es la evidencia de la buena práctica. Y ello se mide con indicadores de calidad y percepción. El concepto de excelencia de un servicio es equiparable al concepto de los "Valores B" definidos por Maslow como: "La verdad, la belleza, la perfección, la justicia"<sup>4</sup>. Un servicio alcanza la excelencia sólo cuando ha superado lo básico. Mientras está en ello, como máximo, puede aspirar a una gestión eficiente. Pero ¿qué se entiende por lo básico en cualquier servicio?

En la práctica es muy fácil reconocer un servicio o un equipo que funciona bien o mal. En el segundo caso, existen líneas de carencia cuya presencia, en cualquier servicio, impide, a priori, calificarlo positivamente. La excelencia como se ha dicho no es un discurso, es una actitud, un sentir del profesional que presta el servicio, una percepción contrastable de quién lo recibe, por tanto, es una buena práctica reconocible.

Así parece bastante obvio que no se puede considerar excelente un servicio desdibujado, sin directrices claras sobre su cometido, sin criterios sobre cómo procede su evaluación, con profesionales que carecen de responsabilidades reconocidas, sin una descripción de los procedimientos, o si están descritos se incumplen, sin una definición de sus procesos, sin un sistema de información, sin instrumentos de trabajo comunes, sin protocolos de las intervenciones más frecuentes, sin conocimiento de sus resultados, sin una integración de las individualidades, etcétera, y una larga acumulación de indefiniciones. Un servicio público así ni siquiera justifica su existencia. Se enfatiza en lo público porque en los privados ello no resiste los embistes de la competencia del mercado y simplemente desaparecen. Dichos servicios públicos son un fraude a los contribuyentes que, a fin de cuentas, los mantienen con sus impuestos esperando algún tipo de producto o servicio. Muchas veces los profesionales del Estado del bienestar, los gestores, los directores, olvidan la procedencia de su sueldo: los impuestos y el esfuerzo de los ciudadanos. Se impone aquí recordar la idea lapidaria de Galbraith al respecto que induce a una seria reflexión:

*"En la economía moderna es un hecho algo extravagante que la producción sea ahora más necesaria por el empleo que proporciona que por los bienes y servicios de que abastece. Por lo tanto, cualquier identificación útil de lo que sería una buena sociedad debe tener en cuenta la estructura institucional y las características humanas que son permanentes, inmutables. De ahí deriva la diferencia entre lo utópico y lo factible, entre*

*lo consabidamente irrelevante y lo, en último término, posible"*.

Un servicio como el descrito antes, ciertamente, caricaturizado para enfatizar sus puntos débiles, es la antípoda de la excelencia. La excelencia requiere de todo lo contrario. Es un logro lento y paulatino. Es una cultura que poco a poco impregna a la organización, a sus profesionales asistenciales y directivos, instalándose en ella. No supone ningún esfuerzo añadido. Surge así de manera natural como los brotes de una planta. La excelencia es un recorrido diario bajo la aspiración colectiva de los profesionales de ser buenos servidores públicos, de mejorar siempre, de ofrecer un buen servicio, de ser útiles a los clientes, de potenciar el esfuerzo y trabajo que realizan otros profesionales como ellos. La excelencia se alcanza a través de una atención constante sobre la práctica, se apoya en herramientas tecnológicas y actitudes profesionales sanas. Todo ese despliegue de los buenos servicios se materializa mediante pautas que siguen conceptos del *management*.

Así un servicio cuyos profesionales aspiren a la excelencia, deben:

notas  
3. Entrevista a Joan Grau, ex gerente del Hospital Clínic de Barcelona. Revista Agathos, atención sociosanitaria y bienestar. Número 4, año 6. 2006; 46-51.

4. Maslow, A. H. El management según Maslow. Barcelona. Editorial Paidós, 2005; 70.

5. Galbraith, J. K. Una sociedad mejor. Barcelona. Editorial Crítica. 1996; 14-18.

- Definir las funciones específicas de acuerdo a las funciones generales del establecimiento en donde se encuentra integrado.

- Describir los objetivos a corto, medio y largo plazo así como las magnitudes deseables que esperan alcanzar.

- Disponer de los recursos humanos necesarios (en número y formación) para desarrollar las funciones y alcanzar los objetivos fijados<sup>6</sup>.

- Contar con una organización interna ágil y bien comunicada con el exterior.

- Aplicar un sistema de evaluación periódico y sistemático.

- Definir los procesos (catálogo de servicios) por un lado y, por el otro, los procedimientos y técnicas aplicadas para prestar los servicios (cartera de servicios) por el otro.

- Establecer una jerarquía de responsabilidades desde la jefatura hasta el soporte administrativo.

- Nombrar, si cabe, los responsables de proceso.

- Diseñar un sistema de evaluación y control multidimensional de sus resultados considerando elementos internos pero también elementos externos.

- Aplicar políticas de calidad y mejora. Alimentar la capacidad de adaptabilidad y flexibilidad de los profesionales que lo componen.

- Otros.

### El management en la Pirámide de necesidades de Maslow: el camino hacia la excelencia

Maslow<sup>7</sup>, reconocido erudito en el estudio del *management*, basa el quehacer de las organizaciones en la autorrealización de las personas conformando servicios que aprenden y enseñan, en la sinergia entre ellas aceptando el hecho de que el conocimiento se contagia y en la gestión ilustrada entendiendo que la toma de decisiones se basa en las aspiraciones y saberes de los profesionales. Al tomar su conocida pirámide de necesidades para asociarla a la jerarquía de necesidades de los profesionales de un servicio, la excelencia resultante de la práctica del *management* se traduce en crear y gestionar el conocimiento, en innovar, en investigar.

Lo primero, lo básico, el primer eslabón es satisfacer las necesidades básicas de los profesionales de un servicio en general, del servicio de trabajo social en particular. Ello desde la gestión más elemental, incluso desde la misma administración, para llegar a la cultura de excelencia que propone el *management* requiere pasar por diferentes tipos de necesidades:

**Las necesidades fisiológicas.** Las organizaciones, los servicios son entidades vivas. Todo servicio requiere de una estructura básica y suficiente que le permita el correcto funcionamiento. Espacios cómodos. Un presupuesto para su mantenimiento. La eliminación de lo innecesario e inútil para la prestación del servicio. Etcétera.

**Las necesidades de seguridad.** La pertenencia de los profesionales a la plantilla del establecimiento o servicio es

una base para aportar seguridad interna. Un profesional que no se siente vinculado es incapaz de generar empatía. Las plantillas dispersadas, con un alto índice de temporalidad, en donde priman los contratos estacionales, o en las que se produce un abuso inaceptable de los becarios, personal en prácticas, sólo como ejemplo, no permiten desarrollar en los miembros del servicio el sentido de pertenencia. Por tanto, la precariedad contractual limita el enfoque de los profesionales en proyectos a medio largo plazo. También la falta de formación genera una inseguridad evidente frente a uno mismo y frente al resto de profesionales con los que se relaciona. Es frecuente, en servicios con mucha movilidad interna, que quien recibe la formación muchas veces no puede aplicarla por causa de los traslados. Otro foco de inseguridad lo produce precisamente lo contrario, un sentido exagerado y neurótico de pertenencia a un determinado servicio. Se trata de profesionales con años de experiencia que no aceptan el cambio y se aferran con toda su energía a lo obsoleto.

**Las necesidades sociales.** Es básica la relación entre profesionales, trabajadores sociales, para compartir realidades, conocimientos, experiencias, reflexionar sobre los resultados, como éxito o fracaso, de la aplicación de determinadas técnicas, gozar de la oportunidad para compararse con otros expertos. Actividades como publicar y dar a conocer el trabajo realizado, someterlo a críticas externas. La participación junto a profesionales de otras disciplinas en proyectos internos del establecimiento, o externos en colaboración con otras entidades del área. La promoción de

actividades formativas, tanto para recibir conocimiento como para darlo, no en vano se trata de profesionales que ganan en experiencia en el día a día, y un largo etcétera genera un movimiento satisfactorio de las necesidades sociales.

**Necesidades de estima:** El afecto, la consideración por parte de las jefaturas y la alta dirección, así como de los responsables de las diferentes áreas hacia los profesionales y viceversa, de éstos hacia sus responsables promueve el feedback entre los miembros. Así, la falta de reconocimiento del esfuerzo realizado por los profesionales, por los directivos, en una y otra dirección, la inexistencia de agradecimiento entre ellos erosiona el suelo motivacional y afectivo. Ello conduce a la apatía y como mucho a cumplir, en estricto, con lo que toca. La falta de respeto hacia el otro, las muestras de desconfianza, el mobbing laboral, el maltrato psicológico, la indiferencia, el ninguneo, son actitudes que merman a los profesionales que las sufren.

Maslow basa la autoestima en el trabajo realizado satisfactoriamente y percibido como tal por los clientes. La autoestima no puede apoyarse en las aspiraciones hipotéticas o declaraciones de intenciones. La autoestima profesional si no está justificada por el entorno, por los resultados de la actividad más que por el volumen de la actividad misma, es una forma de elucubración. Incluso, en estos términos puede ser nociva. Un delirio

6. Itami, H. Los activos invisibles. En: Sinergia estratégica. Campbell, A. Luchs, K., Bilbao. Deusto, 1994; 48-72.

7. Maslow, A. Una teoría de la metamotivación: las raíces biológicas de la vida valorativa. Más allá del Ego. Barcelona. Editorial Kairos. 1982. Pág. 182-197.

descontextualizado apoyado en lo que debería ser pero que niega lo que es. La sociedad debe compartir el juicio del buen trabajo.

Una vez el servicio, a través de sus profesionales (directivos y asistenciales), supera estos cuatro eslabones, se llega a la excelencia casi de forma espontánea. Un funcionamiento armónico que produce bienestar. Entonces la intervención profesional trasciende lo estructural para desde el conocimiento crear conocimiento, impulsar modelos eficientes, alcanzar altas cotas de motivación y, además, lograr una buena relación, el equilibrio, entre los medios y los fines, ello es eficiencia y eficacia<sup>8</sup>.

*"En una sociedad buena e inteligente la política y la acción no están subordinadas a la ideología, a la doctrina. La acción debe basarse en los datos que determinan cada caso particular. Hay algo profundamente satisfactorio en expresar una fe económica y política –Estoy firmemente comprometido con el sistema de libre empresa.."*

*–Soy enérgicamente partidario de la función social del estado; pero esto, repito, debe verse como una huida del pensamiento hacia la retórica"<sup>9</sup>.*

La excelencia germina sobre las bases de una práctica de calidad, eficaz y eficiente. La práctica del *management* establece y garantiza, mediante instrumentos adecuados, la relación correcta y proporcionada entre calidad, eficacia y eficiencia; facilita una acción porosa y permeable entre el conocimiento de los profesionales y su acción; promueve la agilidad organizativa y optimiza las estructuras y medios, mediante un sistema de control, que aporta información prácticamente, en

tiempo real. Todo ello conforma los pilares de la prestación o servicio sobre la base de la capacidad de resolver y de mantener su continua adaptación a las nuevas circunstancias sociales que, la dinámica vital de los ciudadanos, imprime a sus vidas.

Lo rígido, lo estricto, lo cerrado, lo normativo, lo estático, jamás desembocará en prácticas de *management*. Como ya dijo Darwin sobreviven las especies con capacidad de adaptación, no las que están adaptadas. Adaptarse a lo nuevo no es suficiente. Cabe adaptarse y seguir adaptándose sin cesar. Lo mismo ocurre con las organizaciones públicas y privadas, sin capacidad de reajuste a las nuevas necesidades de las personas que atienden y sin los resortes que lo permitan, se rompen. El *management*, precisamente, previene dicha rotura y transforma a los servicios en socialmente útiles. Su centro de gravedad es el concepto de servicio, su centro de intervención, las personas. Los resultados son medibles y visibles.

### El management y el manager

El *management* es la actividad resultante. El manager es quién la ejecuta. Igualmente se puede hablar de gestores, directores, administradores, pero de nuevo cabe insistir en que el manager es un gestor y algo más, es un director y algo más, es un administrador y algo más.

El *manager* lidera, imprime un sello diferencial entre la acción y la no acción. La estrategia, la acción deliberada e intencionada son sus puntos cardinales. El *manager* atiende tanto a los resultados derivados de la acción como de la no

acción<sup>10</sup>, en este caso ahorrando actividad y recursos. Caben las preguntas ¿en qué resulta la acción X? Y la inevitable, ¿De no haberse producido la acción X el resultado sería diferente? ¿Realmente el resultado es atribuible a la acción X?

El *manager* revitaliza a los directivos que conforman su equipo de trabajo y por efecto cascada, por imitación, éstos suelen revitalizar a los profesionales de sus áreas. El manager es un facilitador de desarrollos y carreras, es un creador de universos profesionales que desembocan en nuevos e innovadores servicios. Un profesional del Estado del bienestar no debería ser un ejecutor, ni un burócrata que aplica normas. Si es realmente un profesional, en paralelo, interactuará con inteligencia entre realidades. Relacionará circunstancias, aplicará conocimientos, ajustará y utilizará eficazmente las estructuras de las que dispone. Las evaluará con periodicidad y promoverá su reingeniería cuando observe, y así lo avalen las evaluaciones, que pierden eficacia y se quedan obsoletas.

Mintzberg experto reconocido, analista de los modelos actuales de formación de profesionales y desarrollo de las empresas, negocios y sistemas sociales públicos, habla del liderazgo en los siguientes términos:

*"¿Nos detenemos a plantearnos seriamente el tipo de liderazgo que necesitamos en nuestras instituciones sociales más importantes, incluyendo las empresas? ¿Prestamos la atención suficiente al papel de la opinión, el compromiso, la humildad, la generosidad.. y la legitimidad? [...] El liderazgo no consiste en tomar decisiones inteligentes ni en hacer grandes negocios, y mucho menos en hacerlos para beneficio personal. Consiste en llenar de*

*energía a los demás para que tomen buenas decisiones y hagan las cosas cada vez mejor"<sup>11</sup>.*

El *manager* "pura sangre" líder, reconoce en los directivos y profesionales a sus principales aliados para desarrollar los proyectos de los cuales es responsable. Y viceversa, los profesionales, a su vez, deben reconocer en el *manager* el impulsor estratégico que les ayudará en sus carreras. La relación entre ambos se basa en la credibilidad y la confianza mutua. Una sinergia que engrandece y multiplica exponencialmente cada inversión intelectual. Solo los mediocres, tanto en el equipo directivo, como en los equipos profesionales, establecen peajes en este fluir natural.

Del texto de Mintzberg se señalan dos puntos esenciales, unos referidos a los establecimientos y otros en las organizaciones e instituciones del Estado del bienestar. Por una parte menciona la generosidad como valor. A veces, parecía ser una práctica caída en desuso, una actitud agonizante y pasada de moda. Como si todo tuviera que tener un porque pero sobre todo un lucro. Por la otra, a colación del término lucro, merece la pena subrayar la reflexión

8. Pruger, R., Miller, L., Efficiency and the Social Services. Introducing the concept. New York. The Haworth Press. 1991; 10.

9. Galbraith, J. K.; Una sociedad mejor. Barcelona. Crítica, 1996; 30-38.

10. Se trata de conductas reactivas, decisiones no meditadas, que desembocan en males mayores, por ejemplo: cambiar circuitos administrativos, iniciar rotaciones de personal, cambios de despachos, etcétera.

11. Mintzberg, H. Directivos, no MBAs. Barcelona. Ediciones Deusto. 2005. Pág. 164.

acerca de que el líder no actúa por beneficio personal. Situados en el Estado de bienestar, ello es abominable. Siempre es de lamentar cuando salen a la luz pública prácticas fraudulentas de entidades, asociaciones, agrupaciones, fundaciones, con sus respectivas publicaciones y actividades, congresos y demás, que basan su existencia en supuestas "buenas intenciones sobre lo social" pero que básicamente enriquecen a determinados miembros de sus juntas. La caducidad de los cargos de entidades asociativas sería una práctica higiénica para evitar callosidades. Las hemerotecas de los principales rotativos están ahí para su consulta si bien muestran sólo la punta del iceberg. El mercado de los falsificadores de "la acción social" lleva tiempo medrando en el ámbito del Estado del bienestar. La pobreza que sigue existiendo, a pesar de engendrar riqueza, lavar caras y blanquear conciencias. Un manager auténtico, líder, nunca será un listillo de época, un especulador emocional que saca rédito a las inquietudes o a las desgracias ajenas. Sin duda quienes se mueven ahí son impostores de la acción social, representan lo más alejado del liderazgo y del management.

"La idea de orden moral subyacente insiste en los derechos y obligaciones de unos hacia otros en cuanto individuos, de forma previa e independiente del vínculo político que nos une. Las obligaciones políticas se presentan, pues, como una extensión o una aplicación de esos lazos morales más fundamentales"<sup>12</sup>.

Pero lejos de las palabras, cualquiera que se detenga en el camino y observe lo que ocurre a su alrededor puede sacar sus propias conclusiones. Los profesionales del Estado del bienestar, por la ética que

se les supone, nunca pueden convertirse en cómplices afines de dichas prácticas. Es de esperar que no caigan en los tópicos ni estereotipos sobre quienes son los buenos y quienes son los malos. Las organizaciones, los modelos, se manifiestan a través de los profesionales, son éstos los que siguen buenas o malas prácticas, los únicos responsables de su acción.

### El management en el Estado de bienestar: antecedentes actuales y breve revisión bibliográfica

"No es la benevolencia del carnicero, del cervecer o del panadero que nos procuran el alimento, sino la consideración de su propio interés. No invocamos sus sentimientos humanitarios, sino su egoísmo; ni les hablamos de nuestras necesidades, sino de sus ventajas"<sup>13</sup>.

Éste es uno de los pensamientos más conocidos de "La Riqueza de las Naciones", el libro de Adam Smith escrito en 1776. La idea del management ya aparece a lo largo de los cinco libros que componen el tratado.

El concepto de management vinculado a la acción del Estado de bienestar también se incluye en textos estadounidenses de finales del siglo XIX. A modo de ejemplo, corrió el año 1874 cuando se dictaban las siguientes líneas.

"Mientras nuestro conocimiento sobre la naturaleza de la locura, su apropiado management médico y moral, ha hecho grandes avances, debemos preguntarnos si el estado presente de la ciencia médica nos garantiza el creer que aumentará el porcentaje de recuperaciones. Debemos considerar resultados reales y no tomar el

consejo de nuestro entusiasmo y esperanzas médicas. Y confesar que los informes oficiales no justifican la creencia de que este porcentaje está creciendo"<sup>14</sup>.

Un párrafo generoso en contenidos, en especial, considerando el tiempo transcurrido fijándose en el calendario, pero más actual que nunca a la luz de los detalles que encierra el texto. Obsérvese en primer lugar la referencia al management médico y moral de la atención. Después cómo introduce el concepto de resultados reales con relación a la recuperación de los pacientes enfermos, en este caso, afectados por la locura. De qué manera señala cómo los informes oficiales no justifican ningún entusiasmo al respecto de los resultados de la acción y, por tanto, invita a la prudencia. Cómo alerta sobre no confundir los deseos con la realidad. No se debe magnificar la realidad. El management encierra una actitud de prudencia respecto a los elementos que componen, en parte, el factor humano pero también emplea herramientas para objetivar al máximo.

Es obvia la diferencia entre el management en establecimientos de productos manufacturados y el management en establecimientos de servicios y en concreto de servicios de bienestar. Mientras que en el primero se goza de cierta certidumbre, uno sabe cuánto tarda en cortar una pieza, en montarla, etcétera, en el segundo predomina la incertidumbre debido al elemento de lo humano y lo psicosocial. Por ello, un manager del Estado de bienestar requiere de instrumentos y medidas específicas.

