

Análisis de la prevención de drogodependencias. El futuro de la promoción de la salud

ALFONSO GARCÍA MARTÍNEZ

ANTONIA M^a SÁNCHEZ LÁZARO

Universidad de Murcia

Resumen:

La Prevención de las drogodependencias ha sido, y continúa siendo, una de las problemáticas sociales que más han preocupado a nuestra sociedad, eco de ello, y en un intento de poner vías de solución, el Plan Nacional sobre Drogas lleva ya trabajando en esta contienda veinte años. Ha llegado, pues, el momento de conocer los resultados, sus interpretaciones, corregir los errores y seguir apostando por una sociedad preparada para vivir en un mundo donde las drogas existen, han sido consumidas y seguirán siéndolo, donde su uso no constituya un problema social, y contribuya a mejorar nuestra calidad de vida en vez de menguarla. Todo análisis no puede ser desligado del contexto en el que se ha ido configurando, y nuestra contribución pretende proyectar algo de luz sobre este contexto guiado por unos modelos de intervención que, aunque aparentemente se presentan como opuestos, han funcionado como complementarios, si bien es cierto que se hace necesario seguir apostando por acciones educativas para la salud que capaciten a los individuos y a las sociedades.

Palabras clave:

Drogodependencias, prevención, capacitación, Educación para la salud.

Abstract:

The prevention of the drug addictions has been and continues being one of problematic the social ones that have worried to our society, an echo of it, and in an attempt to put on new routes of solution, the National Plan on Drugs takes already working in this fight twenty years. It has arrived, then, the moment to know the results, his interpretations, for correcting the errors and for continuing betting by a prepared society to live in a world where the drugs exist, they have been consumed and they will continue being it, where its use does not constitute a social problem, and contributes to improve our quality of life instead of diminishing it. All analysis cannot be separated of the context in which it has been formed, and our contribution tries to add some light on this context guided by some intervention models that although apparently appear like opposite, they have worked like complementary, it is of course true that it becomes necessary to continue betting by the educative actions from the health education that empower to the individuals and the societies.

Key Words:

Drug addictions, Prevention, Empowerment, Health Education.

Résumé:

La prévention des drogodépendences a été, et continue en étant une des problématiques sociales qui ont toujours préoccupé à notre société; un écho de cela, et dans une perspective de établir des voies de solution, c'est le Plan National sur les Drogues qui mene cette lutte depuis vingt années. Est arrivé, donc, le moment de connaître les résultats, ses interprétations, corriger les erreurs et les continuer à parier sur une société préparée pour vivre dans un monde où les drogues existent, ont été consommées et les seront encore le, où son utilisation ne constitue pas un problème social, et contribuez à améliorer notre qualité de vie au lieu de la diminuer. Toute analyse sur cela ne peut pas être délié du contexte dans lequel elle s'est formé; et notre contribution prétend ajouter quelque peu des lumière sur ce contexte guidé par des modèles d'intervention qui bien qu'ils se présentent apparemment comme opposés, ont fonctionné comme complémentaires, bien qu'il soit certain qu'il est nécessaire de continuer à parier sur des actions éducatives pour la santé, pour rendre plus capables aux individus et aux sociétés.

Mots clés:

Drogodépendences, prévention, empowerment, éducation pour la santé.

Fecha de recepción: 15-09-06

Fecha de aceptación: 21-11-06

1. Ámbito preventivo de los programas en materia de drogodependencias

Hemos de ser conscientes de que el llamado "problema de la droga" no viene definido solamente por el conflicto o la relación de un individuo con las sustancias, sino, sobre todo, por cómo ven y viven ese conflicto o relación los demás miembros de la sociedad, es decir, por la percepción social que se va generando en torno al fenómeno de las drogas. Así, la sociedad elabora, produce y reproduce procesos estigmatizadores que se plasman en prejuicios e ideas previas, que, de forma general, son tomadas como referencia de análisis (Regel, 2004). Esta circunstancia queda meridianamente reflejada en fenómenos como el de las drogodependencias, donde apreciamos cómo la información al gran público ha sido tratada fundamentalmente desde una vertiente sensacionalista, y se ha creado una imagen diabólica de los drogodependientes que ha llegado a convertirse, en no poca medida, en componente básico del caldo de cultivo de una serie de actitudes basadas en el egoísmo, la insolidaridad y el rechazo (Sáez, 2004). Aunque son muy diversas las formas que han adoptado los modelos de intervención en drogodependencias, nosotros nos detendremos en esta ocasión en las propuestas del modelo promocional y sus implicaciones teórico-prácticas para la intervención socioeducativa.