Hablar del Estado de bienestar es también referirse a Bismarck, quién introdujo los

primeros seguros a pesar de la oposición de los liberales de la época. Pero en su empeño irreducible se atisba un gran ejercicio de management social. Escribe Waller en su biografía:

"La idea de Bismarck de crear un seguro era extrafamiliar e imposible de poner en práctica. Comenzó en 1881 con un seguro de accidentes; dos años más tarde pasó a los seguros de enfermedad, y, finalmente, en 1889 a las pensiones de jubilación. El subsidio de desempleo tuvo que esperar hasta la década de 1920. Bismarck no estaba nada convencido de obtener éxito en ese salto al vacío. Los obreros parecían sorprendentemente desagradecidos y, por ello, aquel entusiasmo por realizar reformas sociales más avanzadas se fue debilitando"<sup>15</sup>. Los tres ejemplos ilustran las bases de una nueva manera transversal de organizar las estructuras del actual Estado de bienestar. Cuando la acción profesional bebe de diferentes fuentes y desemboca en diferentes prestaciones, permite al manager alcanzar el máximo grado de refinamiento y percepción.

Ya en el siglo XX son muchos los autores que han aportado su particular estudio y punto de vista del management. Los más destacados son siguiendo un orden alfabético:

12. Taylor, Ch., *Imaginarios sociales modernos*. Barcelona. Paidós básica. 2006; 16.

13. Smith, A. *An inquiry into the nature and causes of the wealth of nations*. 1776. Book one. <http://socserv2.socsci.mcmaster.ca/%7Econ/ugcm/3II3smith/wealth/index.html>

14. Conference of boards of public charities. New York. May 20-22, 1874. Pág. 62.

15. Waller, B. *Bismarck*. Barcelona. Editorial Ariel. 1999. Pág. 107-108

W. Edwards Deming (1900-1993), Peter Drucker (1909-2005), Charles Handy (1932), Frederik Herzberg (1923-2000), Joseph Juran (1904-1989), Abraham Maslow (1908-1970) (quien ha ocupado parte del apartado anterior), Elton Mayo (1880-1949), Douglas McGregor (1906-1964), Henry Mintzberg (1939), Max Weber (1864-1920), etcétera. Todos ellos coinciden en señalar la relación entre el conocimiento, la producción y el cálculo. En valorar como esencial el estilo del *manager* y las aspiraciones profesionales. La acción profesional apoyada en el conocimiento produce servicios dentro de un tiempo que se estima el óptimo y alcanza resultados medibles.

Douglas McGregor, contemporáneo de Maslow, conocido sobre todo por su Teoría X y Teoría Y, ambas apoyadas en investigaciones de campo. A su vez, el mismo autor asume que caben nuevas validaciones.

*Teoría X: La perspectiva tradicional de la dirección y el control. Detrás de cada decisión o acción gerencial están los supuestos sobre la naturaleza y el comportamiento humano.*  
1) *El ser humano promedio tiene una aversión inherente al trabajo y lo evitará si puede.*  
2) *Debido a esta característica humana de aversión al trabajo, la mayoría de las personas deben ser coercionadas, controladas, dirigidas, amenazadas con castigo para hacer que realicen un esfuerzo adecuado para alcanzar los objetivos organizacionales..*  
3) *El ser humano promedio prefiere ser dirigido, desea evitar la responsabilidad, tiene relativamente poca ambición, desea seguridad por encima de todo. [...] la Teoría X proporciona una explicación sobre cierto comportamiento humano en la industria.*  
*Teoría Y: La integración de metas individuales*

y organizacionales. 1) *El gasto de esfuerzo físico y mental en el trabajo debe ser tan natural como el juego y el descanso.* 2) .. *El hombre ejercerá la autodirección y el autocontrol al servicio de los objetivos con los que se ha comprometido.* 3) *El compromiso con los objetivos es una función de recompensa asociadas a los logros.* 4) *El ser humano promedio aprende, bajo las condiciones adecuadas, no sólo a aceptar sino a buscar la responsabilidad.* 5) *la capacidad para poner un relativamente alto grado de imaginación, ingenio y creatividad en la solución de problemas organizacionales es ampliamente, no reducidamente, repartida a la población.* 6) *bajo las condiciones de vida industrial Moderna, los potenciales intelectuales del ser humano promedio son utilizados de manera parcial*<sup>16</sup>.

Peter Drucker otro autor imprescindible por sus reflexiones y puntos de vista sobre la evolución de la sociedad profesional y empresarial actual, reconocido por algunos como un ecologista social, explica el *management* con los siguientes términos:

"*El Management explica por qué, por primera vez en la historia de la humanidad, podemos emplear, en el trabajo productivo gran número de personas instruidas y cualificadas. [...] Y hasta hace poco no se sabía cómo organizar a personas de saberes y capacidades diferentes para conseguir juntos objetivos comunes [...] el conocimiento avanzado es siempre especializado. Pero, por sí mismo, no produce nada. [...] Ingenieros de todo tipo, proyectistas, expertos en marketing, economistas, estadísticos, psicólogos, planificadores.. todos trabajando juntos. Ninguno sería efectivo sin el Management. [...] El Management y la empresa modernas no existirían sin la base de conocimientos que han forjado las sociedades desarrolladas*<sup>17</sup>.

Frank K. Sonnenberg, en su libro *Managing with a conscience* introduce, como indica el título, la conciencia del manager. Escribe:

"*Resultados.. Resultados.. Resultados. En las turbulentas, frenéticas, a veces "perro come perro" de la pasada década muchos creyeron que el único camino para lograr el éxito era no tener escrúpulos. Actuando como señores de los tugurios, las corporaciones dejaron deteriorar sus activos maltratando a los empleados, exprimiéndolos como surtidores y se aprovecharon de los clientes. [...] Gestionando con la conciencia describe una mejor opción para mejorar el éxito a largo plazo: restablecer los valores tradicionales e injectar verdad e integridad en todas las prácticas de las empresas y de las relaciones personales*<sup>18</sup>.

Como puede verse en las dos citas, el *management* va asociado a profesionales comprometidos, responsables, innovadores y creativos, pero sobre todo con ética.

El *management* y sus lugares comunes con el trabajo social.

El trabajo social conduce al diagnóstico social y éste, apoyados en la teoría y bibliografía expuesta en la primera parte del artículo, conforma una gran práctica de *management*. Tomando como base la definición de Diagnóstico Social de Mary E. Richmond, se observa como sus componentes parten de la misma raíz, combinan elementos dinámicos actuantes sobre circunstancias, particulares o comunes, que requieren una guía o intervención profesional. Richmond se refiere al Diagnóstico Social tanto en el ámbito de lo común como en el ámbito del individuo y su familia. El que sigue es un ejemplo del primer caso, el

Diagnóstico Social en el ámbito de lo común y en este sentido, éste se asociaría a la práctica del management también en general. Mary E. Richmond escribía en 1910.

"*¿Podrían nuestros movimientos sociales no estar de acuerdo en tratar las necesidades de comunidades enteras de esta manera? ¿Podrían no estar de acuerdo en hacer un diagnóstico social de un barrio céntrico, o de la ciudad y luego decidir juntos sobre lo siguiente que cabe hacer y que es necesario en aquel lugar en particular?*<sup>19</sup>

El texto que sigue es la definición del Diagnóstico Social, publicada siete años más tarde en su libro *Social Diagnosis*.

"*El intento de hacer una definición, lo más exacta posible, de la situación y personalidad de un ser humano con alguna necesidad social –de su situación y personalidad, ello es, en relación con otros seres humanos de los que de alguna manera depende, o los que de alguna manera dependen de él, y en relación también con las instituciones sociales de su comunidad". [...] "El buen diagnóstico social incluye todos los factores principales que soportan el camino de reconstrucción social, enfatizando en los rasgos que indican el tratamiento a seguir. Este énfasis del trabajador debe evitar predisponerlo hacia algún factor causal del disturbio"*<sup>20</sup>.

16. McGregor, D., *El lado humano de las empresas*. México. McGraw Hill Interamericana. 2007; 43-59.

17. Drucker, P. *Las nuevas realidades*. Barcelona. Edhasa. 1989. Pág. 323-324.

18. Sonnenberg, F. K., *Managing with a conscience*. McGraw Hill. New York. 1994. Pág. XI

19. Richmond, M. E. "Families and neighborhoods" Report of the committee. Official proceedings of the annual meeting. 1910; 218.

20. Richmond, M.E. *Social Diagnosis*. New York. Russell Sage Foundation. 1917;357.

Al analizar los términos que componen la definición o referencias acerca del *management*, ya sea tomando el de gestión, el de dirección o administración se comprueba que todos ellos forman parte de los contenidos y valores propios de la intervención propia del trabajo social, esta vez, llevada a cabo en exclusiva por los trabajadores sociales. Se subraya la palabra exclusiva por tratarse de la intervención profesional avalada por la formación académica y la experiencia acumulada a través de la misma práctica. Si se apela al trabajo social se apela a los trabajadores sociales y no a otros colectivos. La profesionalidad sólo es equiparable a la profesionalidad. Cualquiera puede dar brochazos a una pared, pero es incuestionable que cuando el que pinta es un pintor artesano y con experiencia, la pared reuce. La excelencia, mencionada en la primera parte del artículo, se basa en la profesionalidad, la cual requiere del factor diferencial del conocimiento propio, de aquél en particular que garantiza la práctica de la que se trata. Por tanto, lo relevante no es quien puede o se atreve a dar brochazos de trabajo social, sino quien está capacitado y garantiza la buena práctica del trabajo social. Las instituciones son las primeras que deben apostar por el caballo de la profesionalidad y no dejarse embelesar por las ratas que se atreven con todo, con consecuencias nefastas para los ciudadanos que, además, desconocen encontrarse ante una falsificación, en este caso concreto, del trabajo social.

El *management* es aplicable a todas las áreas en las que intervienen las personas que utilizan servicios o productos que elaboran los profesionales. No es una práctica exclusiva de uno u otro colectivo

pero una vez asumida por un colectivo, éste le imprime su particularidad. Tampoco debe asociarse a la acción gerencial de lo macro. En todo caso ésta puede ser también micro. El *management* es el vehículo que atraviesa muchos campos de trabajo que siguen manteniendo sus competencias. El paisaje por el cual se transita lo define el quehacer profesional con la aplicación del conocimiento específico.

*"La administración trata acerca de los seres humanos. Su tarea es hacer capaces a las personas de un desempeño conjunto para hacer efectivas sus fortalezas e irrelevantes sus debilidades"*<sup>21</sup>.

La práctica del *management* promueve a los equipos profesionales dentro de las organizaciones. El trabajo social promueve a las personas dentro de sus entornos y ambientes. El *management* aporta grandes resultados en todas sus áreas pues el manager ve lo colindante a los límites de lo que está tratando. El trabajador social también contempla lo colateral de su acción que nunca resulta aislada y lo considera hasta donde el caso social establece sus límites. Ni el enfoque del *management*, ni el del trabajo social, es unidimensional, ni vertical, al contrario, ambos están formados por grandes trenzados de circunstancias y personas. El mismo procedimiento clásico del trabajo social, el método de trabajo social de caso, el casework, impide la visión fraccionada. Lo multidimensional del *management* es equiparable a lo multidimensional del trabajo social. Los trabajadores sociales, como los managers, son cosechadores y recolectores de posibilidades allá donde las haya. Elaborar el Diagnóstico Social es un gran y clásico

ejemplo de *management* en el ámbito micro y si cabe, en el ámbito de lo macro cuando son poblaciones, barrios o distritos los que motivan dicho diagnóstico. La diferencia entre ambas expresiones la macro aplicada a los establecimientos o a sistemas de servicios y la micro aplicada a las personas que acuden a ellos, se encuentra, obviamente, en las magnitudes. El cuerpo del *management* lo componen los establecimientos, las corporaciones, los sistemas sociales públicos y privados y las personas que los integran, ya sea como profesionales o clientes. Su acción se apoya en la motivación, el liderazgo, la innovación, la solución, la calidad del servicio o producto, la capacidad de gestión de las crisis, el control y supervisión, etcétera. El cuerpo del trabajo social son las personas y se apoya en los mismos elementos.

Ejemplo de *management* institucional: Dentro de un Estado de bienestar moderno, su administración pública con su sistema de estructuras y servicios, gestionada siguiendo las estrategias del *management* no permitiría al sistema sanitario dejar de lado los aspectos sociales de las personas que atiende. Por una cuestión de eficacia institucional y social. Es ineficaz, en el camino de búsqueda de una gestión excelente que una persona atendida en el sistema sanitario, en especial cuando presenta determinadas características de riesgo probadas como tales, no se contemple obligatoriamente el estudio de los aspectos sociales para garantizar su tratamiento u orientación. O que el sistema de servicios sociales no contemple el natural deterioro de la autonomía funcional, instrumental, psíquica de las personas y siga primando

la demanda (con la marginación que ello supone para quienes no demandan ayuda) sin establecer canales obligatorios de práctica conjunta con sanidad. La distancia existente, en la práctica del día a día, entre ambos sistemas, el sanitario y el social, es un ejemplo gráfico de lo que podría llamarse el "*antimanagement*". También lo es aferrarse a fórmulas obsoletas, con ineficacia probada, irresolutivas e ineficaces para las personas. El "*antimanagement*" es cuando a pesar de los resultados negativos, en términos de bienestar, no se produce el cambio. Esa visión vertical desplaza en el tiempo una atención que se determina necesaria. Bajo la práctica del *management* en el ámbito de lo micro se produciría una sincronización entre los diferentes sistemas. Ese diferir una atención necesaria genera dificultades en la persona y su familia, por extensión, a su medio. Mary Richmond ya apuntó uno de los elementos que permite comprender mejor el *management* en el trabajo social:

*"La administración sana es la que trata problemas desiguales, desigualmente"*<sup>22</sup>.

Y de nuevo ello lleva a la profesionalidad. Los profesionales aplican su conocimiento sobre aquella circunstancia, la estudian, la trabajan, la interpretan, la diagnostican, establecen un plan de trabajo. Ello nada tiene que ver con la atención de los burócratas titulados que aplican plantillas y escalas. La desigualdad de cada caso social viene marcada por la desigualdad de las circunstancias. El trabajo social atiende

notas  
21. Haas Edersheim, E. Enseñanzas de Peter Drucker. México. McGraw Hill. 2007. XI

22. <http://home.westshore.cc.mi.us.dededman/index.html>

esta desigualdad apoyándose en la unicidad del individuo sobre la cual basa la intervención.

La práctica de la medicina, en cualquiera de sus especialidades, sirve para ilustrar la unicidad de la atención, el tratar a cada uno según sus necesidades. En trabajo social dichas necesidades sociales se apoyan en parte en la medición de la resiliencia cuyo centro de gravedad se encuentra en la capacidad de cada uno en resistir y autogestionar sus adversidades. Ello es, en extremo, particular y personal. No hay fórmula capaz de predecir. Como máximo se podrán definir o señalar probables patrones de comportamiento y reacción. ¿Por qué algunas personas resisten más que otras? ¿Dónde reside el factor diferencial de la resistencia? ¿Se puede aprender a resistir? ¿Qué provoca el derrumbamiento de una persona y qué la impulsa a seguir? Cada día la vida cotidiana pone a cada uno delante de reveses, retos y disgustos. El vivir es un aprendizaje constante anudado en diferentes dimensiones en las cuales interviene el trabajo social.

"Resiliencia (resistencia) significa ser capaz de recuperarse de eventos vitales que, a primera vista, pueden parecer totalmente abrumadores. Cuando la vida de las personas resistentes sufre una interrupción, éstas manejan sus sentimientos de manera saludable. Se permiten sentir pena, ira, sensación de pérdida y confusión mientras están dolidos y angustiados, pero no dejan que esto se convierta en sentimientos permanentes"<sup>23</sup>.

El management en este contexto abastecería de eficacia y eficiencia los diferentes establecimientos, con sus programas y servicios a modo de vasos

comunicantes y los profesionales contemplarían sin esfuerzo alguno, los programas y servicios también como vasos comunicantes.

El trabajador social, en su intervención ajusta las necesidades con los apoyos que las satisfarán. Aplica el principio de subsidiariedad (allí donde pueda llegar la persona, sus medios, no deben inmiscuirse otros) y vertebría el principio inspirador del management que busca ante todo la excelencia de los servicios y el liderazgo.

El cuerpo del trabajo social son las personas cuyas vidas sufren diferidos negativos con respecto a sus circunstancias personales deseables o anteriores al evento vital estresante. El método de intervención habitual, es el método de trabajo social de caso, el casework. Cuando esos diferidos afectan a una comunidad, a grupos concretos, el trabajo social establece prácticas de grupo, el groupwork.

El diagnóstico social es el observatorio que permite establecer este déficit respecto de una media común y respecto del caso particular. Valgan para ilustrar los dos ejemplos que siguen.

#### Ejemplo 1-a:

Mujer, divorciada, que pierde su trabajo. Hasta la fecha su economía era muy solvente. Cuida de sus dos hijos. Mantiene buenas relaciones con el padre de éstos. El padre cuenta con una economía solvente que le permite ayudarla mientras la mujer no encuentre una nueva ocupación. La ayuda surge espontáneamente.

#### Ejemplo 1-b:

Mujer, divorciada, que pierde su trabajo. Hasta la fecha su economía era muy solvente. Cuida de sus dos hijos. No mantiene buenas relaciones con el padre de éstos. El padre cuenta con una economía solvente que le permite ayudarla mientras la mujer no encuentre una nueva ocupación pero no está dispuesto a ello. Su mala relación no facilita que fluya el apoyo.

Ambos son ejemplos clásicos de diferidos vitales causados por un evento vital: la pérdida de trabajo de la mujer. Pero ésta se da dentro de dos entornos que si bien muestran bases comunes, la buena economía del padre, a partir de ahí se rompe la secuencia paralela de ambos casos. El mismo hecho en circunstancias diferentes conduce a situaciones diferentes. En uno, el ejemplo 1a la buena relación entre madre y padre permite casi una solución natural del problema de inmediatez. El medio plazo implicaría otros condicionantes pero no es el caso. En el otro, el ejemplo 1b, la mala relación con la ex pareja obliga a una intervención más profunda. La ayuda ya no surge naturalmente si no que debe pactarse. En un Estado de bienestar basado en las personas, en sus dificultades y no en sus características de exclusión y marginalidad, la intervención social profesional desde el trabajo social quedaría fuera de dudas en ambos casos, aceptando a priori que el segundo requeriría, presumiblemente, mayor intervención que el primero.

Otro ejemplo de management es la propuesta de Montserrat Colomer en su

Método Básico de Trabajo Social en el cual incluye las fases y las acciones profesionales asociadas a cada una de ellas.

"Conocimiento global del campo de acción profesional. Interpretación de los datos. Plan de trabajo. Ejecución. Evaluación<sup>24</sup>.

El management en trabajo social es la atención y liderazgo de redes humanas, la promoción de programas que las potencien y la organización de estructuras que las acojan. Es el estudio de causas efectos sociales probadas, la investigación de perfiles personales, familiares y de otras características que permitan establecer secuencias probables. Cabe, a partir de la acumulación de casos, establecer comparativas entre realidades similares y tipologías de soluciones.

El ámbito de lo macro del management en trabajo social viene conformado por la acumulación de los casos sociales. El ámbito de lo micro, es el caso social a su vez, por lo general, compuesto de diferentes ámbitos que se apoyan en la especialidad. El hilo conductor entre los diferentes cuidadores especialistas de cada cuidado lo sostiene care manager (el gestor, director, administrador del cuidado).

Así se llega a la última parte del artículo, el abordaje del case management (la gestión del caso social) y del care management (la gestión del cuidado) en el

NOTAS  
23. Siebert, A., La resiliencia. Barcelona. Alienta Optimiza. 2007; 17-18

24. Colomer, M. "Método de trabajo social". Revista de Trabajo Social, Número 55. Edita, Asociación de Asistentes Sociales para el estudio y especialización del Trabajo Social. 1974; 31-35

ámbito que corresponda. Los más habituales son: sanidad, educación, justicia, laboral, familia, pero pueden darse otros.



Ilustración 1: Penetración del Management en la gestión del caso y de ésta en la gestión del cuidado.

La gestión del cuidado siempre es especialidad: cuidado sanitario, cuidado educativo, cuidado del hogar, etcétera. La intervención sobre un factor general de entre los muchos que componen el caso. Es en la gestión del cuidado, en cada ámbito si corresponde, en donde se va materializando el plan de trabajo del caso social. La intervención en un factor no implica la intervención en el otro. Cada caso es distinto. De ahí la importancia del *case manager* (gestor, director, administrador de caso) como el profesional que mantiene unidos a un sólo eje todos los factores sobre los que se interviene y es capaz de ver como unos afectan a los otros. En este punto se dirime la diferencia entre el caso y el cuidado. Así, a diferencia del *care manager* (el gestor, director, administrador del cuidado) se centra en los aspectos concretos que le competen de acuerdo a su especialidad.

La perspectiva del todo del *care manager* apoya y equilibra la acción estratégica sobre cada una de las partes.

### El case management (la gestión, dirección, administración del caso social)

En la primera parte del artículo se ha tratado el *management* y el trabajo social en términos generales abordando actuaciones sobre colectivos y realidades varias. La esencia de sus prácticas y los paralelismos. Cada uno en su ámbito habitual pero compartiendo unos recursos muy parecidos. Se han buscado los puntos filosóficos y prácticos coincidentes entre ellos, siempre en la esfera de lo macro, de lo que afecta a los procedimientos de actuación, a la actitud.

Los trabajadores sociales, estudian, diagnostican y atienden realidades individuales y/o colectivas en crisis, tanto temporales como indefinidas, las cuales interactúan y se influyen. Por ejemplo, la pérdida de autonomía física, psíquica y/o social, el absentismo escolar, el alcoholismo, la ludopatía, pérdida de estatus, la mala relación familiar, la violencia doméstica, etcétera, son circunstancias vitales que se viven en lo individual. Acumuladas conforman perfiles de colectivos que requieren estudiarse con detenimiento. Así, las personas que cumplen con la característica X, presentan, además, otras características, la cuáles, se ha observado están presentes en diferentes proporciones. Esta acumulación de casos sociales, agrupados por características principales y características asociadas, permite estudiar concatenaciones probables y, señalar los protocolos de

intervención. El estudio de cada característica y sus probables circunstancias asociadas, también permite planificar servicios mejor dotados para ajustar las respuestas a las realidades. Por ejemplo ante una necesidad de convalecencia se puede recurrir a las áreas con dicha prestación, pero si se le añade una sospecha de falta de autonomía social para una vez la persona regrese a su casa, cabe integrarlo en el estudio y resolución del caso, y así sucesivamente se irán encadenando elementos de cuidados. Los recursos y establecimientos existentes asumen funciones que diferencian a unos de otros.

El *management* ya dentro del ámbito de la persona, se transforma en el *case management*, (la gestión, dirección o administración del caso social). Los protocolos si bien marcan líneas generales de acción no penetran en lo particular del caso social. Habrá elementos propios. Por ejemplo ante una situación de pérdida progresiva de autonomía, si bien se darán unos patrones comunes de intervención, apoyo psicosocial, corrección del orden interno de la vivienda, etcétera, el caso social, ya desprende la individualidad en la que dichos patrones pueden manifestarse en diferentes proporciones. La intervención debe adecuarse a la necesidad real del caso social.

### ¿Cómo se explica y define el caso social?

En 1951 Gordon Hamilton lo describió en los siguientes términos:

"Un caso social no viene determinado por el tipo de cliente (familia, infancia, persona mayor, adolescente), no puede venir

determinado por el tipo de problema (problemas económicos, problemas de conducta). [...] El caso social es un acontecimiento vital en el que siempre hay proporciones variables de lo económico, físico, mental, emocional y factores sociales. [...] El caso social está compuesto de factores internos, externos o medioambientales. Uno no trata a las personas en un sentido físico o en un sentido medioambiental los trata en relación con sus experiencias sociales y con relación a sus sentimientos respecto de estas experiencias"<sup>25</sup>.

Veinte años más tarde, en 1971, Helen Harris Perlman, estudiosa y reconocida trabajadora social, ahondó sobre los contenidos y la realidad práctica del caso social, introduciendo, como se verá, un nuevo elemento, las nuevas profesiones que actúan en programas de bienestar. Sus aportaciones son las que siguen:

"Periódicamente nos preguntamos unos a otros: ¿Qué es lo social acerca del caso social? [...] Las razones que nos empujan una y otra vez a esta pregunta son varias. Incluyen nuestro interés en conocer el interior de la personalidad y la pérdida de perspectiva acerca del otro mundo en el que la personalidad vive. Nuestra dificultad real en definir lo "social" y quizás como ahora, la necesidad es mayor, debido a la penetración de tratamientos a través de los programas de bienestar social, de decir otra vez quienes somos y qué sabemos. Sin embargo, me he limitado a una tarea: la identificación de los componentes sociales por los cuales la práctica del casework está caracterizada y vitalmente afectada"<sup>26</sup>.

notas  
25. Hamilton, G., Theory and practice of social case work. New York and London. The New York School of Social Work, Columbia University Press. 1951; 3-4.

26. Perlman H. H., Perspectives on Social Casework. Philadelphia. Temple University Press. 1971; 35-36.

Resalta, por avanzada, del texto de Helen Harris Perlman su advertencia acerca de la importancia de definir con acierto el caso social, en especial, al considerar la progresiva penetración de otros profesionales en los nuevos programas de Bienestar. Perlman, en ese aspecto, fue una visionaria. Su observación es ya una realidad más que palpable en este siglo XXI.

Esa penetración de otras disciplinas en el campo de lo social, si bien en su finalidad busca un enriquecimiento de las intervenciones resultando en eficacia y eficiencia, en algunos lugares allí donde se ha desarrollado sin considerar las competencias y habilidades ésta nueva realidad ha creado y sigue, numerosos problemas de relación entre los colectivos profesionales. Problemas del todo innecesarios considerando el principio de la disciplina que señala claramente las competencias de cada uno. En algunos establecimientos la interdisciplinariedad, en la práctica, ha creado imaginarios y nudos extraños a la vez que poco útiles al ciudadano quien, cabe insistir, muchas veces por la propia dinámica institucional desconoce encontrarse ante una falsificación, en este caso, de la intervención social. Se señala la intervención social porque por su naturaleza, a menudo, se ve violada por osados que desconocen su auténtica matriz y la magnitud de su responsabilidad. La intervención social no es una reunión de amigos, ni una tertulia de occurrentes en donde se trata de acertar. Entraña una gran responsabilidad pues una u otra orientación, uno u otro descuido, puede cambiar el rumbo de una vida, de una familia.

Los responsables no pueden desentenderse de las competencias de los profesionales. No pueden alterar la cascada natural que siempre ha sido ir de lo general (el caso social) descendiendo hacia lo específico (el cuidado en las diferentes áreas: sanidad, educación, justicia, etcétera). Esta falta de respeto del orden natural, su interrupción artificial, está llevando a una inversión del orden. Como alguien, más o menos, dijo: "parece que nos dirigimos a un mundo en el que las colas moverán a los perros".

El cuidado de lo específico (una enfermedad, las curas diarias, el absentismo escolar, la dieta, una adicción, mala relación de pareja, problemas derivados del paro, etcétera) no puede desplazar el tratamiento de lo general, el caso social, afectado por ese particular y otros. La parte, aunque ella se vea como todo, no es el todo. El ejemplo más flagrante de ello es quizás en estos momentos el caso de la enfermería comunitaria de enlace. Se trata de una figura que algunas Autonomías están apoyando como gestoras de caso cuando lo correcto, académicamente, sería hablar de gestoras del cuidado y para ser más precisos, del cuidado sanitario. Por formación, por los componentes que se ha visto comprende el caso social, la competencia de la enfermería no excede de lo sanitario tanto en lo asistencial como en lo preventivo y educativo. De la misma forma que la competencia del profesorado no excede de lo educativo. Ambos ejemplos siempre serán es una parte de lo social. Pueden darse incluso a la vez. Cuantas veces, la enfermedad grave, por ejemplo, del abuelo quien vive en la casa con sus hijos y nietos afecta al rendimiento escolar del nieto. Especialidad no significa impermeabilidad. Todos los

casos, todas las intervenciones requieren de una porosidad. Pero si bien, por poner un ejemplo obvio, muchos pueden reconocer un ataque cardíaco, lo cierto es que muy pocos, sólo los cardiólogos, pueden tratarlo con posibilidades de éxito. No es la capacidad de ver la existencia de un problema lo único y más importante, es la capacidad y competencia para solucionarlo.

La parte, siempre será parte. Con ello se pasa en el siguiente apartado acerca del care management, (la gestión, dirección o administración del cuidado).

El trabajador social construye el diagnóstico social, el epicentro del caso social. El procedimiento propios de trabajo social más habitual, no el único, es el Método de trabajo social de caso, el casework.

En Raíces del Casework psicosocial Mary Ellen Woods y Florence Hollis escriben:

*"Es importante entender la historia del casework psicosocial (método de trabajo social de caso). El conocimiento del pasado y el sentido de continuidad ilumina el presente; cuando sabemos donde hemos estado, podemos evaluar mejor donde estamos y hacia donde vamos. Desde el conocimiento de las misiones, perspectivas y luchas de nuestros predecesores, podemos aprender de sus logros y errores a medida que nosotros vamos construyendo y fundando conocimiento."*<sup>27</sup>

La intervención social integra la esfera asistencial y la preventiva. Cabe, en opinión de la autora, evitar en lo posible el intervencionismo administrativo siempre reduccionista y, a la vez, caro por los recursos destinados más al control

que al apoyo mismo. El caso social correctamente gestionado, bajo las prácticas del case management impide la malversación de recursos personales, profesionales e institucionales. El caso social se gesta cuando las estructuras particulares se ven amenazadas y la persona (temporal o indefinidamente) no puede reorientar su día a día. A partir de ahí se inicia el estudio social para definir la intervención social en cada una de las áreas afectadas, sanidad, educación, laboral, familia, etcétera.

La gestión del caso social aborda la gestión de los desequilibrios de la persona que motiva la intervención social, pero también del núcleo de convivencia en donde se encuentra, de su relación con en entorno social, laboral, incluso de ocio. El trabajador social toma todas las dimensiones del presente, lo que está ocurriendo y que, según indica el diagnóstico social cabe reorientar. Un presente, no obstante, apoyado y nutrido por un pasado que, insistir, si la intervención social descrita en el plan de trabajo, no remodela, no modifica, seguirá afligiendo el futuro de la persona. Los apoyos reactivos, momentáneos, resultarán sintomáticos pero no resolverán el problema social de fondo si es que el problema es realmente social.

Mary Richmond ya señaló muy en particular la humillación que suponía para el trabajo social como disciplina el encontrarse casos de enfermedad mental

notas 27. Woods, M. E., Hollis, F., Casework. A psychosocial therapy. Boston. McGraw Hill. 2000; XIX.

diagnosticados por una agencia como casos de desempleo, pereza o ineficiencia. Cuantas veces enfermería califica a una familia de despreocupada porque no está al pie de la cama de su enfermo, sin considerar, porque lo desconocen, a modo de ejemplo que viven en el campo y no cuentan con nadie para ocuparse de las cabezas de ganado. O que la esposa o esposo no atiende, cuando en realidad está siguiendo un tratamiento psiquiátrico por intentos de suicidio. Son muchos los ejemplos que la práctica pone sobre la mesa indicando que no se puede renunciar a la valoración social de la mano de un trabajador social.

"La absorción del trabajador social de los aspectos superficiales del caso es la responsable de muchos errores diagnósticos"<sup>28</sup>.

El caso social se sitúa, partiendo del presente, en el previo y se adelanta a las posibles secuencias. En la forma puede parecer una intervención reactiva pero sólo en la forma, en el fondo jamás lo es. El trabajador social por formación no ve ningún acontecimiento aislado y, por tanto, no lo trata como tal. Ésta sería una práctica nefasta basada en la ignorancia de la parte. Lamentablemente éste no es un factor inusual cuando otros profesionales, desde su visión parcial (justificada por su especialidad) irrumpen en el ámbito del trabajador social creyendo, disculpen aquellos que son respetuosos con el trabajo social, que éste sopla y hace botellas. Añadir que esta falta de visión del profesional especialista que se ocupa de una parte, condena a la persona a una realidad que seguro está por debajo de la que le permitiría el estudio del todo. El trabajador social ofrece a la persona las posibilidades que emanan de sí misma. Actúa en este caso a

modo de manager líder. Recordar en el apartado anterior el rol que desempeña el líder al promocionar y motivar a los profesionales para que encuentren su propio quehacer profesional. En este caso el trabajador social se convierte en el manager líder de la persona y su núcleo de convivencia. Lejos del paternalismo tan propio de otros colectivos, el trabajador social, además, es un educador, un orientador, un motivador, un impulsor. La posterior aparición profesiones con el apellido social, por ejemplo de educador social, no exime al trabajador social de su clásica función educativa ya reconocida en textos centenarios. Si bien el educador social se centra en el aspecto educativo, como corresponde, ello es por igual una parte del caso social y una competencia del trabajador social.

Esta descripción no debe interpretarse en términos de buenos o malos, ni de poder, todas ellas ideas que conforman una espesa niebla que impide la visión de los profesionales al margen de su formación. Lo general por definición siempre incluye lo específico y lo específico debe responder al plan general. Por tanto, toda la intervención que se sitúa dentro de la intervención del caso social, se considera una parte de esta. De ahí la importancia del *case management* como la visión más global que deriva en una acción más globalizadora. No es por azar que el gerente ocupe el lugar más alto del organigrama por encima de las direcciones. Por la misma razón las direcciones ocupan un escalafón más alto que los jefes de área y éstos que los responsables de proceso. El manager sabe que cada componente del todo debe asumir su responsabilidad, la avalada por la formación y confirmada por el

contrato. La eficacia obliga a no romper el orden natural. Lo general incluye lo específico.

El caso social, por tanto, incluye el estudio de las variables (de la persona, de la familia, de salud, laborales, de vivienda, de autonomía social, física y psíquica, etcétera) que conforman la vida y el día a día de la persona atendida por el trabajador social. Sería ético que cuando la persona acudiera a profesionales de otras formaciones, éstos no dieran brochazos de trabajo social y derivaran el caso al trabajador social.

Sea cual sea el motivo de la demanda, la necesidad de la persona atendida, el trabajador social establece una escala de informaciones. Ninguna dificultad, ningún problema social se sostiene en un sólo motivo. Todo aquello relacionado con lo social es *multi*: multifactorial, multidimensional, multicausal. Cualquier rotura se ramifica en categorías. Por ello el trabajador social establece un conjunto de cálculos sobre cómo los diferentes eventos se interfieren, en positivo o en negativo. Lejos de la acción informativa la intervención del trabajador social establece primero una amplia recogida de información a través de diferentes fuentes, la estudia, establece el diagnóstico social y luego señala el plan de trabajo sobre cada área, siempre buscando la mejora de la autonomía de la persona. Allí donde puede llegar la persona, su familia, no intervendrá el profesional. Las áreas de intervención dentro del caso social ayudan al cliente a comprender las proporciones de su problema y a diferenciar las desproporciones fruto de una perspectiva errónea del mismo, como señala Perlman.

El trabajador social ajusta posiciones por una parte y por la otra gestiona los apoyos necesarios en los ámbitos que corresponda. Ello conduce, finalmente, a la gestión del cuidado, el *care management*.

### El *care management* (la gestión, dirección y administración del cuidado)

Situados en España dónde el trabajo social va perdiendo presencia y reconocimiento de una manera progresiva, este apartado puede resultar extraño. Precisamente ahora referirse al trabajador social como el gestor de casos por excelencia puede provocar más de una sonrisa. Pero quien se adentre en los textos que recogen los orígenes del trabajo social, su estructura funcional y corpus teórico, verá como dicha sonrisa se desdibuja. Sin dar la espalda a la actualidad crítica, sería poco productivo quedarse ahí y resolver que el trabajador social *case manager* (gestor, director, administrador de casos) forma parte del pasado. Ya que el *management* se apoya en los profesionales del conocimiento cabe esperar en que el conocimiento se imponga. Confiado en que esta crisis, generalizada en todos los ámbitos del trabajo social, se encauce, el texto que sigue se apoya en la realidad teórica del trabajo social y no en la incongruencia manifestada los últimos años en algunas prácticas.

El *care management* (la gestión del cuidado) se apoya en el plan de trabajo. En la parte que le corresponde según se

28. Richmond, M. op. cit. Pág. 358.

recoge en el diagnóstico social de cada caso social. El plan de cuidados puede darse en diferentes campos. En ellos, a parte del trabajador social como case manager intervendrán los diferentes profesionales que el caso social requiera para su resolución. Cada uno de ellos, en su ámbito específico, será responsable del cuidado preciso y, en este ámbito, actuará a modo de care manager (gestor del cuidado) como máximo especialista.

El trabajador social debería ser quien reuniera y correlacionara a todos los profesionales *care managers*, cuando interviene más de uno. Los profesionales más habituales que actúan de *care managers* pertenecen a: trabajo familiar, gerontología, medicina, enfermería, psicología, pedagogía, terapia ocupacional, rehabilitación, educación, justicia, empresa, etcétera.

A modo de ejemplo: Una familia compuesta por el matrimonio, un hijo y

una hija. El padre del esposo vive de manera rotatoria, cuatro meses con cada uno de sus tres hijos. La familia está atravesando un momento crítico al que se añaden dificultades económicas. Ambos cónyuges tienen contratos temporales. Algunos meses no pueden afrontar la hipoteca. Cuando el padre vive con ellos les ayuda. El marido ha estado bajo tratamiento psiquiátrico por fobias. La hija adolescente de catorce años obtiene buenas notas pero su carácter se radicaliza. El hijo, también adolescente de trece años obtiene muy mala calificación escolar. Es agresivo y muchas veces no acude a clase utilizando la excusa del abuelo. El padre del esposo, el abuelo ha caído y se ha fracturado el fémur. Está ingresado en un hospital de agudos. Éste es un clásico ejemplo en el que el *case manager* el trabajador social requiere de multitud de *care managers*, cada uno con su lente de aumento.

Circunstancia	Care manager
Una familia compuesta por el matrimonio, un hijo y una hija, y el padre del esposo que vive de manera rotatoria cuatro meses con cada uno de sus tres hijos. Están atravesando un momento de dificultades económicas.	Servicios sociales de su ayuntamiento.
No pueden afrontar la hipoteca y ambos cónyuges, sólo cuentan con trabajos temporales.	Trabajador social de servicios sociales. Trabajador social de empresa.
El marido ha estado bajo tratamiento psiquiátrico por fobias.	Cada uno de los componentes del servicio de psiquiatría como mínimo intervienen: Psiquiatra. Trabajador social. Enfermera. Psicólogo. Terapeutas grupales.
La hija adolescente de catorce años obtiene buenas notas.	Maestra.
El hijo, también adolescente de trece años obtiene muy mala calificación. Es agresivo y muchas veces no acude a clase.	Equipo pedagógico de la escuela: Psicólogo escuela. Trabajadora social del ayuntamiento.
El padre ha caído y se ha fracturado el fémur.	Del hospital: Médico. Enfermera. Trabajador social. Rehabilitador. De la atención primaria: Médico. Enfermera. Trabajador social. Rehabilitador.

Ilustración 2: Ejemplo básico de un caso social y los care managers.