Toda la experiencia acumulada apunta a una constatación ineludible de cara al futuro: trabajar en prevención de drogodependencias pasa por abordar dicho fenómeno desde la perspectiva promocional de la Educación para la salud. Ésta sostiene que el consumo de drogas es, por encima de todo, un fenómeno social del cual se deriva una determinada problemática que afecta esencialmente a la salud de los ciudadanos; las sustancias que más problemas generan a la población no son principalmente las drogas ilegales sino, a la inversa, las legales (alcohol, tabaco y, en ciertos casos, medicamentos) debido a los grandes niveles de consumo de éstas, y las soluciones, lejos de venir del aparato represivo del Estado, están en manos del propio tejido social, concienciándose de que es posible superar situaciones de adicción y asumir modelos de conducta y estilos de vida saludables, articulando el fomento educativo de las capacidades individuales (autonomía) con la disponibilidad de recursos públicos y de implicación efectiva de las comunidades.

El modelo de Educación para la salud que articulamos para llevar a cabo las políticas de prevención en drogodependencias ha sido recogido por García, Sáez y Escarbajal (2000) y se incardina en una perspectiva 'creadora de salud' (salutogénico), (Polaino Lorente, 1987). Su punto de partida educativo se sitúa en la necesidad de desarrollar el sentido de responsabilidad individual, familiar y social en relación con la salud, posibilitar el pleno desarrollo físico, psíquico y social de los escolares, favorecer buenas relaciones entre todos los miembros de la comunidad educativa y de ésta con su entorno, partiendo de un enfoque comunitario y ecológico de la acción educativa para la salud.

La Educación para la salud se convierte –algo sobre lo que, al menos teóricamente, hay un significativo acuerdo– en una de las mejores respuestas para prevenir situaciones de desventaja y conflicto, posibilitando la intervención para la mejora de los procesos de prevención y el reestablecimiento de la salud, así como la promoción de estilos de vida saludables, ofreciendo alternativas y modos de vida que permitan una vida más equilibrada y que, favoreciendo la inclusión y participación sociales, combatan las diversas formas de marginación social (Soto, 2001). Lógicamente, esta actividad requiere, como una condición ineludible, de la participación de los interesados en la construcción de su realidad social de salud, para adquirir conocimientos y modos de ejercerlos en relación con su salud y la calidad de sus vidas (García, Sáez y Escarbajal, 2000). Pero, ¿cómo se puede facilitar este aprendi-

zaje? Para conseguirlo parece claro que la tarea educativa debe dejar de presentarse como inculcación para convertirse en un modo de creación de espacios donde los individuos pueden desarrollarse libremente, encontrando o creando por sí mismos los recursos necesarios para dar respuesta a sus necesidades. La tarea, en efecto, no es fácil, como ya ha advertido Castillo (1998: 39), ya que:

“Entre otras razones las personas aprenden, pero no siempre lo que uno quiere que aprendan. Por otra parte, hay que preguntarse con qué derecho podemos pretender que los demás sean como uno quiere que sean. Existen límites poco claros entre el terreno en el que puedan haber imposiciones sociales de conductas, inspiradas en el saber científico y orientadas hacia el bien común y un indispensable territorio de decisiones personales dejadas al libre arbitrio de cada cual. Porque el saber científico cambia, porque la moral cambia, porque cambia con la cultura la importancia que tiene el individuo a lo largo de su vida en el seno de cada comunidad.”

A la hora de hablar de los efectos que socialmente han tenido las prácticas educativas para la salud, hemos de ser conscientes de la complejidad que conlleva identificar los comportamientos individuales y sociales que favorecen estilos de vida saludables. Llegados a este punto la evaluación de los resultados de los programas realizados ha de contribuir a obtener y mejorar los conocimientos sobre el cambio social y sus determinantes, así como a identificar los factores que realmente contribuyen a la mejora de nuestra calidad de vida (IUHPE, 2003). Por tanto, la evaluación de los programas debe confirmar si la acción educativa para la salud está produciendo beneficios y si éstos son demostrables. ¿Cómo sabemos si los objetivos que persigue la acción educativa para la salud han sido alcanzados o no?

Una pista, sobre la posibilidad de implantación de estos programas y sus efectos positivos sobre la mejora de la calidad de vida de los individuos y las comunidades, nos la puede proporcionar el programa *Poverty and Health: tools for change* de UK Public Health Alliance (1998) que identificó y describió ejemplos de prácticas promocionales que habían dado buenos resultados y que pueden servir de guía a la hora de diseñar intervenciones eficaces promocionales de la salud, y entre ellos destacamos:

- Una mayor implicación de la comunidad.
- Mayores ingresos económicos para las personas y las comunida-

des, como resultado de un aumento del empleo entre la población local.

- Una mejora de la calidad de vida y el bienestar de las comunidades, como resultado de la toma de contacto con personas aisladas y de la mejora de su autoestima, motivación y habilidades.
- Un mejor apoyo comunitario, como resultado de la prestación de servicios.
- Mejores relaciones entre no profesionales y profesionales, como resultado de la creación de alianzas entre colaboradores y el desarrollo de grupos de trabajo destinados a abordar la pobreza y la salud.
- Una mayor comprensión de la salud como una cuestión comunitaria, como resultado de una mayor conciencia entre los profesionales de salud de que los ingresos y la vivienda son temas de salud.

Así, la promoción de la salud está directamente relacionada con el desarrollo de la comunidad y de la mejora de las condiciones de vida, y ésta pasa por la mejora de las condiciones socioeconómicas relacionadas con los ingresos económicos, la educación y el empleo, entre otras. No obstante, traducir en acciones reales los postulados de la promoción y la Educación para la salud es una propuesta compleja, pero posible como han reflejado proyectos realizados en países como Canadá (IUH-PE, 2003). Sin embargo, queremos dejar constancia de que estos presupuestos no son compatibles con sociedades que basan sus estrategias de intervención en el miedo, en la delegación de la responsabilidad en los técnicos de salud, y en las fórmulas mágicas como remedio para aliviar el dolor. Avanzar hacia sociedades más saludables requiere necesariamente un cambio social que apueste por individuos y comunidades cada vez más libres.

En este sentido, observamos que el Plan Nacional sobre Drogas se fundamenta prioritariamente en la prevención de los consumos y sus consecuencias, con especial atención al alcohol, al tabaco y a los consumos emergentes de carácter recreativo. De hecho, la prevención se configura como el eje fundamental sobre el cual se articula la Estrategia Nacional sobre Drogas. Porque las medidas y objetivos tendentes a conseguir una mayor implicación de la sociedad civil a través de la sensibilización y concienciación, así como de la modificación de los estereotipos sociales acerca de los distintos consumos que permitan me-

jorar la efectividad de las intervenciones, acompañadas prioritariamente de otra serie de acciones encaminadas a la generación de los programas preventivos y la evaluación de su eficacia, nos permitirán construir un contexto en el que los consumos de drogas no sean dramáticos.

Como ya hemos adelantado, la prevención aparece como el objetivo prioritario del Plan Nacional sobre drogodependencias, primacía que también es asumida por todas las instituciones que tienen competencia en esta materia. A su vez, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogodependencias trata de definir una política estratégica global que permita la estabilidad de los programas y actuaciones dentro de este ámbito, su evaluación y continua mejora. A través de los diferentes aspectos mencionados, se trata de cumplir los objetivos establecidos por la Estrategia del Plan Nacional sobre Drogas 2000-2008 (PNsD): que sea participativo e integrador; que aborde las drogas desde una perspectiva global; que busque la generalización de la prevención escolar, que prevenga en el medio laboral; que normalice la asistencia a los drogodependientes; que garantice su plena cobertura asistencial e integración socio-laboral, que potencie la investigación y la formación; que apueste por la capacitación de los individuos y el desarrollo saludable de las comunidades.

En resumen, la idea generalizada acerca de este área es que la consideramos, por una parte, "privilegiada", en el sentido de que los Planes pueden dedicarse en mayor medida a la prevención, una vez que las necesidades asistenciales se encuentran cubiertas, y, por otra, que es difícil de "vender", al tener que apreciarse necesariamente los resultados de sus actuaciones a largo plazo y ser difícilmente evaluables (Trinidad, 2005). Sin embargo, se ha avanzado mucho en los últimos años y se ha empezado a "creer en la prevención", reduciendo las charlas de los expertos en los colegios y elaborando programas validados e integrados en el marco general de Educación para la salud. No obstante, consideramos necesario seguir avanzando, implicando a todos, especialmente llegando a las familias, profesores y a todas las edades y, finalmente, haciendo hincapié en los sistemas de evaluación, todavía en muchos casos insuficientes.

2. Análisis de la situación. ¿Por qué son las cosas como son?

Según los datos de la *Encuesta domiciliaria sobre abuso de drogas en España*, entre 1999 y 2003 ha aumentado el número de personas de 15 a 64 años que consumen alcohol, hipnosedantes sin receta médica, cocaína y cannabis. Datos que confirman que el logro de los objetivos planteados por las Estrategia del PNsD, 2000-2008 están todavía bastante lejos de ser alcanzados. Por otra parte, y en lo que afecta a la población más joven, la *Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias*, es decir, entre jóvenes de 14 a 18 años, muestra un incremento muy importante del consumo de cannabis y cocaína entre 1998 y 2004, al tiempo que la edad de inicio del consumo, entre esta población escolar, ha descendido en el consumo de cannabis, que está por debajo de los 15 años. Hay que destacar también que ha disminuido la percepción del riesgo, sobre todo hacia el alcohol y el cannabis, y que ha aumentado la percepción de la accesibilidad a las drogas por parte de estos adolescentes y jóvenes (Azprensa, 2005).