El cuidado puede darse en el ámbito del domicilio, institucional y ambulatorio o en todos a la vez interactuando, como muestra la tabla, al mismo tiempo. Son numerosos profesionales, care managers, todos ellos necesarios, que deben quedar unidos por el *case manager*, (el gestor, director, administrador del caso) el trabajador social que se determine como referente. Parece obvio que todas estas intervenciones deben quedar conectadas entre ellas y que en un momento dado el psicólogo de la escuela, la maestra, necesitarán conocer si el padre ha recaído, si requiere mucha más atención de la esposa. También deberán saber que el abuelo está hospitalizado. Igualmente el trabajador social del hospital necesitará saber que la madre es la única que en este momento está trabajando y, por tanto, cuando regrese el abuelo requerirá apoyo a domicilio complementario para garantizar la higiene diaria y los ejercicios de rehabilitación. Ello lo comunicará al trabajador social del centro de salud que deberá hacer un seguimiento junto con el de los servicios sociales. En caso de que el abuelo sufra escaras de decúbito, la enfermera responsable en la planta también debe saber que los apoyos en la casa serán escasos y quizás habrá que coordinar una atención a domicilio de enfermería de la primaria y ésta deberá enseñar a la trabajadora familiar que asiste cada día dos veces a la casa, a reconocer el buen estado de las escaras del abuelo. Etcétera.

Queda fuera de dudas que cada *care manager* (el gestor, director, administrador del cuidado) es el especialista en su ámbito, y convive con los otros. El *case manager* (el gestor, director, administrador del caso) los integra. Facilita la conexión entre todos. Éste es un coordinador de *care managers* (gestores de cuidado).

### Comentario final

A lo largo del artículo se ha puesto de relieve una manera de gestionar lo macro y lo micro. Lo local y lo general. Se ha visto como el trabajo social responde a esa gestión que integra el concepto del *management* como una gestión sensible y refinada que va más allá de lo inmediato y lo normativo. El factor humano del *management* es precisamente el que permite esa porosidad entre elementos permitiendo una gestión en tiempo real, mientras ocurren los eventos que marcarán la vida de las personas atendidas.

La importancia de los métodos de *management*, ya sea en el plano de la actividad gerencial general, ya sea en el plano del *case management* (la gestión del caso) o en el *care management* (la gestión del cuidado) reside en que permite integrar espacios y saberes profesionales. La amplitud de onda de lo social integra muchas capas sobre las que actuar. Cabe reivindicar la profesionalidad en lo social y ello sólo se logra desde la profesionalidad activa y responsable.

### Bibliografía

COLOMER, M. "Método de trabajo social". Revista de Trabajo Social, Número 55. Edita, Asociación de Asistentes Sociales para el estudio y especialización del Trabajo Social. 1974; 3135.

Conference of boards of public charities. New York. May 2022, 1874; 62  
Cornwell, J., Los científicos de Hitler. Barcelona. Paidós. 2005.

Sección  
libre

DRUCKER, P. *Las nuevas realidades*. Barcelona. Edhsa. 1989; 323324.

Entrevista a Joan Grau, ex gerente del Hospital Clínic de Barcelona. *Revista Agathos, atención sociosanitaria y bienestar*. Número 4, año 6. 2006; 4651.

GALBRAITH, J. K. *Una sociedad mejor*. Barcelona. Editorial Crítica. 1996; 1418.

GALBRAITH, J. K.; *Una sociedad mejor*. Barcelona. Crítica, 1996; 3038.

HAMILTON, G., *Theory and practice of social case work*. New York and London. The New York School of Social Work, Columbia University Press. 1951; 34.

HAAS EDERSHEIM, E. *Enseñanzas de Peter Drucker*. México. Mc Graw Hill. 2007; XI <http://home.westshore.cc.mi.us.dededman/index.html>.

<http://socserv2.socsci.mcmaster.ca/%7Eecon/ugcm/3II3smith/wealth/index.html>.

ITAMI, H. *Los activos invisibles*. En: *Sinergia estratégica*. Campbell, A. Luchs, K., Bilbao. Deusto, 1994; 4872.

LILLA, M., *Pensadores temerarios*. Barcelona. Debate. 2004.

MASLOW, A. H. *El management según Maslow*. Barcelona. Editorial Paidós, 2005; 70.

MASLOW, A. *Una teoría de la metamotivación: las raíces biológicas de la vida valorativa. Más allá del Ego*. Barcelona. Editorial Kairos. 1982; 182197.

McGREGOR, D., *El lado humano de las empresas*. México. McGraw Hill Interamericana. 2007; 4359.

MIINTZBERG, H. *Directivos, no MBAs*. Barcelona. Ediciones Deusto. 2005; 164.

PERLMAN H. H., *Perspectives on Social Casework*. Philadelphia. Temple University Press. 1971; 3536.

PRUGER, R., Miller, L., *Efficiency and the Social Services. Introducing the concept*. New York. The Haworth Press. 1991; 10.

RICHMOND, M. E. "Families and neighborhoods" Report of the committee. Official proceedings of the annual meeting. 1910; 218.

RICHMOND, M. E. *Social Diagnosis*. New York. Russell Sage Foundation. 1917; 357.

RICHMOND, M. op. cit. 1917; 358  
Siebert, A., *La resiliencia*. Barcelona. Alienta Optimiza. 2007; 1718.

SMITH, A. *An inquiry into the nature and causes of the wealth of nations*. 1776. Book one.

SONNENBERG, F. K., *Managing with a conscience*. McGraw Hill. New York. 1994; XI

TAYLOR, Ch., *Imaginarios sociales modernos*. Barcelona. Paidós básica. 2006; 16  
Waller, B. Bismarck. Barcelona. Editorial Ariel. 1999; 107108.

WOODS, M. E., HOLLIS, F., *Casework. A psychosocial therapy*. Boston. McGraw Hill. 2000; XIX.

# El modelo escandinavo y su transposición

Eguzki Urteaga

## Resumen

Ante el éxito aparente del modelo escandinavo, que compagina el desarrollo económico con un alto nivel de protección social, esta ponencia quiere conocer más de cerca las características de este modelo socioeconómico que prevalece en Suecia, Noruega, Dinamarca y Finlandia. Cómo explicar que después de conocer un largo periodo de estabilidad política, desarrollo económico y bienestar social, la mayoría de los países nórdicos hayan entrado en crisis durante los años 1980. La importancia de gasto social provocó un aumento de los impuestos, la rigidez de los estatus y la tradición de negociación por consenso dificultaron los cambios, la importancia del sector público y la potencia de los sindicatos parecían entorpecer toda evolución hacia una sociedad más flexible. Sin embargo, en una década, han conseguido reformar sus Estados de Bienestar y convertirse en modelo para muchos países, tanto en Europa como fuera de él.

## Abstract

In the face of the apparent success of the Scandinavian pattern that paves the economic development with a high level of social protection, this report wants to know more than close this socioeconomic model's characteristics that it prevails in Sweden, Norway, Denmark and Finland. How to explain that after knowing a long period of political stability, economic development and social well-being, most of the Nordic countries have entered in crisis during the years 1980. The importance of social expense provoked an increase of the taxes, the rigidity of the status and the negotiation tradition for consent they hindered the changes, the importance of the public sector and the power of the unions they seemed to hinder all evolution toward a more flexible society. However, in one decade, they have been able to reform their States of Well-being and to transform into model for many countries, as much in Europe as outside of him.

## Palabras clave

Protección social, Estado de Bienestar, política activa del empleo, conciliación de la seguridad.

## Key words

Social protection, Social welfare, active politics of the employment, reconciliation of the security.

Eguzki Urteaga

Profesor de Sociología Universidad del País Vasco. Investigador asociado en el Centro de investigación Iker, laboratorio asociado al CNRS.

Autor

Simplificando, se puede decir que en la actualidad existe una alternativa entre: 1) el modelo anglo-sajón que es eficiente pero no equitativo, 2) el modelo continental que es poco eficiente y poco equitativo y 3) el modelo escandinavo que es eficiente y equitativo. La mejor opción parece evidente, aunque la evolución de los países occidentales hacia el modelo escandinavo plantea dificultades para reformar los sistemas enraizados en tradiciones nacionales que se constituyen tras la Segunda Guerra Mundial. El objetivo de la mayoría de los países es asociar la eficiencia económica, para hacer frente a la competencia internacional, y la solidaridad social, porque se quiere mantener cierta cohesión social.

La situación es relativamente paradójica puesto que, en el inicio de los años 1990, los expertos del Estado de Bienestar se alejaban de los países escandinavos a la hora de buscar soluciones eficientes en materia de política social y económica. En efecto, después de conocer un largo periodo de estabilidad política, desarrollo económico y bienestar social, la mayoría de los países nórdicos entran en crisis durante los años 1980. La importancia del gasto social provoca un aumento de los impuestos, la rigidez de los estatus y la tradición de negociación por consenso dificultan los cambios, la importancia del sector público y la potencia de los sindicatos entorpecen toda evolución hacia una sociedad más flexible.

Desmintiendo las previsiones de la OCDE, los países escandinavos han sabido compaginar un alto nivel de protección social con un desarrollo económico, a pesar de unas poblaciones reducidas y de una vulnerabilidad ante la

globalización por el tamaño reducido de sus mercados internos, la ausencia de imperios coloniales y la escasez de materias primas. No obstante, la solidez del modelo escandinavo es una realidad y atrae a expertos de varios países que quieren conocer las características de este modelo.

## El modelo escandinavo

### Las características del modelo

En su libro titulado *Los tres mundos del Estado de Bienestar*, Esping-Andersen presenta una tipología de los Estados de Bienestar fundada en las ideologías que los sustentan. Distingue el modelo liberal, el modelo conservador corporativo y el modelo social-demócrata. Respecto a esta tipología, el modelo escandinavo se caracteriza por el hecho de que la población accede a derechos fundamentales, a veces garantizados por la Constitución, sobre una base universal y sin vinculación con cotizaciones o necesidades. La institución dominante de la protección social es el Estado, los dispositivos son globales, es decir que son universales, la financiación está asegurada por el impuesto y todos los ciudadanos se benefician de dicha protección.

Mikko Kauto y Matti Heikkilä añaden otras características: el campo de las políticas sociales públicas es extenso, la intervención del Estado es importante en todas las áreas, la parte del gasto social en el PIB es elevada con una fuerte redistribución, la democracia local está desarrollada con servicios sanitarios y sociales notables a nivel de las regiones, de las provincias y de los municipios, la distribución de los ingresos es relativamente igualitaria, las

desigualdades son más reducidas que en otros países, la pobreza es poco frecuente, la igualdad entre hombres y mujeres es un principio básico, todas las medidas sociales están destinadas al individuo y no a la familia y favorecen la independencia de las mujeres. A su vez, las sociedades escandinavas suelen tener cierta homogeneidad, existe una continuidad de las políticas sociales, un alto nivel de organización, una tradición de consenso y un bajo nivel de corrupción.

Se ha elaborado un ideal-tipo del modelo escandinavo que se caracteriza por un alto nivel del gasto público en el PIB, un nivel consecuente del gasto social y una presión fiscal elevada. Entre los resultados de este modelo están: desigualdades de renta reducidas, poca pobreza y desigualdades limitadas de nivel de vida y entre los hombres y las mujeres. Comparando los países a este modelo, aparece que sólo los países nórdicos, como Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega y Suecia, cumplen estas condiciones, aunque Dinamarca y Finlandia presenten especificidades. Este modelo se basa en un pacto social que se podría resumir de la siguiente manera. El sector privado productivo goza de una gran libertad de funcionamiento y el derecho del trabajo es relativamente liberal, aún teniendo en cuenta los convenios colectivos negociados con los sindicatos. Como contrapartida, el sector productivo acepta pagar un alto nivel de impuestos que permiten garantizar que nadie esté excluido de la sociedad por falta de empleo.

Esta situación proviene de conflictos violentos que han tenido lugar en los diferentes países escandinavos al final del

siglo XIX y durante la primera mitad del siglo XX. En Dinamarca, en un episodio conocido como « el compromiso de septiembre » que tuvo lugar en 1890, los empleados emprendieron una huelga que consistía en empezar una huelga contra una empresa antes de extenderla a otras empresas de la misma región para obtener acuerdos colectivos. En paralelo, los empleadores, que querían guardar sus competencias de directivos, respondieron por lock-out generalizados en toda la región. Este conflicto, que duró desde mayo hasta septiembre, se terminó con un compromiso que reconocía la incapacidad de las partes a vencer al rival así como su independencia recíproca. Los empleadores y los empleados se reconocieron derechos mutuos que se aplican todavía hoy en día: los empleadores lograron el derecho patronal a dirigir, a repartir el trabajo y a recurrir a la mano de obra adecuada, así como un sistema de negociaciones colectivas centralizadas con la obligación de mantener la paz social durante la aplicación del acuerdo. Los empleadores obtuvieron, por su parte, el derecho de organizarse y de reunirse así como el derecho de hacer huelga en períodos de negociación.

Con el transcurso del tiempo, este modelo ha ido evolucionando con algunas limitaciones del universalismo a través de la descentralización, el desarrollo modesto de las cotizaciones para financiar algunas prestaciones, un ligero crecimiento de las coberturas privadas en materia de sanidad, la subcontratación de ciertos servicios municipales y las protestas contra las filas de espera en los hospitales. No se trata de cambios fundamentales sino de una aproximación a los demás países europeos.

## Un alto nivel de actividad

La tasa de desempleo, es decir la proporción de la población de 15 a 65 años que está efectivamente buscando un empleo, es la siguiente, en septiembre de 2005, según Eurostat:

Tabla 1: Tasa de empleo en 2005

Países	Porcentaje
Japón	4,2%
Noruega	4,4%
Reino-Unido	4,6%
Dinamarca	4,7%
Estados Unidos	5,1%
Suecia	6,3%
Finlandia	8,3%
Media europea	8,6%

Esta tabla, que ilustra un éxito relativo de los países escandinavos con respecto al resto de la Unión europea, merece algunas puntualizaciones. Por una parte, Finlandia tiene un desempleo relativamente elevado, aunque venga de muy lejos puesto que, tras la caída del muro de Berlín en 1989, perdió el casi-monopolio de los intercambios comerciales de la Unión Soviética con los demás países, lo que provocó una tasa de desempleo superior al 20%. Desde entonces, Finlandia ha reducido su tasa de desempleo y se acerca de los porcentajes de los otros países nórdicos. Por otra parte, si Suecia tiene una tasa de desempleo bastante bajo, existe un fuerte absentismo laboral. Por último, Noruega se beneficia de unos ingresos muy notables por la situación petrolera.

Sin embargo, los datos del desempleo son poco significativos puesto que pueden reflejar tanto la situación del empleo

como el rechazo de algunos grupos de posicionarse sobre el mercado laboral, porque no tienen esperanza de encontrar trabajo, porque tienen dificultades para realizar las gestiones pertinentes o porque no tienen ningún interés. Es la razón por la cual, la Unión europea ha elegido un indicador que describe mejor la realidad de la tasa de desempleo: la tasa de empleo, es decir el resultado que se obtiene dividiendo en número de personas ocupadas de una edad por la población total en edad de trabajar de la misma edad. Los resultados de los países escandinavos también son buenos: si entre los 25 países de la Unión europea poco más de cada 100 personas de 15 a 64 años trabajan, 75 lo hacen en Dinamarca, 73 en Suecia y 68 en Finlandia.

Estos datos están confirmados e, incluso amplificados si se tiene en cuenta las cuatro categorías que interesan a los políticos y a los empresarios: los jóvenes, los seniors, los desempleados de larga duración y las mujeres.

– Casi el 60% de los jóvenes daneses de 15 a 24 años, el 41% de los Suecos y el 40% de los Finlandeses tienen un empleo. No obstante, en los países escandinavos, los jóvenes mayores de 18 años se benefician de un salario estudiantil y de préstamos bonificados generales con la condición de no vivir con sus padres. Pero, para vivir confortablemente, se posicionan en el mercado laboral y, por consiguiente, lo hacen más fácilmente que los jóvenes españoles de la misma edad. Más aún, sabiendo que las clases universitarias están organizadas de manera muy flexible, permiten compaginar un empleo a tiempo parcial con la carrera universitaria. Además, las empresas contratan fácilmente esta mano de obra

en la medida en que los convenios colectivos preveen remuneraciones y condiciones específicas de trabajo. De hecho, los jóvenes escandinavos están aventajados al entrar en el mercado laboral porque disponen de una experiencia profesional y, muy a menudo, de referencias que favorecen su inserción laboral.

– Los buenos resultados de los países escandinavos se plasman igualmente en materia de desempleo de larga duración, que es muy inferior en Suecia (1% de la población activa) o en Dinamarca (1,2% de la población activa) que en el resto de la Unión europea (4,1% de dicha población).

– El nivel de empleo de las personas mayores es elevado en los países escandinavos puesto que según Eustat, en 2003, si la media europea era del 40,2%, todos los países nórdicos sobrepasaban con holgura esta cifra, ya que Suecia alcanza el 68,6% y Dinamarca el 60,2%. Finlandia también, con medidas simples y poco costosas, ha conseguido en diez años pasar de una tasa de empleo de los seniors de menos del 35% a casi el 50%.

– En cuanto a la tasa de empleo de las mujeres, la diferencia entre los países de la Unión europea y los países escandinavos es aún mayor en la medida en que esta tasa es de 71,5% en Suecia de 15 a 64 años, del 70,5% en Dinamarca, del 65,7% en Finlandia, cuando la media europea es del 55%. Estas diferencias se explican por el hecho de que los países nórdicos ofrecen la posibilidad a los padres de tomar bajas remuneradas durante un año o más cuando nace un hijo, que sea a tiempo completo o a tiempo parcial. Además, existe un

derecho a la acogida de los niños garantizado por los ayuntamientos, lo que facilita el trabajo de las mujeres que lo desean. Más allá, el objetivo es llegar a un igualdad total entre la tasa de empleo de los hombres y de las mujeres, así como favorecer la implicación de los padres en la educación de los hijos.

## El factor demográfico

No obstante, conviene relativizar los resultados de los países escandinavos, en particular los de Dinamarca. En efecto, este país se ha beneficiado estos últimos diez años de una situación demográfica favorable. En diez años, de 1993 a 2003, su población de 15 a 64 años solo ha progresado de 1,95%, contra 6,3% en Francia, 5,32% en Reino-Unido y 4,36% en Suecia. En realidad, es indispensable analizar la evolución de la población empleada en cada país durante este periodo: +14,8% en Finlandia, +11,1% en Francia, +7,5% en Dinamarca, +6,5% en Suecia y +5,4% en Reino-Unido.

Sin embargo, hay que tomar en consideración la situación inicial. De hecho, Dinamarca partía de una situación del desempleo intermedio con una tasa de desempleo del 9,6% en 1993, frente al 11,3% en Francia, 9,1% en Suecia, 16,3% en Finlandia, 6,2% en los Países Bajos y 10% en Reino-Unido. Pero goza de una tasa de empleo relativamente elevada.

Tabla 2: Tasa de empleo en 1993

País	Porcentaje
Suecia	71,3%
Reino-Unido	67,4%
Países Bajos	63,6%
Finlandia	61%

Proporcionalmente, países como Finlandia, Países Bajos y, en menor medida, Francia han creado más empleo que Suecia o Dinamarca. Igualmente, Grecia, España o Irlanda han generado un número superior de puestos de trabajo, aunque sea en una lógica de recuperación.

### Crecimiento, empleo y reparto del trabajo

Si el crecimiento económico y la situación del empleo mantienen una relación, es más complejo de lo que parece. En efecto, los países escandinavos han compaginado un alto nivel de empleo con un crecimiento medio relativamente bajo durante los últimos años. El crecimiento anual real del PIB de Dinamarca entre 1994 y 2004 ha sido del 2,1%, es decir menos que Francia (2,3%), Suecia (2,8%) o Finlandia (3,6%). Una de las razones del bajo crecimiento de la economía danesa se encuentra en la dependencia de su comercio exterior hacia el mercado de trabajo alemán, cuyos resultados han sido relativamente modestos durante este periodo (1,5%). El crecimiento de Suecia y Finlandia esta vinculado a su inversión superior en determinantes estructurales como la investigación y la educación.