También han aumentado en los últimos años los ingresos hospitalarios por psicosis alcohólica, por síndrome de dependencia al alcohol y por psicosis causadas por otras drogas. Así, la *Encuesta de Morbilidad Hospitalaria* muestra un incremento, entre 1993 y 2002, de los ingresos hospitalarios por psicosis ocasionadas por consumos de drogas del 420%, dato preocupante aunque las cifras absolutas no sean muy grandes.

No obstante, el Plan nacional sobre drogas, cuyo horizonte actual de ejecución es el período 2005-2008, en un intento de alcanzar sus objetivos, incorpora un amplio conjunto de acciones que se estructuran en torno a seis grandes ejes de actuación: la Coordinación, la Prevención y Sensibilización, la Atención Integral, la Mejora del Conocimiento, la Reducción de la Oferta y, finalmente, la Cooperación Internacional. Dentro de estos seis grandes ejes, las medidas abarcan las principales áreas de intervención en drogodependencias (Azprensa, 2005).

Pero, ante tales informaciones y datos, se podría considerar que todo lo planteado hasta el momento, es decir, los esfuerzos destinados a la prevención de drogodependencias no están funcionando muy bien que se diga. Sin embargo, no es ese el argumento que nos interesa tratar aquí y ahora. En efecto, más que posicionarnos ante los datos ofrecidos por los recientes estudios y encuestas sobre el consumo de drogas, queremos hacer un breve análisis de las dificultades encontradas a la hora de caminar

hacia el discurso promocional y la puesta en marcha de sus concreciones prácticas. Puesto que nada surge al azar, mejor que andar buscando culpables será analizar el trayecto realizado hasta el momento.

En tales condiciones ya hemos dejado claro que la “prevención de las drogodependencias” no es, ni puede consistir en una técnica ni una metodología cerrada, definitiva o acabada; todo lo contrario, sólo puede ser considerada un auténtico programa de investigación. El inaccesible castillo de la supuesta “ciencia pura” avalado por las cascadas estadísticas, al igual que otros castillos, se ha venido abajo y la investigación científica se está convirtiendo, aunque muy lentamente, en un proceso social que depende de otros procesos sociales (Wolgar, 2001).

Por tanto, participar en un programa de prevención de las drogodependencias socialmente relevante supone formar parte de un programa de investigación-acción, que no puede traducirse en términos de una metodología cerrada cuya aplicación producirá unos resultados previamente conocidos o esperables. No existen, ni pueden existir, por tanto, ni manuales de instrucciones ni fórmulas mágicas, e incluso las prácticas o experiencias, sugeridas o aplicadas, o macro-programas, son sólo experimentos que se justifican porque, en este particular momento histórico, dan respuesta a las necesidades y demandas sociales, al tiempo que contribuyen a incrementar nuestro conocimiento sobre el tema.

Así, y como ha definido Comas (1997), actuar en prevención supone asumir que se forma parte de un proceso de búsqueda, de construcción de una teoría y de una explicación que aún no poseemos. Aquellos que exigen sólo recursos prácticos, definiciones formales sobre lo que deben hacer, y sienten desazón y vértigo ante la reflexión que se les solicita no están preparados para participar en Programas de Prevención de las Drogodependencias. Por tanto, un Programa de Prevención no se puede justificar sólo por su correcto planteamiento, por la audiencia lograda o por el grado de implantación; el trabajo y la inversión en prevención deben justificarse por su ajuste a las necesidades y demandas sociales y especialmente por la información que nos haya aportado su evaluación, lo que a su vez implica que no se puede hacer prevención sin un previo análisis de la realidad que justifique la pertinencia de la intervención. Por tanto, trabajar en prevención no supone desarrollar un trabajo socio-cultural definido, con efectos predecibles, sino participar en un proyecto de investigación que forma parte de un Programa de Investigación amplio, interdisciplinar y transnacional, que puede adoptar perfectamente

la fórmula, aunque no en exclusiva, de "investigación-participativa" (VV. AA., 1993).

Sin embargo, en la práctica llamamos programas de Prevención de las Drogodependencias a múltiples tipos de actuaciones, la mayor parte de ellas realizadas por profesionales con apoyo público, que prefieren plegarse a demandas e indicaciones operativas de responsables institucionales, obviando el hecho de que están trabajando en el Programa de Investigación "Prevención de las Drogodependencias". Tal incongruencia cobra un especial relieve cuando el programa incluye entre sus objetivos la dinamización social, el desarrollo de redes sociales y la puesta en marcha de iniciativas comunitarias para las que es tan imprescindible la presencia del profesional que diseña, organiza, incita, coordina y valora, como la efectiva participación de grupos de ciudadanos que, desde una adecuada formación, actúan con gran autonomía en el seno del programa (Comas, 1997).

Como venimos exponiendo a lo largo de este artículo, algo está fallando: la teoría encaminada hacia las buenas acciones, definida más o menos correctamente, pero sin el corolario socioeducativo necesario para hacer encajar la materialización de las actuaciones prácticas de prevención, está produciendo consecuentemente unos efectos, aunque éstos no parecen, en modo alguno, ser los esperados según los planteamientos del propio PNsD. Un ejemplo de la falta de traducción práctica de los programas de prevención es el hecho de que, en su mayoría, no tengan estabilidad presupuestaria y dependan de los políticos de turno, donde el personal trabaja a tiempo parcial y con contratos temporales y que en los mejores casos dependen de convenios de colaboración a dos o tres años vista, con notables diferencias entre los objetivos planteados y las prácticas realizadas, sin análisis previo de la realidad y sin evaluación de procesos o resultados, que sin embargo suelen utilizarse muy eficazmente como proyección pública de las actividades municipales o autonómicas, en lo que respecta a la parte estadística. Es decir, en este nuevo contexto la lógica preventiva se sustituye por una lógica administrativa, que deja de valorar la eficacia social y se limita a valorar exclusivamente la implantación del programa, ¿cuántos participantes? en vez de ¿en qué condiciones?, ¿con qué interés participan los ciudadanos? o ¿cómo ven modificadas sus percepciones?, lo que no deja de ser paradójico cuando el objetivo real es la participación e implicación social (Comas, 1997).

Con tales afirmaciones no se trata de negar la planificación y mucho menos el diseño operativo, que queda avalado por los profesionales dedicados a este ámbito realizado en el último decenio, así como por el continuo rechazo a las formas corruptas, ciegas y demagógicas de movilización social (Comas, 1997), sino que se trata de evidenciar, simplemente, el cascarón vacío de una prevención institucional sin identidad, sin una clara conciencia de sus objetivos sociales, amén de las consecuencias negativas, antipreventivas podríamos decir, que puede producir una situación similar. La pregunta será entonces: ¿cómo dotar de conciencia e identidad a la prevención institucional de las drogodependencias? Pues, básicamente, a través de redes sociales de las que forman parte de relaciones interpersonales e institucionales ya constituidas; un ejemplo claro y positivo lo representa el hecho de que se estén desarrollando convenios de colaboración entre distintas consejerías en las administraciones regionales, aunque para esperar resultados tendremos que construir los vínculos que nos permitan una verdadera colaboración, pero todo es empezar.

En todo caso, resulta obvio que, al menos en parte, tanto la viabilidad de la autorreflexión como la definición de su misión, así como la autonomía del movimiento social, dependen en buena medida de la actitud que tomen algunos actores estatales. En el caso de que opten por la mera planificación administrativa y no apoyen suficientemente el programa de investigación, la posibilidad de reflexionar parece limitarse (Comas, 1997). Pero frente a esta vieja actitud, que preserva a las instituciones como meras reproductoras de las jerarquías sociales, se va abriendo paso la imagen de las instituciones como responsables de la gestión de problemas y riesgos. Lo que, a su vez, conduce a un nuevo tipo de Estado que, al menos en los países desarrollados, se caracteriza por el gran número de actores y agencias, que se multiplican en los diversos niveles de la administración y en los diferentes departamentos de cada nivel, y que está generando un tipo novedoso de competencia inter-administrativa, de la que saldrán 'vencedores' aquellos que establezcan una buena, e indudablemente nada sectaria, cooperación con los movimientos sociales y con los activistas independientes (Sztompka, 1990).

En el ámbito de la prevención de las drogodependencias la existencia de una serie de entidades sociales y profesionales, mucho más estables que los propios programas institucionales, parecen hacer especialmente aconsejable esta cooperación, y a través de ella resulta factible la pre-

dicción de éxito o fracaso de los actores estatales, según sean capaces de colaborar más o menos, peor o mejor, con las entidades sociales. Aunque también es cierto que todo esto parece que va a depender del grado de conciencia que cada uno de ellos vaya adquiriendo en torno a este nuevo paradigma en la relaciones entre ciudadanos, profesionales, instituciones, programas de investigación y movimientos sociales.