Los países escandinavos gastan una cantidad de dinero sustancial en investigación, lo que les permite figurar arriba de las clasificaciones internacionales: más del 4% en Suecia, el 3,5% en Finlandia, el 2,6% en Dinamarca, cuando la media europea es del 2%. El clima es favorable puesto que se incita a las fundaciones y a las empresas a invertir. Los países escandinavos, con menos de 25 millones

de habitantes, presentan más patentes a la Oficina Europea de los Patentes o en Estados Unidos que Francia o Reino Unido. Otro factor explicativo es la inversión en conocimiento, educación y formación. Así, en 2002, Dinamarca ha realizado un esfuerzo sustancial consagrando el 8,5% de su PIB a la educación pública, Suecia le ha dedicado el 7,7%, Finlandia el 6,4% y Francia el 5,8%.

Y esta inversión tiene éxito en la medida en que, en los paneles PISA de la OCDE que miden los resultados alcanzados por los niños en lectura, comprensión de la lengua y matemáticas, Finlandia es primera o segunda en todos los ámbitos, Suecia está bien ubicada, Francia está es una posición mediana y España se sitúa en la cola. Pero, sobre todo, en los países escandinavos, la escuela es un factor de inclusión social, es decir que el porcentaje de los jóvenes que han dejado de ir a la escuela de manera prematura es uno de los más bajos de Europa. El caso danés supone tomar en consideración otro factor: el reparto del trabajo ha sido abordado de manera pragmática. El 17,5% de los daneses trabajan a tiempo parcial, frente al 15,2% en los países de la OCDE, y, en la mayoría de los casos, se trata de un contrato elegido que permite compaginar la vida familiar con la vida profesional y alcanzar una forma de gestión flexible de la mano de obra.

### Cuentas públicas excedentes

Es un aspecto esencial para comprender la situación socioeconómica que atraviesan los países escandinavos. Desde la crisis de los años 1990, donde el déficit del PIB era del 3,7% en Dinamarca en 1993, del 7,3% en Finlandia y del 11,6%

en Suecia, la gestión del gasto público ha sido un modelo de virtud, con un excedente que se sitúa entre el 2 y el 7% durante los cinco últimos años. Por consiguiente, la deuda pública se ha reducido rápidamente puesto que, en diez años, ha pasado de más del 81% del PIB al 44% en Dinamarca, del 75% al 51% en Suecia y del 60% al 45% en Finlandia.

Estos resultados se han obtenido gracias a una reforma estructural del servicio público y a los ahorros relativamente uniformes pedidos a los ministerios y compensados, para los ministerios prioritarios, por la creación de empleo. Los estatus de los funcionarios han sido revisados en el sentido de una simplificación y de una equiparación con los del sector privado, así como los salarios y las ventajas. Las redundancias, frecuentes entre las administraciones centrales y las agencias locales, limitando el papel de las administraciones centrales a funciones estratégicas de redacción de leyes y de negociaciones internacionales. Los ministros, que solo tienen un colaborador y secretarías, se apoyan en los servicios centrales que sirven de gabinete. La mayoría de los países han racionalizado las agencias y las comisiones que se habían multiplicado con el transcurso del tiempo. Además, los gobiernos han reformado los sistemas sociales de manera progresiva y el cambio ha sido posible gracias a la crisis de los años 1990. Enfin, las administraciones escandinavas ignoran el sistema de separación del ordenador y del contable.

Por otra parte, la estructura de financiación del gasto público de los países escandinavos es específica. No hay que olvidar que el nivel global de la fiscalidad es la más elevada del mundo.

En 2002, era del 48,9% del PIB en Dinamarca, del 45,9% en Finlandia y del 50,2% en Suecia, cuando la media europea era del 44%. Simultáneamente, el impuesto sobre las sociedades no es muy alto puesto que es del 4,8% en Suecia y del 5,8% en Dinamarca, frente al 8,6% en la Unión europea. La tasa de imposición de los beneficios sobre las empresas es inferior a la media europea (32,4%), con el 30% en Dinamarca, el 29% en Finlandia y el 28% en Suecia. Esta falta de ingresos esta compensada por dos impuestos: 1) el impuesto sobre la renta que representa el 53,2% de los ingresos fiscales: es del 30,4% en Suecia y del 31,2% en Finlandia, frente a una media europea del 25,8%, y 2) el IVA cuya tasa habitual es del 25% en Dinamarca y Suecia y del 22% en Finlandia.

### Empleos cualificados y bien pagados

Otra característica de los países escandinavos en materia de empleo es la promoción deliberada de empleos cualificados bien remunerados. Se trata de una respuesta a la globalización en la medida en que, excepto el sector de servicios a la persona y, en cierta medida, de la construcción, la competencia internacional condena, a corto o medio plazo, los empleos menos cualificados.

La estrategia sindical es también firme, aunque tenga bases relativamente diferentes. Evitan privilegiar los empleos con salarios bajos en sectores de poco valor añadido, porque significa una presión constante a la bajada de los salarios para hacer frente a la competencia de los países emergentes. Además, los sindicatos quieren preservar

los sistemas de protección social. Sin embargo, un mantenimiento o una bajada de los salarios provocarían una presión a la baja de las indemnizaciones sociales de todo tipo. De modo que, para que el trabajo sea atractivo, es necesario aumentar los salarios en lugar de bajar las prestaciones sociales.

No obstante, la progresión de los salarios no se decreta y el Estado no interviene en su fijación. En realidad, evolucionan en función de los convenios colectivos que fijan los mínimos según la antigüedad. Por lo cual, un acuerdo de los agentes sociales es necesario, lo que no es evidente puesto que el aumento de los salarios no es siempre compatible con la progresión de los beneficios. Para los países escandinavos, el aumento de los beneficios y, por consiguiente, de los salarios, pasa por el amejoamiento de la productividad, la gestión flexible de la empresa, que debe reorganizarse libremente en función de las oportunidades, y un amejoamiento de la calificación de la mano de obra. A lo que se añade la cuestión del reparto de los beneficios de la globalización, que puede mejorar las relaciones entre la patronal y los sindicatos.

La libertad de organización de la empresa es el resultado de compromisos históricos establecidos desde la mitad del siglo XX, tales como los acuerdos de Saltsjöbaden en Suecia (1938) que han permitido pasar de una lógica de confrontación a una lógica de cooperación, a cambio de una mayor participación en las decisiones y en los beneficios. La libertad de los sindicatos de organizarse y el derecho a la negociación colectiva, que fundan los modelos nórdicos, se han hecho a costa de la libertad de gestión del empresario,

lo que significa también la libertad de despedir parte de la mano de obra para mejorar la rentabilidad de la empresa, lo que es considerado como positivo para el empleo futuro. Como contra-partida, los empleados tienen derecho a una negociación sobre las recolocaciones y, cuando ocurren despidos colectivos, las operaciones ofrecen un alto nivel de protección. Los empleados de la empresa sueca Ericsson se han beneficiado, durante un año, en el marco de un acuerdo colectivo, de formaciones y de ayudas para encontrar un trabajo, que han sido financiados por la empresa y el Estado. Más del 80% de los empleados habían encontrado un trabajo o empezado una formación de larga duración al final de año. De manera general, en todos los países escandinavos, las reestructuraciones están bien anticipadas, preparadas y acompañadas.

Tanto en Dinamarca como en Finlandia, se espera menos de las empresas, ya que los servicios del empleo se encargan de la mayor parte de las operaciones. Incluso Finlandia ha desarrollado servicios regionales del Estado en materia económica y social, que agrupan en una misma administración, los servicios regionales del empleo, de la industria, de la agricultura y de la pesca para poder preparar las recolocaciones de los empleados de los sectores que conocerán una mutación en los próximos años. Estos centros regionales desempeñan funciones de empleo y desarrollo económico y, a la vez, imparten formaciones en empresas y dan consejos para la formación, el desarrollo de productos y de nuevas tecnologías o la exportación de bienes. Realizan igualmente diagnósticos de situación de las empresas y aseguran de este modo un papel de detección y de

anticipación de las dificultades sociales realizando escenarios en materia de necesidad de mano de obra, de reconversión, de formación y de orientación. Establecen diagnósticos de situación y prestan ayudas. Este tipo de centros permiten asegurar lo mejor posible la reconversión, fusionando las fases de anticipación y de tratamiento. Antes de que se ponga en marcha un plan de reestructuración, que obligará los empleados a romper su contrato de trabajo y a pasar por el paro, el centro elabora un diagnóstico suficientemente precoz para ver como relanzar la actividad de la empresa, analizar su mercado, su estrategia y su organización. La estrategia y las necesidades de mano de obra a largo plazo son discutidos y anticipados, así como las "pirámides de edad" y los tipos de competencias necesarios. Se discute también de los refuerzos tecnológicos necesarios y, solo después, de las formaciones a desarrollar. Es entonces cuando se forman los empleados y los parados disponibles a estas nuevas actividades. La formación resulta de las necesidades de competencias a cinco años.

Los trabajos de esta administración se hacen sobre la base de una colaboración estrecha con los agentes sociales que juegan un papel fundamental para los servicios del Estado dentro de un consejo consultivo. Los equipos universitarios regionales están asociados a estas acciones.

El otro aspecto que justifica el aumento notable de los salarios es el amejoamiento de las calificaciones por la formación. Los países nórdicos también realizan un esfuerzo en materia de aprendizaje a lo largo de la vida. Según la encuesta de Eurostat, en 2004,

el 35,8% de la población activa sueca, el 27,6% de la población activa danesa y el 24,6% de la población activa finlandesa había participado durante las cuatro semanas precedentes a una formación. El 80% de los daneses, el 71% de los suecos y el 77% de los finlandeses de 25 a 64 años habían participado en 2003 a una actividad de formación, de educación o de aprendizaje durante el año.

Las discusiones sobre la globalización constituyen otra manera de abordar la cuestión de los salarios en los países escandinavos. Los sindicatos se han posicionado a favor de la globalización, dado que estos países han sido expuestos a este fenómeno a lo largo de su historia por su tamaño, ya que su mercado no es suficiente para asegurar la supervivencia de las empresas. La globalización y las deslocalizaciones que conlleva no plantean problemas serios a los sindicatos porque los beneficios están repartidos entre los ciudadanos, se crean empleos y suben los salarios. En definitiva, el diálogo social permanente sobre los salarios está más extendido que en otros países europeos.

### **La transposición del modelo escandinavo**

¿Es posible transponer el modelo social escandinavo a los países de Europa continental? Muchos analistas insisten, con más o menos argumentos, en las diferencias culturales, en las especificidades de las relaciones sociales, en la diferencia de los tamaños y de las estructuras económicas o en las distintas organizaciones de la sociedad.

## Las dificultades de la transposición

### Las diferencias culturales

La prensa y las investigaciones científicas insisten en las divergencias culturales de un punto de vista genérico. Los países escandinavos gozarían de unas culturas muy homogéneas, la sociedad sería igualitaria, no sería posible expresarse libremente para no romper el consenso y existiría una igualdad entre hombres y mujeres, sin olvidar que las sociedades nórdicas ejercerían un amplio control sobre el individuo.

En realidad, a pesar de tener historias diferentes, que hacen que cada país sea específico, existen puntos en común. Efectivamente, si Suecia no ha participado en ninguna guerra desde el inicio del siglo XIX y no ha estado involucrado en las dos guerras mundiales, a la imagen de España, tanto Francia como Dinamarca y Noruega han sido invadidos por la Alemania Nazi. Así mismo, las historias de los países de Europa continental y de los países nórdicos están ampliamente vinculadas desde la época de los vikingos. En el siglo XVIII, la nobleza sueca, finlandesa y danesa hablaba francés y estaba fuertemente influenciada por la filosofía, la literatura y el arte francés. Además, los suecos eligieron al general francés Bernadotte como rey en 1818 y casi todos los grandes artistas suecos han permanecido en París para familiarizarse con la cultura del hexágono. En este sentido, antes del siglo XIX y el desarrollo de los sentimientos nacionales, Europa disponía de una cultura común, con un lenguaje similar practicado por las

cortes reales así como intercambios regulares entre los diferentes países.

Si el clima, la gastronomía, el deporte, las prácticas de ocio y las lenguas son específicos, las culturas sociales no son tan distantes como parecen. Un estudio sobre la distancia cultural entre los países realizado en 1967 llega a conclusiones interesantes al respecto. Por ejemplo, el índice de individualismo, es decir la intensidad de la relación que el individuo mantiene con la colectividad, muestra que los datos son casi equivalentes entre Francia (el 71%), Suecia (el 71%) y Dinamarca (el 74%). Las diferencias entre los países nórdicos son a veces importantes. Así, la búsqueda de seguridad (la ansiedad creada por las situaciones de incertidumbre ante futuros acontecimientos) demuestra que si el 59% de los finlandeses se encuentra en esta situación, el 29% de los suecos y el 23% de los daneses sienten lo mismo.

Según otro estudio, realizado a partir de los datos de la encuesta social europea, los finlandeses y los franceses obtienen resultados parecidos, puesto que los principios de igualdad y de interés hacia el próximo son importantes tanto en Finlandia como en Francia. A su vez, le éxito, la riqueza y el reconocimiento social no aparecen importantes ni para los finlandeses ni para los franceses. Estos datos pueden parecer sorprendentes ya que Finlandia ha sido, durante un largo periodo, una región de Suecia e, incluso cuando era un Ducado ruso, se reivindicaba de los valores nórdicos. La explicación de esta similitud se encuentra, según Arja-Leena Paavola, en la similitud de la estructura familiar y de la concepción del socialismo más comunista revolucionaria que socialista reformista<sup>1</sup>.

Así mismo, encuestas similares llevadas a cabo en España entre las distintas regiones y comunidades autónomas indicarían variaciones más importantes entre los habitantes del País Vasco y de Andalucía que entre la población de Cataluña y Finlandia.

### Unas relaciones sociales específicas

A menudo se consideran los países escandinavos como zonas donde existe una cultura del consenso heredada de una larga tradición, donde el conflicto no tiene lugar puesto que los potentes sindicatos, teniendo en cuenta el alto nivel de sindicalización, privilegian el compromiso.

Esta imagen es parcialmente confirmada por los hechos en la medida en que, sobre todo en Suecia, Dinamarca y Finlandia, la tasa de sindicalización es superior al 80%, esencialmente por dos razones: 1) la regla implícita según la cual, las personas que no están afiliadas a un sindicato no pueden beneficiarse de las disposiciones de los convenios colectivos y se encuentran solos delante del empresario para negociar y 2) la existencia de un sindicalismo de servicios puesto que, históricamente, los sindicatos han mantenido lazos estrechos con las cajas de indemnización del desempleo y cada sindicato tiene su propia caja. Así mismo, los sindicatos ayudan a los desempleados a encontrar un empleo, una formación en su sector, les envían correos electrónicos de información sobre el sector. De modo que, a pesar de una ligera erosión de la tasa de afiliación, que concierne sobre todo los sindicatos tradicionales, las centrales nórdicas siguen gozando de una amplia representatividad.

Ello no significa que los conflictos, a veces violentos, no existan en los países escandinavos. En 2001, 11.000 médicos finlandeses se pusieron en huelga total, fuera de las urgencias vitales, durante veinte semanas. En 2004, los barrenderos y una parte de los empleados municipales suecos y del personal navegar de las compañías aéreas nórdicas SAS y Finnair se pusieron en huelga varias veces. En 2005, 24 000 empleados de la industria del papel finlandés se pusieron en huelga total durante ocho semanas. Y si las manifestaciones son poco frecuentes, son llevadas a cabo por grupos reducidos en un óptica menos contestataria.

La relativa paz social está vinculada a la fuerza de los sindicatos ya que, además de sus afiliados, las centrales sindicales han acumulado a lo largo de los años una gran cantidad de dinero, lo que les permite controlar una parte de la economía sueca, sobre todo en la industria y la construcción. Esta fuerza les permite pagar los días de huelga y, así, no depender del Estado, como ocurre en varios países de Europa continental. Esta situación tiene dos consecuencias: 1) los empresarios se lo piensan a dos veces antes de provocar un conflicto porque saben que los trabajadores tienen la capacidad de mantener una huelga durante varias semanas, incluso meses, en un sector determinado y 2) los sindicatos no quieren utilizar su "tesoro de guerra" si pueden negociar.

A ello se le añade la existencia de mecanismos estructurados de prevención. En Dinamarca, por ejemplo, un

<sup>1</sup> Paavola.A.L., «Sommes-nous vraiment si semblables ?», Revue de l'Université d'Helsinki, 2005.

conciliador nacional está avisado 15 días antes del desarrollo de un huelga y tiene el poder de retrasar la notificación de huelga para encontrar una solución. El Gobierno danés puede pedir al Parlamento, si el conflicto se eterniza, de votar propuestas del conciliador. Además, las huelgas están prohibidas durante los períodos y los temas ubicados en un acuerdo colectivo, lo que limita las posibilidades de conflicto sobre los salarios y las ventajas sociales. Los acuerdos cubren períodos que oscilan entre 2 y 4 años, lo que explica el auge de los conflictos durante las fases de negociación.

Por fin, la ausencia relativa de grandes manifestaciones resulta de la potencia de los sindicatos que no necesitan realizar importantes manifestaciones para llegar a la negociación en un posición de fuerza.

#### Las diferencias de tamaño y de estructura económica

Algunos analistas insisten sobre la diferencia de tamaño entre Francia o España y los países escandinavos, puesto que Suecia es siete veces menor y Dinamarca, Finlandia y Noruega son 10 veces menores que el país galo. El tamaño en sí no es un argumento válido puesto que varios países de Europa continental se han descentralizado, transfiriendo amplias competencias a las regiones. Es el caso de España y Alemania donde las comunidades autónomas y los *lander* gozan de numerosas competencias, algunas de ellas exclusivas, en materia de política económica y social.

A su vez, varios comentaristas insisten sobre las diferencias en materia de estructura económica. Las economías

nórdicas estarían basadas en redes de pequeñas y medianas empresas frente a las grandes empresas francesas o españolas. La realidad nos demuestra todo lo contrario puesto que Nokia, las papeleras UPM Kymene y Stora-Enso, la petrolera Norsl Hydro, Telia-Sonera o el fabricante de ascensores Kone figuran entre las mayores empresas mundiales en su sector.

Así mismo, las empresas escandinavas desarrollarían su actividad, sobre todo, en los servicios, a pesar de que la realidad nos demuestra lo contrario:

- La agricultura representa el 2,6% del valor añadido en Francia, el 2,3% en Dinamarca, el 3,4% en Finlandia y el 1,9% en Suecia.

- La industria aporta el 21,5% del valor añadido en Francia, el 25,9% en Dinamarca, en 31,1% en Finlandia y el 28,1% en Suecia.

- Los servicios aportan el 75,9% del valor añadido en Francia, el 71,8% en Dinamarca, el 65,5% en Finlandia y el 70,1% en Suecia.

Esta similitud se manifiesta también en la política monetaria ya que los países nórdicos respetan las recomendaciones de la Comisión europea. Algunos de ellos (Finlandia) han adoptado el euro, otros han enganchado su moneda a la moneda única (Dinamarca) y los últimos (Suecia) conservan su paridad recomendada por la Comisión europea. Todos estos datos demuestran que la convergencia entre las políticas económicas y monetarias de los países nórdicos y de los países de Europa continental es superior ahora que hace veinte años.

#### Distintas organizaciones de la sociedad

El modelo escandinavo no es simplemente el cúmulo de una organización específica del mercado laboral, de la flexi-seguridad, de una fiscalidad que protege el trabajo, la calidad del dispositivo de educación y de investigación. Hay que añadirle la voluntad de mejorar permanentemente la organización del país, de las instituciones y de su administración para que sean más eficientes.