3. Retos de los programas preventivos

El Plan Nacional sobre Drogas atribuye especial atención a las medidas de prevención, sobre la base del documento acerca de los *criterios básicos de intervención en los programas de prevención de drogodependencias*, realizado por la comisión nombrada al efecto y aprobado por la Comisión Interautonómica y la Conferencia Sectorial. La prevención deberá estructurarse en torno a los siguientes principios, prioridades y objetivos de actuación (PNsD, 1999):

- Los programas preventivos deberán abordarse de forma que se posibilite la sinergia de actuaciones en los ámbitos policial, sanitario, educativo, laboral, social, etc. Este componente de intersectorial abarca también la actuación de los diferentes niveles de las Administraciones y el movimiento social.
- La corresponsabilidad social y la participación activa de los ciudadanos se consideran principios básicos sobre los que debe asentarse cualquier intervención en este campo. Sólo desde el ejercicio de la responsabilidad individual y colectiva puede encararse con éxito un trabajo que necesitará del cambio de actitudes y comportamientos individuales y sociales para lograr construir una sociedad libre de la dependencia a sustancias. En este sentido, el papel de los medios de comunicación se considera también clave.
- Otro pilar fundamental de cualquier estrategia preventiva será la promoción de la Educación para la salud. Así, la Educación para la salud (también en los centros educativos) se convierte en un modo de generar estrategias básicas, a partir de las cuales se deberán diseñar programas y actuaciones.
- En la actualidad no puede concebirse un área de prevención del consumo de drogas que, a su vez, no contenga medidas destinadas a la profilaxis y reducción de las enfermedades y trastornos

infecciosos asociados. Este área, cuenta con diversos ámbitos de intervención, principalmente el escolar, familiar, laboral, comunitario y de la comunicación social. A través del análisis de los datos ofrecidos por las comunidades y ciudades autónomas, se puede apreciar que, a nivel general, el ámbito escolar es el que mayor número de programas ofrece (41,62%), lo que verifica que suponen el campo más activo y desarrollado dentro de la prevención. En segundo lugar, y muy próximo al ámbito escolar, destaca el ámbito comunitario (39,43%) que comprende un abanico con diversa población destinataria.

Sin embargo, merece la pena señalar que éste último, el ámbito comunitario, aún está poco definido y en él se incluyen actividades muy dispares como la formación de mediadores, el apoyo al movimiento asociativo, la formación de profesionales o actividades sugeridas por los medios de comunicación, entre otras.

Así, el Plan Nacional sobre Drogas mantiene abierta una puerta hacia ese nuevo discurso social alternativo al imperante (médico-represivo) ya que no sólo se priman medidas de control y de atención médica para hacer frente a la problemática que plantea la drogodependencia en la actualidad, sino que, aunque tímidamente, se confía en la Educación para la salud como medida eficaz para prevenir los consumos abusivos de drogas y prueba de ello son los Objetivos Generales para el PNSD (2000).

Estamos asistiendo, por tanto, en el campo de la Educación para la salud en general, y del consumo de drogas en particular, a la emergencia de nuevas modalidades de intervención socioeducativa que tienden a considerar al sujeto en la globalidad de sus relaciones e interacciones. De este modo, si la acción preventiva tendía, bajo el influjo de una orientación individualista, a mejorar la forma de asumir riesgos particulares (tabaco, alcohol, droga, sida, etc.), difundiendo información y llamadas a la responsabilidad, hoy se empieza a tomar una prudencial distancia respecto de ese modelo, entre otras cosas porque ha sobrestimado la dimensión racional de los sujetos destinatarios y la relación causal existente entre las informaciones racionales y la adopción de los comportamientos esperados.

En efecto, es manifiesta la dificultad que existe a la hora de determinar la racionalidad de un cierto tipo de comportamientos vinculados a la salud tales como fumar o beber alcohol. Aquí, la estructura de la situación

es completamente equívoca en la medida en que los comportamientos vinculados a la salud tales como consumir drogas, tienen consecuencias contradictorias en el tiempo: ¿qué es más racional, obtener un placer inmediato o soportar los riesgos potenciales? En realidad, la vida social se desarrolla a través de procesos que ponen en juego intenciones, definiciones e interpretaciones mediante las que los individuos orientan sus actitudes. No existe objeto, acontecimiento o situación que explique por sí misma su propio sentido; el sentido al consumo de drogas, se lo confieren los individuos incorporando a esa tarea tanto las dimensiones afectivas como las racionales.

Consecuentemente, en lugar de focalizar sobre el riesgo en concreto y la forma de protegerse de él, la nueva perspectiva se propone contribuir educativamente a dotar a los individuos y grupos sociales de los recursos personales y comunitarios que son necesarios para afrontar tales situaciones, a través, fundamentalmente, de la inserción en la comunidad a la que pertenecen. De este modo, la información cuenta menos que la posibilidad de disponer de lugares de intercambio o de dispositivos que permitan mantener o reconstruir los lazos sociales, para acrecentar el dominio de las personas sobre su propia existencia y sus capacidades de gestión de los problemas a los que tienen que enfrentarse. Ello supone que las "prácticas de riesgo" han de pasar a un segundo plano, y que deben valorarse las capacidades individuales de reacción ante los problemas, esto es, la actualización de los recursos intelectuales, morales y afectivos que contribuyen a un desarrollo autónomo, que les faculte para enfrentarse a sus realidades vitales individuales y sociales.

De ello se desprende que la tarea educativa debe dejar de presentarse como inculcación para convertirse en un modo de creación de espacios donde los individuos pueden desarrollarse libremente, encontrando o creando por sí mismos los recursos necesarios para dar respuesta a sus necesidades. Esta apreciación de la acción educativa para la salud resitúa el campo de la acción social, al configurarlo como un apoyo a los ciudadanos y sus comunidades y no como un sustituto del protagonismo de los actores sociales. De esta manera, la acción de orientación y apoyo de la acción socioeducativa se hace compatible con la autoayuda y las redes de apoyo sociales establecidas por la propia comunidad, efectuándose en los espacios vitales (físicos y temporales) de los diversos sectores de la población tanto para proveer elementos que, previsiblemente, comporten desarrollos de vida más sanos, es decir, para establecer es-

trategias de acción, preventivas o modificadores de comportamientos poco o nada saludables, que configuren los espacios facilitadores de la promoción de la salud.

La labor y el esfuerzo desarrollado por el Plan Nacional sobre Drogas, los Planes Autonómicos y las diversas instituciones y entidades –públicas y privadas– implicadas en la prevención de las drogodependencias ha sido creciente. Con el paso de los años, han sido muchos los retos y aspectos positivos conseguidos, entre ellos la diversidad y consolidación de la red asistencial, el desarrollo normativo, el acercamiento a la sociedad, el incremento de coordinación y consenso, la calidad de los servicios prestados y su adaptación a la realidad cambiante, la disposición y el interés de los profesionales, el papel de las ONG's, entre otras. No obstante, todavía hay que seguir trabajando en un tema tan complejo, enfatizando las actuaciones en las áreas de prevención, incorporación social e investigación.

El impulso de la prevención conlleva el fomento de programas de investigación en los términos que hemos definido y de modelos basados en la evidencia; es preciso seguir incidiendo en el trabajo con los adolescentes y en su percepción del riesgo, retomando el tema del alcohol y el tabaco y mejorando las herramientas para trabajar el cánnabis, en definitiva cambiando sus estereotipos. Además, hay que sensibilizar a la sociedad e implicar al conjunto de la población, incluyendo de modo especial a las familias. La asistencia debe ser normalizada, al igual que con cualquier otro paciente y, junto con ello, se hace necesario desarrollar una red de integración sociolaboral que coopere en la labor, e incidir, del mismo modo, en la población que está en la prisión u otros centros de internamiento (Trinidad, 2005).

Para alcanzar los objetivos propuestos por el Plan se necesita contar con el presupuesto adecuado; con profesionales formados, motivados y bien retribuidos; con un trabajo conjunto y consensuado entre los Gobiernos y las entidades participantes, donde sean los individuos y las comunidades los gestores de sus propias situaciones y problemas, los que demanden la ayuda necesaria, dispongan de los recursos necesarios y sean capaces de decidir cómo abordar los problemas de drogodependencias, desarrollando un sistema de autogestión superador de las barreras que, actualmente, limitan el avance en materia de drogodependencias, como son la falta de participación y de colaboración (García y Sánchez, 2005).

Son muchos los retos planteados por las políticas preventivas, se empiezan a dar pasos, a construir vías, a dar forma a un proyecto del que llevamos hablando veinte años. Pero hoy nos queda pendiente efectuar la reflexión sobre el camino que hemos recorrido, analizar todos los pasos, reconocer los traspies y seguir avanzando, para lo que es imprescindible desarrollar como herramienta de trabajo una buena evaluación del proceso que estamos llevando a cabo. Algo que es preciso para poder avanzar en este sentido, para saber qué es lo que está pasando en nuestro país en materia de drogodependencias y cómo funcionan los modelos por los que apostamos y las medidas propuestas. La evaluación indudablemente siempre nos guiará para saber hacia donde deben ir encaminados nuestros pasos, creemos que éste es uno de los retos que hay que afrontar para seguir avanzando, junto con la apuesta por el desarrollo de una sociedad libre de elegir, en consecuencia. La relación que quiere establecer con las drogas, sin que esta relación haga menguar su salud.