Uno de estos instrumentos es la descentralización que permite acercar las decisiones de la realidad. A pesar de sus tamaños, los países nórdicos han descentralizado al nivel de los ayuntamientos, como lo ha hecho España, la gestión de los asuntos sociales, incluso el de la dependencia, lo que ha permitido la toma de decisiones racionales entre el mantenimiento a domicilio y el ingreso en una residencia. Los alcaldes están suficientemente cerca de la población para conocer de cerca sus necesidades y, en la medida en que están financiados por el impuesto sobre la renta local, pueden proponer respuestas adecuadas. En Dinamarca, se cierran residencias para organizar una acogida individualizada en función de las necesidades y desarrollar los servicios a domicilio, por razones financieras y de mejora de la calidad.

En Finlandia, el sistema de salud, incluso el sistema hospitalario, ha sido descentralizado al nivel de los municipios, de modo que cada ayuntamiento sea responsable de la salud sus habitantes. Los municipios, que recaudan el impuesto, se reúnen más o menos libremente en distritos

hospitalarios para negociar los precios y las prestaciones con los hospitales. Este sistema de salud da resultados sanitarios muy próximos a los de Francia gastando mucho menos dinero (el 6,5% del PIB en lugar del 10%).

Las evoluciones recientes de Dinamarca demuestran la importancia de las reformas en la organización institucional. Este país acaba de suprimir los condados, equivalentes de los departamentos franceses y de las diputaciones españolas, para confiar la mayor parte de sus competencias a los ayuntamientos. Simultáneamente, ha creado regiones, esencialmente encargados de las hospitalizaciones y sin capacidad de recaudar el impuesto. Esta reforma tiene consecuencias en materia de empleo puesto que, en 2007, los servicios sociales de los ayuntamientos se fusionarán con el servicio público del empleo, lo que generaliza el concepto de *job center*.

En materia de gobernanza, las diferencias son notables puesto que los países escandinavos son capaces de reformarse y de prepararse al futuro, entre otras razones porque su clase política es joven. En la mayoría de los casos, los políticos se retiran cuando se jubilan los ciudadanos, lo que permite gozar de un Parlamento y de un Gobierno donde los titulares son relativamente jóvenes. Esta situación influye sobre la capacidad a plantearse reformas difíciles a corto plazo pero eficientes a medio y largo plazo. De igual manera, las reglas en materia de transparencia de la acción pública (acceso libre a todos los documentos administrativos, obligación para un funcionario procesado por un ciudadano o un periodista de mostrar todos los documentos que se encuentran en su posesión, publicación de los salarios

individuales) limitan las tentaciones y permiten a los medios de comunicación analizar los gastos y las actividades no justificadas.

El control parlamentario, la descentralización, la transferencia de todas las funciones técnicas de los ministerios a agencias independientes, evitan las derivas tecnócratas, lo que deja cierto espacio a las peritajes exteriores y al diálogo social.

### Las aportaciones del modelo escandinavo

En esta parte, no se trata de realizar una mera transposición del modelo escandinavo, sino de ver, en qué medida, algunas de las reformas llevadas a cabo en estos países pueden ayudar a los países de Europa continental a adaptarse a la mundialización posicionándose en la nueva división internacional del trabajo. Los países europeos no pueden luchar con los países del tercer mundo en la fabricación de productos manufacturados, de baja calidad y de poco valor añadido, puesto que tienen costes laborales muy inferiores, lo que les permite reducir los precios. Los países europeos deben potenciar sus ventajas comparativas, es decir especializarse en producciones con fuerte valor añadido, lo que exige el desarrollo de las políticas de educación, formación continua e investigación. Así mismo, deben recomponer su sistema productivo y reestructurar ciertos sectores. Estas reformas solo pueden llevarse a cabo con el consentimiento de los trabajadores, es decir, ayudando, formando, reconvirtiendo, indemnizando y acompañando a los ciudadanos. Este cambio ofrece la oportunidad de modernizar las políticas de

acompañamiento y de dotar los trabajadores de nuevos derechos.

### Las políticas activas de empleo

Una de las políticas desarrolladas por los países nórdicos y que ha demostrado su eficiencia, es la política activa de empleo. Se trata de reorganizar el mercado laboral para integrar lo ante posible los desempleados, poniendo a su disposición los servicios públicos del empleo eficaces, las incentivas a reencontrar un empleo, las subvenciones y formaciones incluso de larga duración cuando se quiere reconvertir totalmente a las personas. Esta política permite a los individuos evitar la degradación de sus competencias y reencontrar un empleo rápidamente. Ello supone aumentar o, por lo menos, reorientar el gasto social. No hay que olvidar que en Dinamarca, el gasto de las políticas de empleo representa el 4,3% del PIB.

Estos son algunos ejemplos de lo que funciona en materia de políticas de empleo:

- Los dispositivos de consejo personalizado de búsqueda de empleo y de seguimiento individualizado de los desempleados.

- La formación, el empleo ayudado y las subvenciones al empleo constituyen un complemento útil, en la medida en que están determinados, girados hacia el empleo y, si es necesario, son obligatorios.

- Los servicios públicos de empleo que gestionan estos dispositivos deben disponer de los medios necesarios, entre otras cosas, del número adecuado de consejeros competentes capaces de comunicarse con el público.

- La lógica de obligación reciproca de estos dispositivos para que el parado que recibe una prestación y unos servicios de calidad, se comprometa a buscar activamente un empleo.

Para poner en marcha esta política de empleo no es necesario cambiar las instituciones de los países de Europa continental. Es suficiente con cambiar los dispositivos relativos a los servicios de búsqueda de empleo, de articular las formaciones con las competencias de las personas, las necesidades de las empresas y las previsiones de empleo y definir claramente los principios y los objetivos que se quieren alcanzar. Durante el periodo de búsqueda de empleo, los desempleados reciben prestaciones elevadas, proporcionales a sus ingresos (el 80% del último salario), distribuidos durante un largo periodo (hasta cuatro años) y articulados a las ayudas sociales.

Es posible aproximarse al modelo escandinavo: 1) dotando las agencias encargadas de colocar a los desempleados de más recursos humanos y financieros, 2) buscando más eficacia y un mejor reparto de las responsabilidades entre los tres actores encargados de la colocación, de la indemnización y de la formación, 3) favoreciendo la creación de lazos estrechos entre las empresas y las agencias encargadas de la colocación de los parados, 4) desarrollando el acompañamiento individual, a través de entrevistas regulares y de un único referente, 5) la puesta en marcha de un sistema de formación continua más centrado en la reconversión y que tenga en cuenta el bajo interés de ciertos trabajadores por la formación, 6) el refuerzo del control ejercido sobre la búsqueda de empleo de los parados,

- 7) dando prestaciones de empleo más generosas y abiertas y
- 8) comprometiéndose sobre la oferta de empleo conveniente.

Los países escandinavos han aplicado estas medidas en una década al principio de los años 1990, rompiendo con las políticas públicas que daban señales de agotamiento. Antes de generalizar estas políticas, conviene desarrollar unos dispositivos de experimentación-evaluación-corrección, dotando los países como Francia y España de métodos y dispositivos que favorecen el consenso. Estas medidas deben ir acompañadas de programas de ayuda a la creación de empresas. Dinamarca, por ejemplo, se ha dado cuenta que las empresas que tenían en su seno trabajadores provenientes de varias nacionalidades, lograban mejores resultados en el ámbito internacional. Existe actualmente en este país una red de empresarios extranjeros financiada por la agencia por el empleo, las formaciones específicas y las ayudas a la exportación.

### La flexi-seguridad

Otra política consiste en conciliar la flexibilidad para las empresas con la seguridad para los trabajadores.

Por una parte, las empresas necesitan adaptarse a la competencia, lo que las obliga a reestructurarse y a realizar ajustes en sus plantillas. Cuando se retrasan los ajustes, las consecuencias son aún peores en términos de deslocalizaciones, de subcontratas, de restricciones de las contrataciones, de los despidos, etc. Las políticas sociales deben acompañar las evoluciones de las empresas en lugar luchar contra ellas. Ello supone una adaptación de la legislación sobre los

despidos colectivos y, de modo general, sobre las condiciones de despido. Este cambio permite a las empresas adaptarse rápidamente al cambio haciendo los ajustes pertinentes y ser competitivos en sectores punteros.

Por otra parte, esta flexibilidad está compensada por medidas de acompañamiento y de indemnización exigentes:

- *Una reforma del sistema de formación continua.* a) Cada trabajador debe tener acceso regularmente al balance de competencias y a formaciones continuas cualificadoras para preservar su empleabilidad. b) Los problemas de concentración de la formación en las grandes empresas y en los trabajadores más cualificados deben solucionarse con la reforma de la financiación de la formación profesional, el aumento de las incitaciones hacia las empresas, la determinación colectiva de los tipos de formación a desarrollar. c) Estas formaciones deben articularse mejor con la formación inicial y la vida laboral. d) El aumento de los fondos destinados a la formación.

- *La puesta en marcha de un mecanismo de prevención y de anticipación de las dificultades de las empresas y de las reestructuraciones.* Esto implica la constitución de dispositivos de vigilancia sectorial y territorial, de observatorios de oficios, de dispositivos de gestión del empleo que impliquen a todos los actores y del acompañamiento de las empresas. Si las empresas gozan de más libertad para adaptarse al mercado, es necesario indemnizar correctamente a las personas, que puedan beneficiarse rápidamente del servicio de empleo, de reclasificaciones

eficientes y de políticas activas de empleo. Varios estudios demuestran que es necesario poner en marcha fondos consecuentes y un acompañamiento específico de los trabajadores víctimas de reestructuraciones.

- La multiplicación de los contratos provoca una dualización del mercado laboral. Los contratos precarios pueden ser sustituidos por un contrato único con una sanción financiera de los despidos degresiva con la duración del contrato. Las empresas estarían incitadas a guardar y a formar a sus trabajadores así como a mejorar su empleabilidad.

El desarrollo de la seguridad implica una inversión en materia de educación y de formación, tanta inicial como continua, para mejorar el nivel de calificación de los trabajadores. Es un aspecto clave en la competencia internacional. Por un lado, se trata de poner medios consecuentes sobre los alumnos para evitar que salgan prematuramente del sistema escolar y desarrollar un derecho individual de formación. El objetivo es dotar a cada individuo, en su nacimiento, de un capital de años de estudios que utilizará a lo largo de su vida. Se puede tratar de 20 años de estudios que serán realimentados a lo largo de la vida profesional. Se propone acompañar este derecho, para los jóvenes estudiantes, de una ayuda individual de formación para prevenir (mantener las competencias de los trabajadores) y reparar, en el caso de reestructuraciones. Se trata de un derecho individual transferible, negociable y objetivo, es decir sustentado en instituciones capaces de asegurar su puesta en marcha. Estas medidas van acompañadas de una

evaluación de las competencias profesionales.

Es este sentido, el desarrollo de la flexibilidad, que favorece la adaptabilidad, esta acompañada de la creación de nuevos derechos: el derecho a la formación, el derecho a la movilidad profesional, el derecho de tener un lugar de acogida para cada niño de 0 a 3 años, el derecho a una vida familiar y el derecho, tanto para las mujeres como para los hombres, a ejercer un empleo. Como lo subraya Alain Soupiot, todas las investigaciones "abogan para una concepción renovada de los derechos sociales que estarían indexados sobre el trabajador en lugar de estarlo sobre el empleo, lo que le daría los medios concretos de ejercer su libertad profesional"<sup>2</sup>.

### La rénovation de la protección social

La protección social consiste en proteger a las personas ante los principales riesgos sociales (vejez, enfermedad, paro) y en pagar sueldos de sustitución cuando estos riesgos se materializan. La cuestión es que las prioridades han cambiado. Ya no se trata de luchar contra la pobreza de la tercera edad, de dar subsidios generosos durante un largo tiempo a las personas que han perdido su trabajo, de ayudar las madres que tienen hijos a retirarse del mercado laboral o de atribuir jubilaciones anticipadas a los hombres de 55 años.

El riesgo principal es, hoy en día, la exclusión duradera del empleo, la precariedad laboral con puestos de trabajo mal pagados y de baja calidad y el desarrollo de los beneficiarios de las ayudas sociales básicas. El quehacer principal del sistema de protección social

es prevenir estos riesgos y ayudar a las personas a encontrar, lo antes posible, un empleo. Esto supone no sustentar el sistema de protección social sobre el empleo y cambiar su modo de financiación con un aumento del impuesto sobre la renta y una disminución de las cotizaciones sociales, para que el gasto sea favorable al empleo.

Se trata de crear prestaciones sociales que permiten vivir de manera decente y que inciten a encontrar un trabajo. Los países nórdicos han resuelto este problema con el desarrollo de actividades con alto valor añadido que permiten dar salarios elevados, que aumentan con el crecimiento, lo que aumenta el diferencial con los subsidios sociales que progresan según la inflación. Además, a título individual, la política de activación, que acompaña el pago de las ayudas sociales, hace que la reanudación del empleo sea más interesante porque mobiliza los beneficiarios una treintena de horas por semana en la búsqueda de empleo, en formación, en cursillos o en trabajos de utilidad colectiva.

Este planteamiento se corresponde con las propuestas de Esping-Andersen quien aboga por una política social "productivista" que debe "mobilizar activamente y maximizar el potencial productivo de la población con el fin de minimizar sus necesidades y su dependencia hacia prestaciones públicas". Distintas políticas públicas deben llevarse a cabo simultáneamente. "Algunas pueden ser consideradas como una inversión en recursos, en capacidades y en autonomía humana, otros, aunque

<sup>2</sup> 2. Soupiot. A., «Lectures étrangères sur le devenir du droit social», Droit social, n°11, 2005.

mejoren el bienestar, son claramente mantenimientos pasivos de la renta"<sup>3</sup>. El objetivo principal de esta visión es modernizar el sistema de protección social para que se adapte a los nuevos riesgos sociales. Se trata de permitir que todas las categorías encuentren un empleo y así aumenta la tasa de empleo de los jóvenes, de las mujeres y de los seniors, porque solo en pleno empleo (entre el 4 y el 5% de desempleo) permitirá financiar el coste del envejecimiento de la población. Esta idea se subdivide en dos aspectos: por una parte, "nuestro capital humano constituye el recurso más importante que devemos mobilizar para desarrollar una economía basada en el conocimiento"<sup>4</sup>, y, por otra parte, para poner en evidencia la necesidad de una nueva inversión social en los recursos humanos, se necesita una nueva contabilidad.

En un sistema moderno de protección social, la cuestión del empleo de las mujeres tiene que abordarse de un punto de vista estratégico, puesto que es la mejor manera de luchar contra la pobreza que amenaza especialmente a las familias monoparentales y a las parejas cuyos miembros están en el paro. Ello supone revisar la política familiar entorno a tres ejes: 1) la puesta a disposición de todos los niños de 0 a 3 años de un servicio de acogida gestionado por el ayuntamiento, 2) la ayuda a la ordenación del tiempo de trabajo para los padres de niños pequeños, 3) la ayuda al pago del coste del niño. La política familiar debe tener el objetivo de permitir a las parejas tener el número de hijos que desean y poder consagrarseles tiempo, desarrollando políticas de conciliación, tanto para los padres que para las madres. Lo que supone una convergencia entre los objetivos perseguidos por el Estado y las

empresas y el cálculo del tiempo de trabajo sobre la totalidad de la vida. Esta flexibilidad debe manifestarse también en el periodo que precede el final de la vida profesional porque, para mantener los sistemas sociales y aproximarse al pleno empleo, el trabajo de los seniors es esencial. La experiencia nórdica demuestra la necesidad de un esfuerzo de adaptación de las condiciones de trabajo al empleo de los seniors y la flexibilidad del tiempo de trabajo que tenga en cuenta las situaciones individuales. Por ejemplo, una persona, tras realizar un trabajo penoso, puede reconvertirse en tareas de nivel superior y evitar así las jubilaciones anticipadas.

El concepto de trabajo sostenible, es decir del trabajo que toma en consideración las coacciones físicas, familiares o horarias es muy útil. "Cuando el modelo de trabajo intensivo se puede definir como un modelo consumidor de recursos humanos, la noción de trabajo sostenible pone en adelante la idea de desarrollo y de mantenimiento de los recursos"<sup>5</sup>.

Este planteamiento tiene varias consecuencias.

- La transferencia de los recursos de los ancianos, que gozan actualmente de recursos suficientes, a los jóvenes.

- La ruptura de la idea de libertad de trabajar o no, que se refiere a una concepción tradicional de los papeles del hombre y de la mujer.

- La valoración del trabajo de los mayores a través un nuevo planteamiento de la organización, de la intensidad y de ordenación del trabajo.

## Conclusión

En definitiva, los datos demuestran que los países escandinavos son competitivos en materia de protección social y ocupan los primeros puestos en cuanto al desarrollo económico. Así, el Banco Mundial clasifica dichos países entre las quince economías donde hacer negocios es más fácil: Noruega se sitúa en el 5 lugar, Dinamarca en el 8, Islandia en el 12, Finlandia en el 13 y Suecia en el 14. Lo que no es incompatible con unos sindicatos fuertes y representativos. En cuanto al *World Economic Forum* sobre la competitividad de los países, Finlandia se sitúa en el primer lugar por delante de los Estados Unidos, Suecia y Dinamarca. Lo que demuestra que el desarrollo económico es compatible con un gasto social elevado. Si la media europea se ubica en el 27%, Suecia dedica el 32,5% de su gasto público al gasto social, Dinamarca le dedica el 30% y Finlandia el 26,4%. De modo que no existe correlación negativa entre el nivel de gasto social, el crecimiento y el empleo. En este sentido, la crisis de los años 1990 se explica por la combinación de dos factores: errores en la política económica y una financiación insuficiente del gasto social. Sin embargo, la crisis de los años 1990 ha obligado los países escandinavos a introducir modificaciones en su modelo. Han encontrado soluciones eficientes y equitativas ante sus problemas.

A pesar de las diferencias culturales, en las especificidades de las relaciones sociales, en las diferencias de tamaño, en la diversidad de las estructuras económicas o en las distintas organizaciones de la sociedad, algunos aspectos pueden ser útiles para reformar en Estado de Bienestar en los países de

Europa continental, entre otras cosas, privilegiando una política activa del empleo, la conciliación de la seguridad y de la flexibilidad o la renovación del sistema de protección social.

## Bibliografía

ABRAHAMSON. P., «La fin du modèle scandinave ? Réforme de la protection sociale dans les pays nordiques», *Revue française des affaires sociales*, juillet-septembre 2005.

ABRAMOVICI. G., «La protection sociale dans l'Union européenne», *Statistiques en bref*, n°14, 2005, Eurostat.

Auer. P., Besse. G., Méda. D., Délocalisations, normes de travail et politique d'emploi. Vers une mondialisation plus juste? Paris, La Découverte, 2005.

Commission européenne, rapport sur l'emploi 2004.

Daniel. C., Palier. B., La protection sociale en Europe. Paris, La Documentation française, 2001.

Eurostat, Statistiques générales et régionales, Datasets, 25 juillet 2005.

Join-Lambert. M6T., Bolot-Gittler. A., Daniel. C., Lenoir. S., Meda. D., Politiques sociales. Paris, FNSP-Daloz, 1997.

3. Esping-Andersen. G., «Un Etat providence pour le XXI<sup>e</sup> siècle», en Daniel. C., Palier. B., La protection sociale en Europe.

4. Esping-Andersen. G., Gallie. D., Myles. J., Hemerijck. A., Why We Need a New Welfare State. Oxford, Oxford University Press, 2002.

5. Docherty. P., Forslin. J., Shani. A., Creating Sustainable Work Systems. Emerging Perspectives and Practice. Routledge, 2002.

KAILIS. E., PILOS. S., «*L'apprentissage tout au long de la vie en Europe* », Statistiques en bref, n°8, 2005, Eurostat.

KAUTTO. M., HEIKKILA. M., HVINDEN. B., MARKLUND. S., PLOUG. N., *Nordic Welfare States en the European Context*. Routledge, 2001.

LEFEBVRE. A., «*Le droit social en Suède*», Liaisons sociales Europe, 2003.  
Lefebvre. A., «*Le modèle social danois*», Liaisons sociales Europe, 2005.  
Lindert. P. H., *Growing Public : Social Spending*

ans Economic Growth since Eighteenth Century, Cambridge University Press, 2004.  
OCDE en chiffres 2005, supplément à l'*Observateur de l'OCDE*, Editions de l'OCDE, octobre 2005.

PAAVOLA. A-L., "Sommes-nous vraiment si semblables?", Revue de l'Université d'Helsinki, 2005.  
Palier. B., *Gouverner la sécurité sociale*. Paris, PUF, 2002.  
Sapir. A., "Globalisation and the Reform of European Social Models", Bruegel Policy Brief, 2005.

## Comentarios de libros

**Luis Rojas Marcos**  
*La Autoestima. Nuestra fuerza secreta.*  
**Espasa Calpe**  
**Madrid, 2007. 271 pp.**

Estamos ante un autor conocido entre nosotros, del que nos han llegado más de dos docenas de libros, además de frecuentes artículos y conferencias. En todos ellos, con el sello personal que le caracteriza: rigor, cercanía de la temática a las diversas situaciones de la vida cotidiana y sencillez de lenguaje y estilo. Transmite importantes aportaciones desde la reflexión de su experiencia profesional como psiquiatra; éstas son de utilidad en la vida cotidiana de cualquier lector y más para las personas que desarrollan su quehacer a través de las relaciones profesionales.

En algunos de los libros anteriores al que nos ocupa, Rojas Marcos ya venía haciendo alusión a la importancia de la autoestima. Así en el publicado en el año 2000 con el título *La felicidad*, que tuvo también una amplia difusión, nos indica que las personas felices tienen una autoestima favorable, que controlan razonablemente su programa vital, que tienen un talante optimista y comunicativo y una buena capacidad para adaptarse a los cambios que plantea la vida. También en *La fuerza del optimismo* (2005), el mismo autor nos viene a decir que la creatividad, la iniciativa y el progreso, están más cerca del optimismo que del pesimismo. Frecuentemente se refiere a la depresión a la que considera, probablemente, la enfermedad del siglo XXI, porque nos roba, dice, la esperanza y sin esta es muy difícil ser feliz. De hecho la Organización Mundial de la Salud ha declarado recientemente que es la enfermedad que más sufrimiento y más coste social tiene, más que las enfermedades cardiovasculares.

En este proceso podemos encajar su aportación a la atención específica dedicada ahora a la autoestima, como el sentimiento de aprecio o rechazo que acompaña a la

valoración global que hacemos de nosotros. Para él las personas felices tienen una autoestima favorable que controlan razonablemente su programa vital, un talante optimista y comunicativo y una buena capacidad para adaptarse a los cambios que plantea la vida.

Nuestras percepciones de cualidades concretas, de las relaciones con los demás, la apariencia física, las metas y logros, van influyendo y construyendo nuestra autovaloración, nuestro aprecio o rechazo. Ello influye, sin duda en el cómo nos sentimos con nosotros mismos.

El autor estructura la obra sobre La autoestima en tres partes que tienen una continuidad entre ellas y que van desde el escenario del "yo" y la luz de la conciencia en la primera parte, al concepto de uno mismo y el termómetro de la autoestima en la segunda, para centrarse en la tercera parte, en el lado oscuro de la autoestima y la autoestima aplicada particularmente sugerente esta última parte para la acción profesional y que inicia con una frase de David G. Myers, "la felicidad parece estar hecha para ser ejercida y compartida", y, desde esta visión se ocupa de las relaciones afectivas, a la ocupación y a la vida en general.

Agradecemos, después de la lectura, sosegada y atenta de esta obra, que el autor haya querido presentarnos la autoestima desde sus experiencias personales, dichosas y amargas y de conocimientos profesionales prácticos y teóricos.

**Nadhezna de la Red Fadrique**

**Laura Zanfrini**  
***La convivencia interétnica***  
**Alianza Editorial.**  
**Madrid, 2007. 184 pp.**

Las migraciones internacionales son un tema de máxima actualidad en nuestra sociedad, tal y como señala Laura Zanfrini, significan al mismo tiempo, elemento de enriquecimiento y de "amenaza" y suponen un gran reto de cara a conseguir una integración real y efectiva. Zanfrini nos invita a reflexionar sobre nuestro concepto de convivencia interétnica y nos ofrece un análisis pormenorizado de este fenómeno. En la obra se establece la siguiente división en seis grandes partes: la primera trata sobre la integración del emigrante en la sociedad receptora; la segunda analiza los distintos modelos nacionales de incorporación; la tercera aborda el prejuicio interétnico, la cuarta el racismo, la quinta la discriminación; y la última parte trata el tema de la ciudadanía.

Tal y como Zanfrini señala, la integración real de los miembros de las minorías étnicas está íntimamente ligada con el concepto de ciudadanía cultural, con el derecho al reconocimiento de las culturas minoritarias y con la expresión e identidad de las diferencias propias.

En este mismo sentido, la autora destaca varios aspectos que influyen en la integración del inmigrante en la sociedad receptora:

- El paradigma de la *asimilación*, es decir, la adopción por parte de las minorías, de valores y modelos de comportamiento del grupo mayoritario hasta perder sus marcadores étnicos distintivos.
- Posteriormente, se llega a la idea de que la *integración es un proceso interactivo*, es decir, la asimilación no depende sólo de la adopción de los inmigrantes de la sociedad mayoritaria, sino de la posibilidad/capacidad/voluntad de la misma de ofrecer oportunidades de integración a los mismos.



- Otro aspecto determinante, es algo tan sencillo como *el trato que recibe una persona*, y éste a su vez depende de cómo la define esa sociedad.
- Por último, lo que Zanfrini denomina la *dimensión espacial* de la integración, los inmigrantes residen en determinadas zonas, lo cual favorece su exclusión. Esta dimensión espacial podemos observarla en nuestra sociedad actual, la mayoría de los inmigrantes viven en las zonas más decadentes y los habitantes autóctonos ven en ello la causa de la degradación. En la segunda parte, Laura Zanfrini describe la importancia de algo a lo que ya alude en la primera, las oportunidades que ofrece la sociedad receptora; para ello, analiza los distintos modelos nacionales de incorporación:

- El modelo Alemán, se inspira en la exclusión diferencial, permite la integración de los inmigrantes en determinados aspectos y la impide o niega en otros, como por ejemplo, el derecho a la participación política. Dicho modelo es conocido como el del "trabajador invitado", ya que la idea era que el inmigrante satisficiera unas necesidades y después regresara a su país de origen, prueba de esto es el tiempo que Alemania ha necesitado para considerarse "país de inmigración".

- El modelo Francés, es el modelo por autonomía de asimilación, pretende transformar a los inmigrantes en franceses tanto en lo político como en lo cultural, excluyendo toda expresión de diferencia. Las consecuencias de este modelo las podemos ver en la actual sociedad francesa; las "minorías" reclaman su derecho a la diferencia, y es que la cultura no es un proceso homogéneo, ya que emigrantes y autóctonos cambian.

- El modelo Británico, o de la "racial equality", es en aspectos análogo al francés, pero se distingue del mismo en la consideración de reconocer la diversidad cultural, se trata pues, de un modelo multiculturalista.

- El modelo Holandés, tras el intento de fomentar la temporalidad de los inmigrantes, se procedió a la institucionalización de las minorías étnicas más alejadas del contexto receptor y se las convirtió en objeto de ayudas de inserción socio-económicas. La aspiración de la institucionalización era eliminar todo rastro de desigualdad.

En las siguientes tres partes, la autora aborda el prejuicio étnico, el racismo y la

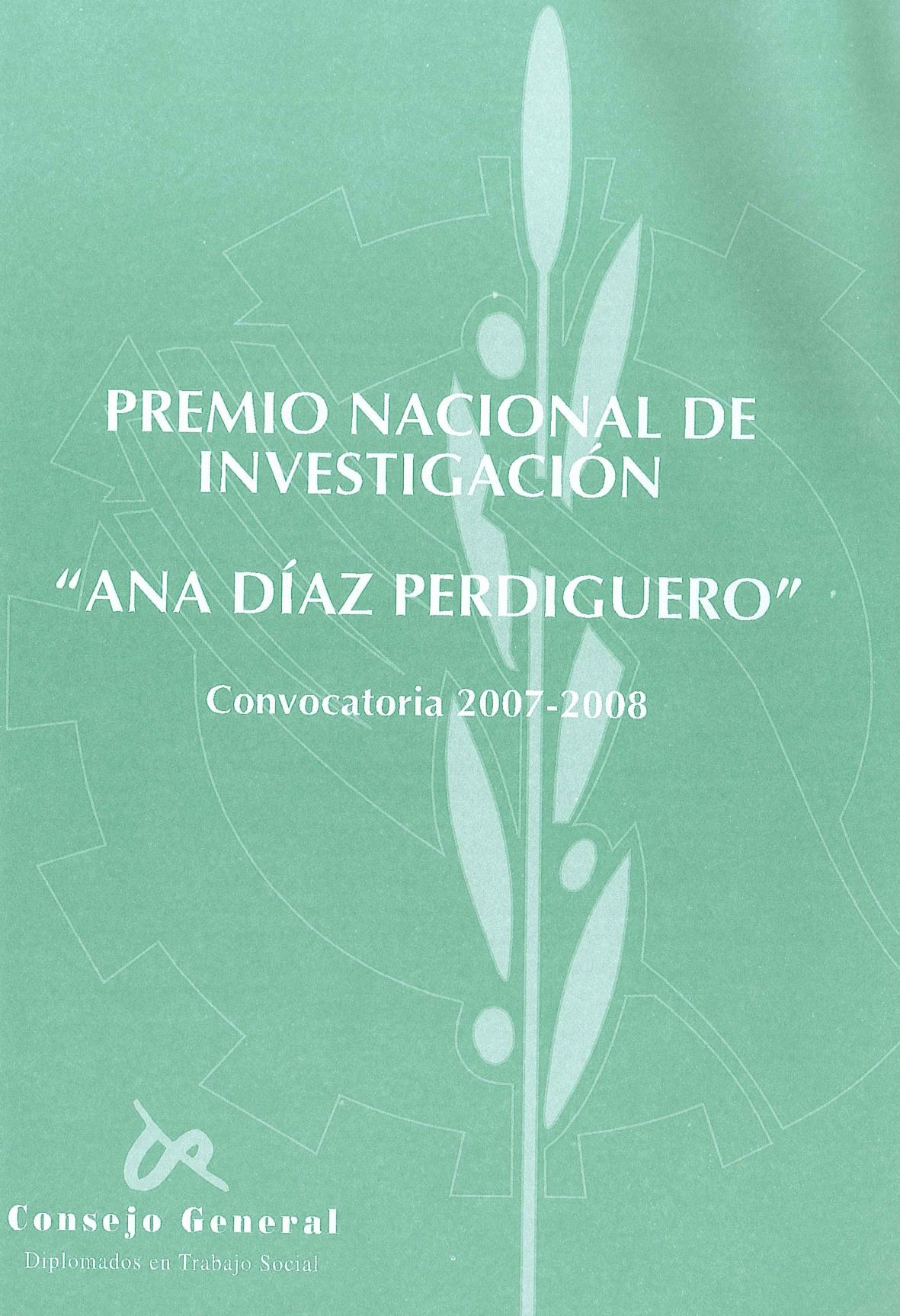
discriminación, tres términos que están íntimamente ligados, pero que poseen ciertas diferencias. A pesar de las atribuciones características naturales, lo cierto es que el concepto de raza y el de etnia responden a procesos sociales, prueba de esto es el etnocentrismo, juzgamos a los demás desde nuestra cultura, tomamos nuestra identidad social como referencia (representa lo positivo), y analizamos a los demás desde esta perspectiva (lo diferente representa lo negativo), es justamente esta diferencia la que crea la desigualdad, desigualdad que se extiende a los roles sociales y al acceso a las recompensas que existen en la sociedad.

Zanfrini define el prejuicio étnico como un juicio formulado antes de la experiencia, como opiniones y/o actitudes hacia una minoría étnica, y estas pueden ser positivas o negativas, sin embargo, el racismo, se basa en la situación de inferioridad que se crea a partir de la diferencia, mientras que la discriminación se refiere a una actitud concreta, alude a la exclusión de algunos individuos de determinadas recompensas y oportunidades sociales.

La última parte del libro está dedicada a la ciudadanía, a ese vínculo entre individuo y Estado que conlleva una serie de derechos y de obligaciones. Según la autora, no es posible hablar de ciudadanía sin aludir a otro término: el de pertenencia. A partir de él, describe distintos modelos, desde el más tradicional que establece que la pertenencia se basa en la ciudadanía hasta el modelo pos-nacional, que extiende los derechos de los ciudadanos a todos los individuos. En esta parte señala la diferencia entre autóctonos e inmigrantes en cuanto a la adquisición de la ciudadanía; mientras que el orden en los primeros ha sido: derechos civiles, derechos políticos, derechos

tiempo que nos expone el impacto producido por distintos factores en la integración de los inmigrantes, tales como el prejuicio, la discriminación o la capacidad/voluntad de cada sociedad. Sin duda, la lectura de este libro nos invita a revisar nuestro propio concepto de convivencia interétnica.

Mónica Ruiz González



# PREMIO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN

## "ANA DÍAZ PERDIGUERO"

Convocatoria 2007-2008



**Consejo General**

Diplomados en Trabajo Social

*Ana Díaz Perdiguero (1953-1998) es paradigmática de lo que esta profesión ha aportado al reconocimiento de los nuevos derechos sociales y al desarrollo y mejora de la protección social en nuestro país.*

*Estuvo íntimamente vinculada a la configuración teórica e institucional de los Servicios Sociales en España, con sus aportaciones para el diseño de los Centros de Servicios Sociales y del Plan Concertado y su implantación en su etapa como Directora General de la Comunidad Autónoma de Madrid.*

*Secretaria General del Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, participó en el reconocimiento universitario de la profesión y en su proyección institucional. Tuvo un papel protagonista en los estudios y gestiones para la puesta en marcha de los primeros Magíster Universitarios en Gerencia de Servicios Sociales.*

*Fue pionera en aplicar investigaciones y estudios con gran rigor científico en materias como evaluación de necesidades, programación, elaboración de indicadores, sistemas de información, organización... Materias sobre las que nos ha dejado un importante bagaje de publicaciones.*

*Ana Díaz ha aportado el saber colectivo de la profesión en su sello personal caracterizado por la capacidad para sobreponerse a las adversidades, su entusiasmo, su rigor científico, el calor humano, su capacidad para innovar y para aventurarse en nuevos terrenos donde plasmar en la práctica profesional e institucional los valores solidarios con los que siempre estuvo comprometida.*

## BASES

**PRIMERA.-** El premio Ana Díaz Perdiguero, de ámbito nacional, tiene por objeto fomentar las investigaciones aplicadas a la práctica del Trabajo Social y a los nuevos espacios para la protección social, en los que desarrollan el ejercicio profesional los Diplomados en Trabajo Social y los Asistentes Sociales.

**SEGUNDA.-** Podrán concurrir a esta convocatoria los Diplomados en Trabajo Social y los Asistentes Sociales a título individual o formando parte de un colectivo.

Si se concurriera de forma individual, el autor de la obra deberá ser Diplomado en Trabajo Social o Asistente Social, y si fuera una obra realizada colectivamente, el Coordinador o Director de la misma deberá ser Diplomado en Trabajo Social o Asistente Social y al menos la mitad de los coautores integrantes del colectivo deberán ser Diplomados en Trabajo Social o Asistentes Sociales.

Todos los participantes que fueren diplomados en Trabajo Social/Asistentes Sociales deberán estar colegiados en el Colegio Oficial donde se encuentre su domicilio profesional principal y al corriente de pago de sus cuotas colegiales.

**TERCERA.-** Los trabajos a presentar serán de temática libre dentro del ámbito del Trabajo Social o de los Sistemas de Protección Social, debiendo referirse a investigaciones o actuaciones innovadoras, originales, inéditas, o con una antigüedad no superior al año anterior a la convocatoria del Premio, y que no hayan sido parte de proyectos financiados expresamente por

organismos públicos o privados. No podrán optar trabajos presentados en otras convocatorias.

**CUARTA.-** El premio tendrá una dotación económica, de 6.000 Euros brutos (SEIS MIL EUROS).

En el supuesto de que la obra ganadora estuviese realizada por varios coautores, el pago se realizará individual o fraccionadamente a uno o cada coautor según especificación realizada por escrito y firmada por los mismos y remitida junto con la documentación, exigida en la base octava de esta convocatoria.

El Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales siguiendo el fallo del Jurado, decidirá si por el interés de la obra premiada, procede su publicación, total o parcialmente. Para ello se comunicará, previamente, al autor o autores premiados la decisión que se adopte en dicha materia.

**QUINTA.-** Los trabajos a presentar tendrán una extensión mínima de 100 hojas y un máximo de 200 hojas, mecanografiadas a doble espacio, en hoja DIN- A4 (210 x 297 mm), por una sola cara, excluyéndose de la extensión: tablas, esquemas, gráficos y referencias bibliográficas.

Se utilizará soporte informático, en documento Word para Windows, con las características siguientes:

- La FUENTE a utilizar será tipo de letra ARIAL y tamaño de la letra punto 12

- El FORMATO de párrafo será de alineación justificada e interlineado de dos líneas.

- La CONFIGURACIÓN de la página tendrá los siguientes márgenes, superior (5 cm.), inferior ( 3 cm.), izquierdo (3 cm.) y derecho ( 2,5 cm .)

**SEXTA.-** Cada trabajo presentado llevará además un resumen no superior a 3 hojas, en el que se explicará de forma abreviada el contenido del mismo, indicando título del trabajo de investigación y el seudónimo con el que se presenta.

**SÉPTIMA.-** Las obras podrán presentarse en cualquiera de las lenguas oficiales del Estado Español, siendo requisito imprescindible que se acompañe traducción al castellano en el supuesto de no utilizarse esta lengua.

**OCTAVA.-** Las obras se presentarán indicando el título de la misma, el seudónimo bajo el que se presenta. A dicho sobre se acompañará instancia o escrito dirigido a la Ilma. Presidenta del Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, en la que se exprese que la obra presentada cumple los requisitos señalados y se aceptan las bases de esta convocatoria.

El disquete informático llevará una etiqueta con el título de la investigación y seudónimo, sin ninguna señal identificativa del autor o autores.

En sobre cerrado, en cuyo exterior se indicará el título de la obra y el seudónimo de los autores, se presentarán los siguientes datos:

- Nombre, apellidos, fotocopia del DNI o pasaporte, profesión, domicilio, municipio, provincia y número de teléfono del autor o autores.

- Fotocopia del Carné de Colegiación Profesional.

- Breve Reseña Curricular.

- De ser varios los autores se reflejará el nombre y apellidos del Director/Coordinador y su cargo y el nombre y apellidos de los coautores.

- Certificado al corriente de pago de cuotas colegiales.

**NOVENA.-** La documentación mencionada se presentará previamente en la Secretaría del Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales donde se encuentre colegiado el autor o Director/Coordinador del Grupo, en caso de ser obra colectiva, antes de las 14:00h del 30 de octubre de 2008.

Los Colegios Oficiales receptores de las obras deberán remitir éstas al Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, en los sobres cerrados que se presenten, antes de las 14:00h del 6 de noviembre de 2008.

La presentación de los trabajos de investigación que no cumplan los requisitos fijados en las bases de esta convocatoria no serán admitidos a valoración, siendo rechazados por el Jurado.

**DÉCIMA.-** El Jurado estará formado por las siguientes personas:

Ostentará la Presidencia del Jurado el Presidente/a del Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social/Asistentes Sociales o persona en quien éste delegue.