Bibliografía

- Aragonés, T. et al. (1994). *Drogas, legalización y sistema sociosanitario*. Barcelona: Grupo IGIA.
- Arana, X., Vega A. (1998). Esquizofrenia de las drogas legales o la cuadratura del círculo: entre la promoción y la prevención. En X. Arana y L. Márquez, (Coords.), *Agentes sociales ante las drogas*. Madrid: Dykinson.
- Azprensa (2005). Informe sobre el plan de acción sobre drogas 2005-2008. En *Artículo de prensa*. Madrid. III(770), 19 de marzo. [En Línea][Consulta: 30 marzo 2005] URL disponible en: www.azprensa.com.
- Castillo, F. (1998). *Escuela y Educación para la salud*. En A. García (Coord.), *Claves de la educación para la salud* (pp. 33-56). Murcia: DM.
- Castillo, A.J. y Morón, J.A. (2005). Drogas y comunidad. Estrategias de prevención comunitaria de las drogodependencias desde el ámbito local. En A. García y A.M. Sánchez (Eds.), *Educación, drogas y sociedad*. Universidad de Murcia: Murcia.
- Comas, D. (1987). *Drogas: el mito del paraíso perdido*. *Culturas y drogas, Catálogo de la exposición del Museo Etnológico Nacional*. Madrid: Ministerio de Cultura.
- Comas, D. (1997). Ciudadanos, profesionales, instituciones, programas de investigación y movimientos sociales en la prevención de las drogodependencias. *Perspectivas Psicológicas*, (9) (nº especial junio).
- Escotado, A. (1995). Conjeturas y Experiencias. En L. Pantoja y L. Guridi, *Drogas, Desarrollo y Estado de Derecho*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Escotado, A. (1996). *Historia elemental de las drogas*. Barcelona: Anagrama.

- García, A., Sáez, J. y Escarbajal, A. (2000). *Educación para la salud. La apuesta por la calidad de vida*. Madrid: Arán.
- García, A. y Sánchez, A.M. (Eds.) (2005). *Drogas, sociedad y Educación para la salud*. Murcia: Servicio de publicaciones de la Universidad de Murcia.
- IUHPE (2003). *La evidencia de la eficacia de la Promoción de la salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Megías, E (Dir.) (2000b). *Los valores de la sociedad española y su relación con las drogas*. Fundación "la Caixa".
- Palacios, D. (Dir.) (2001). *Manual para la Elaboración de Planes Municipales sobre Drogas*. Madrid: Federación Española de Municipios (FEMP).
- Plan Nacional sobre Drogas. (1999). *Memoria 1998*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas. (2000). *Estrategia Nacional sobre drogas 2000-2008*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. Secretaria General Técnica.
- Polaino Lorente, A. (1987). *Educación para la salud*. Barcelona: Herder.
- Rengel, G. (2004). Drogodependientes y sida. La construcción social del otro. [En Línea][Consulta: 10 enero 2004] URL disponible En: <http://firehaired.webcindario.com/doc/dc0060.htm>.
- Sáez, J. (2004). Sida y pobreza. [En Línea][Consulta: 20 enero 2004] URL disponible En: <http://www.cholonautas.edu.pe/pdf/SIDA%20Y%20POBREZA.pdf>
- Sissa, G. (2000). *El placer y el mal. Filosofía de la droga*. Barcelona: Península.
- Soto, J. (Coord.). (2001). *Prevención en drogas*. Vigo: ASETIL.
- Sztompka, P. (1990). Agency and revolution. *International Sociology*, 5(2).
- Trinidad, A. (Dir.) (2005). *Evaluación Diagnóstico de los Planes Autonómicos sobre Drogas, 2004*. Madrid: Ministerio del Interior, PND.
- Vega, A. (1995). Droga como problema social. En *I Congreso Nacional de la Asociación Proyecto Hombre: ponencias, comunicaciones y talleres* (pp. 45-51). Madrid: Proyecto Hombre.
- Vega, A. (1997). Alcohol en los medios de comunicación: la presión para su consumo-abuso. *Comunicar*, (9), 105-110.
- VV.AA. (1991). *Los jóvenes y las drogas*. Sevilla: Consejo de la Juventud de Andalucía. Grupo de Trabajo de Drogas.
- VV.AA. (1993). Investigación-acción participativa. *Documentación Social*, (92), Madrid.
- Wolgar, S. (2001). *Ciencia: abriendo la caja negra*. Barcelona: Anthropos.