Serán Vocales del mismo las siguientes personas:

- La Vocal de Documentación, Publicaciones e investigación del Consejo General.
- Un representante de la Junta de Gobierno del Consejo General.
- Dos representantes designados por los Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales elegidos según el procedimiento establecido en el Reglamento del Premio Nacional de Investigación "Ana Díaz Perdigero".
- Un representante de las Escuelas Universitarias de Trabajo Social.
- Un representante, en el caso que corresponda, elegido por los patrocinadores del Premio.

Actuará como Secretario del Jurado el representante con más antigüedad de colegiación de los representantes elegidos por la Junta de Gobierno del Consejo General.

Podrán participar en las deliberaciones del Jurado con funciones de asesoramiento, pero sin voto, de 3 a 5 profesionales o académicos expertos en Trabajo Social de reconocido prestigio y solvencia que no tengan vinculación directa ni indirecta con cualquiera de los participantes.

**DECIMOPRIMERA.-** En la valoración de los trabajos de investigación, el Jurado tendrá en cuenta los siguientes criterios generales:

- Originalidad e innovación del trabajo.
- Aplicación práctica de la investigación.
- Rigor científico.

**DECIMOSEGUNDA.-** El fallo deberá ser hecho público en los tres meses siguientes a contar desde el día siguiente de la finalización del plazo de presentación de las obras o trabajos de investigación en el Consejo General. Dicho plazo podrá ampliarse hasta un mes más si el número de obras presentadas así lo requiere.

El fallo que emita será inapelable y a criterio del Jurado podrá declararse desierto el premio. El Jurado actuará de conformidad con el reglamento de funcionamiento del mismo, elaborado a tal fin y que será público para todos los participantes.

Las obras que no hubieran sido premiadas podrán ser retiradas por sus autores, previa solicitud por escrito, dentro de los tres meses siguientes a la publicación del fallo, entendiéndose que renuncian a las mismas quien no haya reclamado su obra dentro del plazo antes mencionado.

Emitido el fallo del jurado y hecho público el mismo, el Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales y los Patrocinadores, en su caso, podrán decidir que la entrega del premio se realice en un acto público.

**DECIMOTERCERA.-** Las incidencias no previstas en estas bases o en el reglamento de aplicación, serán resueltas

por el Jurado, cuya decisión será vinculante e irrecusable para los participantes.

**DECIMOCUARTA.-** El autor o Director/coordinador de los trabajos premiados ceden en exclusiva al Consejo General los derechos de autor de las obras presentadas al Premio, quedando facultado el Consejo para su transmisión, explotación, distribución y cesión.

Si transcurridos dos años desde que se haga público el fallo del Jurado, la obra ganadora no hubiera sido publicada en cualquier formato, los autores de la misma podrán efectuarlo indicando en dicha publicación la obtención del Premio de Investigación en Trabajo Social "Ana Díaz Perdigero" convocado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.

**MODELO DE INSTANCIA DE SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN EL PREMIO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN DE ANA DÍAZ PERDIGUERO\***

Nº DE REGISTRO (a rellenar por el colegio oficial) \_\_\_\_\_

SEUDÓNIMO \_\_\_\_\_

TÍTULO DE INVESTIGACIÓN \_\_\_\_\_

FECHA DE CONCLUSIÓN DEL TRABAJO \_\_\_\_\_

EN CASO DE ADJUNTAR MATERIAL ADICIONAL AL TRABAJO PRESENTADO A CONCURSO, DETALLAR EL MISMO.

FECHA \_\_\_\_\_

RESGUARDO ACREDITATIVO DE LA ENTREGA

Nº DE REGISTRO \_\_\_\_\_

El Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de \_\_\_\_\_  
Ha recibido el y trabajo de investigación, que lleva por título \_\_\_\_\_

bajo el seudónimo de \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Sello y firma del Secretario/a del Colegio Oficial

\* Este modelo se encuentra disponible en los Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.



## Presentación de artículos indicaciones generales

1. Los artículos han de ser inéditos. El Comité Editorial podrá entender oportuna la publicación de textos que hayan sido publicados en el extranjero.
2. Los artículos para el Dossier no excederá de 25 folios, los artículos para las Sección Libre de 20 y los artículos para la sección de Interés Profesional tendrá una extensión máxima de 12 folios, incluidos cuadros y referencias bibliográficas. (En los tres casos el folio tendrá en torno a las 30 líneas por folio y a 70 caracteres por línea).
3. Las citas de autores se incluirán en el texto señalando apellido del autor con mayúsculas, año, dos puntos y página del libro al que se haga referencia. Asimismo se han de incluir las referencias a las fuentes de procedencia de los cuadros, gráficos, tablas y mapas que se incluyan adecuadamente numerados en el texto.
4. En las referencias bibliográficas sólo se podrán recoger los autores expresamente citados en el texto. Si el autor lo estima oportuno podrá recoger también bibliografía recomendada, no más de tres referencias. Las referencias bibliográficas se pondrán al final del texto, siguiendo el orden alfabético:
  - a) Libros: Apellido/s del autor en mayúscula, nombre del autor/es en minúscula; año de publicación entre paréntesis seguido de dos puntos; título del libro subrayado o en cursiva; Editorial; lugar de publicación.
  - b) Revistas: Apellido/s del autor en mayúscula, nombre del autor/es en minúscula; año de publicación entre paréntesis seguido de dos puntos; título del artículo entre comillas; en: título de la Revista subrayado o en cursiva; número de la Revista, intervalo de páginas que comprende dicho artículo; Editorial; lugar de publicación.
5. Los artículos irán precedidos de un breve resumen en español e inglés que no exceda de las 10 líneas. Se indicarán las "palabras claves" (no más de 5) para facilitar la identificación informática. Se incluirá un breve currículum vitae del autor o autores que no supera las 8 líneas.
6. Los comentarios de libros tendrán una extensión máxima de 60 líneas (70 caracteres/línea), especificándose el autor, título, editorial, lugar y fecha de publicación de la obra así como el nombre y apellidos de quien realiza la crítica.
7. El trabajo se ha de presentar en soporte papel e informático, adjuntando la dirección de contacto del autor o autores a:

Consejo General de CODTS y AA.SS.  
A/A Revista de Servicios Sociales y  
Política Social  
Avd. Reina Victoria nº 37 – 2ºC.  
28003 MADRID  
E-mail: consejo@cgtrabajosocial.es

## Títulos de la Revista publicados

- Nº 23: ARTICULOS SUELTOS  
Nº 24: ARTICULOS SUELTOS  
Nº 25: LA SUPERVISION  
Nº 26: V JORNADAS DE SERVICIOS SOCIALES EN EL MEDIO RURAL  
Nº 27: APORTACIONES PROFESIONALES LIBRES AL VII CONGRESO ESTATAL  
Nº 28: LA INMIGRATION  
Nº 29: ARTICULOS SUELTOS  
Nº 30: EVALUACION  
Nº 31-32: INCIDENCIA DE LA CRISIS EN EL ESTADO DE BIENESTAR  
Nº 33: INTERVENCION EN EL AMBITO FAMILIAR (I)  
Nº 34: INTERVENCION EN EL AMBITO FAMILIAR (II)  
Nº 35: NUEVAS NECESIDADES/NUEVAS RESPUESTAS  
Nº 36: LA ARTICULACION DEL TEJIDO SOCIAL  
Nº 37: JUVENTUD  
Nº 38: EXCLUSION SOCIAL  
Nº 39: LA FORMACION PARA EL TRABAJO SOCIAL. NUEVOS RETOS  
Nº 40: COMUNIDAD Y TRABAJO SOCIAL  
Nº 41: ETICA EN LA INTERVENCION SOCIAL  
Nº 42: DISCAPACIDAD PSÍQUICA Y CALIDAD DE VIDA (I)  
Nº 43: DISCAPACIDAD PSÍQUICA Y CALIDAD DE VIDA (II)  
Nº 44: INTERCULTURALIDAD  
Nº 45: NUEVA PERSPECTIVA DE GENERO  
Nº 46: TRABAJO EN EQUIPO  
Nº 47: AMBITO LOCAL Y VIDA COTIDIANA  
Nº 48: IMAGEN, COMUNICACION E INTERVENCION SOCIAL  
Nº 49: CALIDAD (I)  
Nº 50: CALIDAD (II)  
Nº 51: CULTURA DE LA SOLIDARIDAD (I)  
Nº 52: CULTURA DE LA SOLIDARIDAD (II)  
Nº 53: TRABAJO SOCIAL Y MEDIACION  
Nº 54: ENFOQUES Y ORIENTACIONES DE LA POLITICA SOCIAL  
Nº 55: LA INTERVENCION SOCIAL ANTE LOS PROCESOS DE EXCLUSION  
Nº 56: HABITAT Y CONVIVENCIA  
Nº 57: EL METODO: ITINERARIOS PARA LA ACCION (I)  
Nº 58: EL METODO: ITINERARIOS PARA LA ACCION (II)  
Nº 59: NUEVAS TECNOLOGIAS  
Nº 60: FAMILIA: POLITICAS Y SERVICIOS (I)  
Nº 61: FAMILIA: POLITICAS Y SERVICIOS (II)  
Nº 62: DISCAPACIDAD  
Nº 63: DESARROLLO Y TRABAJO SOCIAL  
Nº 64: TRABAJO SOCIAL Y SALUD (I)  
Nº 65: TRABAJO SOCIAL Y SALUD (II)  
Nº 66: DIMENSION COMUNITARIA EN TRABAJO SOCIAL (I)  
Nº 67: DIMENSION COMUNITARIA EN TRABAJO SOCIAL (II)  
Nº 68: APRENDIZAJE Y FORMACION (I)  
Nº 69: (DE) CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA SEXUALIDAD (I)  
Nº 70: (DE) CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA SEXUALIDAD (II)  
Nº 71: APRENDIZAJE Y FORMACION (II)  
Nº 72: LA PROTECCIÓN SOCIAL A LA DEPENDENCIA (I)  
Nº 73: LA PROTECCIÓN SOCIAL A LA DEPENDENCIA (II)  
Nº 74: INTERVENCIÓN SOCIAL EN SITUACIONES DE EMERGENCIA  
Nº 75: VIOLENCIA: CONTEXTOS E INTERVENCIÓN SOCIAL (I)  
Nº 76: VIOLENCIA: CONTEXTOS E INTERVENCIÓN SOCIAL (II)  
Nº 77: INSERCIÓN LABORAL  
Nº 78: INSERCIÓN LABORAL (II)  
**Nº 79: COMPORTAMIENTOS Y CONSUMOS ADICTIVOS**

Próximos temas:

- AUTOAYUDA.
- VIEJAS Y NUEVAS POBREZAS.

## Publicaciones del consejo

### Serie "Libros"

1. Los Servicios Sociales en una Perspectiva Internacional. El sexto sistema de Protección Social  
A.J. Kahn y S.B. Kamerman  
Precio: 9,65 €

2. Los Servicios Sociales I  
Gloria Rubiol  
Precio: 5,92 €

3. Los Servicios Sociales II  
Gloria Rubiol  
Precio: 7,60 €

4. Nuevos Paradigmas en Trabajo Social.  
Lo social natural  
Ricardo Hill  
Precio: 5,77 €

### Serie "Textos Universitarios"

1. Procedimiento y proceso en Trabajo Social Clínico  
Amaya Ituarte Tellaeché  
Precio: 5,77 €

2. Aproximaciones el Trabajo Social  
Natividad de la Red Vega  
Precio: 13,82 €

3. Trabajando con familias. Teoría y práctica  
Elisa Pérez de Ayala Moreno St<sup>a</sup> María  
Precio: 17,43 €

4. Imagen y comunicación en temas sociales  
Gustavo García Herrero y  
José Manuel Ramírez Navarro  
Precio: 27 €

### 5. La historia de las ideas en el trabajo social

Haluk Soydan  
Traducción: Cándida Acero  
Precio: 19,50 €

### 6. El Protagonismo de la Organización Colegial en el desarrollo del Trabajo Social en España

Manuel Gil  
Precio: 10 €

### 7. Intervención metodológica en Trabajo Social

Coord: Clemente J. de Navarro Yáñez

### Serie "Documentos"

### 3. Primeras Jornadas Europeas de Servicios Sociales. Países del Área Mediterránea

Precio: 1,95 €

### 4. Un modelo de ficha social. Manual de utilización

Precio: 4,54 €

### 5. Los Servicios Sociales en el Medio Rural

Precio: 3,67 €

### 6. Encuentro sobre Servicios Sociales Comunitarios

Precio: 5,17 €

### 7. Libro Verde del Trabajo Social "Instrumentos de Documentación Técnica"

Dolors Colom  
Precio: 15 € Colegiados  
20 € No colegiados

### Serie "Cuadernos"

### 1. Relación entre Servicios Sociales y Sanitarios

AGOTADO

### 2. La formación en la gerencia de Servicios Sociales

Precio: 3,97 €

### 3. Voluntariado y Centros de Servicios Sociales

Francisco Bernardo Corral  
Precio: 4,21 €

### 4. La animación sociocultural: una alternativa para la tercera edad

M<sup>a</sup> Victoria Cubero  
Precio: 4,27 €

### 5. Trabajo Social en los Servicios Sociales Comunitarios

Angel Acebo Urrechu  
Precio: 5,77 €

### 6. El trabajador Social en los servicios de apoyo a la educación

Eugenio González González  
M<sup>a</sup> Jesús González Alonso y  
M<sup>a</sup> Jesús González González  
Precio: 6,07 €

### Serie "Papeles"

### 1. II Jornadas de Servicios Sociales en el Medio Rural. Carmona 1987

Precio: 9,02 €

### 2. La Ética del Trabajo Social. Principios y Criterios

Precio: 2,40 €

### 3. Código Deontológico de la Profesión de Diplomado en Trabajo Social

Precio: 1,20 €

### Forma de pago. Enviar:

- Cheque bancario (a nombre del Consejo General de Diplomados en Trabajo Social).
- Giro Postal al Consejo General.
- Transferencia a Banco Popular: C/ Gran Vía, 67. 28013 Madrid C.C.C.: 0075-0126-93-0601284373

DOCUMENTO DE TRABAJO SOCIAL PARA LA  
VALORACIÓN Y EL ACCESO A LAS  
PRESTACIONES DE LAS PERSONAS EN  
SITUACIÓN DE DEPENDENCIA



Documento aprobado por la Asamblea  
General Ordinaria de Colegios Oficiales  
de Diplomados en Trabajo Social y  
Asistentes Sociales, año 2007.



Ya está a la venta "Informe Social y Programa Individual de Atención (PIA). "

Edita: Consejo General de DTS/AASS

Fecha Edición: Septiembre 2007

Nº de páginas: 113

Precio: 6,00.€+ gastos de envío\*

Información y pedidos:  
[administracion@cgtrabajosocial.es](mailto:administracion@cgtrabajosocial.es)

## RESUMEN

Las y los profesionales del trabajo social ocupamos un papel relevante en la aplicación del nuevo marco de protección que se plantea tras la aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia, por lo que podemos vislumbrar la envergadura de la tarea que deberemos emprender, en cuanto a lo que se refiere a los pasos del procedimiento de aplicación de la misma. Estos serán la información, el trámite de solicitud, la valoración, la revisión de la valoración, el informe social, el diseño, elaboración, gestión y seguimiento del programa individualizado de atención (PIA).

Tal y como se ha propuesto en otros foros de intervención social, se ha elaborado una escala de valoración homogénea y validada que contiene instrumentos para la evaluación del entorno social, como herramienta fiable para "objetivar" el informe social, así como para diseñar y realizar el seguimiento de PIA.

## INSTRUCCIONES PARA LA ADQUISICIÓN DEL LIBRO

1. Ingreso en la cuenta de BANCO POPULAR nº 0075-0126-93-0601284373, del coste más los gastos de envío (consultar tarifas) \*.
2. Enviar por fax al nº 915353377 o por e-mail ([administracion@cgtrabajosocial.es](mailto:administracion@cgtrabajosocial.es)) el justificante del pago y relación de publicaciones solicitadas junto con los siguientes datos para el envío: Nombre, Apellidos, NIF, Dirección Postal y teléfono de contacto.
3. Así mismo, remitir los datos para facturación si estos fueran distintos a los de envío.

\* GASTOS DE ENVÍO:

- Por correo postal: 2,20 €/envío (máximo dos publicaciones por envío)
- Por mensajería: 6,00 €/envío (máximo 5 publicaciones por envío).

ya a la venta

## LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

GUSTAVO GARCÍA HERRERO  
JOSÉ MANUEL RAMÍREZ NAVARRO

### LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Análisis y comentarios



Colección Trabajo Social  
Serie Textos Universitarios



Consejo General  
Diplomados en Trabajo Social

#### PUNTOS DE VENTA:

En librerías especializadas  
y directamente a través de la  
Librería Certeza 976 2729 07  
E-mail: [certeza@certeza.com](mailto:certeza@certeza.com)

#### Análisis y comentarios

**Gustavo García y  
José Manuel Ramírez**

Un libro donde se explican con claridad los aspectos substanciales de la Ley, y que incluye en forma de anexos, el texto de la misma y el conjunto de normas estatales que la desarrollan, además de una síntesis de la normativa y los procedimientos que, a nivel autonómico, se han elaborado hasta la fecha

**El análisis más  
completo y  
didáctico,  
imprescindible para  
profesionales,  
estudiantes y  
opositores, y para  
cualquier persona  
interesada en esta  
innovadora Ley**

## *“Servicios Sociales y Política Social”*

Boletín de Suscripción año 2008

(Nºs: 81, 82, 83 y 84)

### Tarifa anual:

<input type="checkbox"/> Colegiados o estudiantes *	34,00 €
<input type="checkbox"/> Resto	41,50 €
<input type="checkbox"/> Extranjero	48,50 €

\* Aportar fotocopia acreditativa

\*\* Por cada suscripción realizada después del 30 de Abril de 2008

### SUSCRIPCIÓN:

NOMBRE Y APELLIDOS			
DOMICILIO			
CP		CIUDAD	
PROVINCIA		N.I.F.	
TELÉFONO		E-MAIL	

### FORMA DE PAGO

- Giro postal o cheque bancario al Consejo General.
- Transferencia a Banco Popular C.C.C.: 0075 - 0126 - 93 - 0601284373 (Adjuntar comprobante)
- Recibo domiciliado en Banco o Caja de Ahorros:

Banco:

Titular de la cuenta:

ENTIDAD	OFICINA	DC	Nº DE CUENTA

Sírvase tomar nota y atender hasta nuevo aviso, con cargo a mi cuenta, los recibos que a mi nombre le sean presentados para su cobro por la Revista “Servicios Sociales y Política Social” del Consejo General de DTS.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008

Firma:

**FE DE ERRATAS**  
**REVISTA Nº 78**

En cumplimiento del artículo 5 de la Ley 15/1999 por el que se regula el derecho de información en la recogida de los datos, se le informa de los siguientes extremos:

- Los datos de carácter personal que sean recabados de Ud. son incorporados a un fichero automatizado, denominado REVISTA, cuyo responsable es el Consejo General de CODTS y AASS.
- La recogida de datos tiene como finalidad la gestión, publicación y envío de la Revista, Servicios Sociales y Política Social a sus suscriptores profesionales y entidades que desarrollan su actividad en el campo de la intervención social.
- La información facilitada y/o el resultado de su tratamiento tiene como destinatarios, además del propio responsable del fichero, los gestores del envío postal.

En todo caso tiene Ud., derecho a ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, determinados por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre.

A efectos de ejercitar los derechos mencionados, puede Ud. dirigirse por escrito al responsable del fichero, en la siguiente dirección:

**Consejo General CODTS y AASS**  
**Av. Reina Victoria 37 - 2ºC**  
**28003 Madrid**  
**Teléfonos: 91 541 57 76/77 - Fax: 91 535 33 77**  
**e-mail: consejo@cgtrabajosocial.es**

En el artículo de la Sección Dossier *Mobbing: estrategias de intervención desde el trabajo social*, autor Vicente Rodríguez Martín, donde dice moobing debe decir mobbing.