



Revista  
**Redes**  
Servicios  
Sociales

13 Diciembre

ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES  
DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE HUELVA



#### Consejo de Redacción:

Maria Bella Martín Eugenio  
Gabriela de la Fuente Sotomayor  
Inmaculada Gasch Guerrero  
Francisco Camacho Pizarro  
Isabel Santana Moreno  
M.ª Luisa Ormist López  
Pilar Muñoz González

#### Portada:

Victor Pulido Lancha

#### Coordinación y Elaboración:

Área de Servicios Sociales.

D.L. H-166/96

#### Imprime:

Técnicas de Fotocomposición S.L.

I.S.SN: 1139-9422

#### Diputación Prov. de Huelva

##### Área de Servicios Sociales

c/ Fernando El Católico

N.º 18-5.ª planta

21003 Huelva

Teléfono: 959 49 47 47

Fax: 959 49 47 30

N.º 13 - DICIEMBRE 2003

PUBLICACIÓN GRATUITA

REDES no se hace responsable ni suscribe necesariamente las opiniones personales del o de los autores de los artículos.

# SUMARIO

Editorial.....	1
Investigaciones-Reflexiones	
• Familia Contemporánea. Nuevas Formas. <i>Lourdes Puerto Pintado</i> .....	3
• La Adopción Interétnica e Intercultural en Andalucía: Un reto para las familias y para el entorno social. <i>Laura Martín Sánchez</i> .....	9
• Reflexiones sobre incorporación social en drogodependencias. <i>Juana Clemente García y Ana J. Coleja Gómez</i> ...	25
• Actitudes, motivaciones, percepción de riesgo y disponibilidad percibida respecto al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en jóvenes. <i>Hermínia Lobato Soriano, Concepción Mercader Laros y Ana M.ª Carrasco González</i>	33
• Mapa de Centros de Tratamiento Ambulatorio del Servicio Provincial de Drogodependencias y Adicciones de Huelva. <i>Juan F. Ramírez López</i> .....	51
Experiencias	
• La potenciación de Servicios Especializados para Mayores en el Medio Rural: La vivienda tutelada de Zúñe. <i>Amparo Carrión Durán y María Lorenza Corral Rufino</i> .....	67
• Proyecto de Centro de Tratamiento Ambulatorio para Drogodependientes en la Ciudad de Montevideo (Uruguay). <i>Alfonso Ramírez de Arellano Espadero</i> .....	75
• En busca de la transformación social. <i>Miguel Monterde Marón y María Sampedro Martín González</i> .....	85
Municipios en Directo	
• Intervenciones grupales en servicios sociales: alternativas en el trabajo con familias con demandas relacionales. <i>Ángel Martínez Viejo</i> .....	93
Legislación	
• La Ley del Menor. Luces y sombras. <i>Fernando Gómez Recio (Fiscal de menores)</i> .....	101

# EDITORIAL

La Revista Redes me brinda por primera vez la oportunidad de dirigirme a sus lectores desde la responsabilidad de mi cargo de Diputada del Área de Bienestar Social y Mujer.

Quiero aprovechar estas líneas, en primer lugar para ponerme a disposición de todos los Ayuntamientos de la provincia, entidades del bienestar social en general así como del colectivo humano que tan generosamente trabaja en este sector, para oír sus planteamientos e inquietudes, con la seguridad de que, entre todos encontraremos respuesta a los mismos.

En estos cinco meses que llevo al frente del Área he podido ir tomando contacto con la realidad de la misma, conociendo los servicios que presta, los programas que desarrolla, los medios materiales de que dispone y, lo más importante, el caudal humano que presta sus servicios, como empleados públicos, en la misma. A ellos quiero prestar mi primer reconocimiento público pues, aunque han sido pocas aún las oportunidades en las que hemos compartido trabajo, sí he podido comprobar su absoluta profesionalidad y entrega en el ejercicio de sus funciones, sin escatimar esfuerzo y, en muchos casos, por encima de sus obligaciones laborales.

Y es que cuando se trata de trabajar con personas y colectivos en dificultad social, con los sectores más desfavorecidos de la sociedad, dejamos de pensar en nosotros y hacemos nuestros sus problemas, tratando de buscar una salida que, en algunos casos se nos antoja casi imposible.

Por ello, a los cerca de doscientos empleados del Área, mi agradecimiento por su labor callada, en el convencimiento de que, sin su trabajo, no podríamos llevar a cabo la ingente labor que se realiza desde los Servicios Sociales Comunitarios, el Servicio Provincial de Drogodependencias, los Servicios Sociales Especializados, las Unidades Familiares de Ayamonte, el Departamento de la Mujer...

En segundo lugar, y desde la experiencia acumulada por mi trabajo en el área social de un Ayuntamiento de la provincia durante doce años, estoy convencida

que el desarrollo de las políticas sociales debe contar necesariamente con el apoyo decidido de los Ayuntamientos, y la «inversión» en servicios sociales, pues ellos son la instancia más cercana a los ciudadanos y, por tanto, conocedores de primera mano, de los problemas de los vecinos. Desde esa cercanía ha de venir la respuesta a sus problemas con la puesta en marcha de Planes Locales de Servicios Sociales o lo que se ha dado en llamar en los últimos tiempos, Planes de Inclusión.

Desde la Diputación Provincial, tendrán los municipios todo nuestro apoyo, con el fin de contribuir a paliar las desigualdades sociales, mediante la aplicación de políticas integrales.

Soy consciente también de las dificultades que podemos encontrar para llevar a cabo nuestra tarea. En este sentido será necesario establecer vías de coordinación entre las propias áreas de la Diputación así como con otras entidades que trabajan por el bienestar social: Consejerías de Empleo, Educación, Salud y Servicios Sociales de la Junta de Andalucía, Mancomunidades de municipios de la provincia, Iniciativa Social... Y sobre todo, debemos trabajar por acercar nuevas fuentes de financiación para llevar a cabo nuestra actuación, para lo cual se hace preciso concurrir a cuantas convocatorias de Programas Europeos se realicen y tengan incidencia en nuestro cometido.

Finalmente una reflexión: desde la observación objetiva de la realidad, el análisis profundo de la misma y la puesta en marcha de mecanismos para corregir las desigualdades y problemas, será posible llevar a cabo una política de bienestar social acertada y con resultados a medio plazo. Para ello estoy dispuesta a trabajar en el convencimiento de que en ese esfuerzo no estaré sola.

**M<sup>ra</sup> Bella Martín Eugenio**

*Diputada Delegada de Bienestar Social y Mujer*

## INTERVENCIÓN: FAMILIA CONTEMPORÁNEA. NUEVAS FORMAS.

**D<sup>a</sup> Lourdes Puerto Pintado**

*Psicóloga del Equipo Psicossocial de Familia  
adscrito a los Juzgados de Huelva*

Esta intervención intenta desarrollar la pregunta amplia de ¿qué es la familia? y dar algunas respuestas posibles. Porque lo que pensamos de la familia de ahora en nada se parece a la de hace cien años, menos aún a la de los primitivos. No obstante, los estudios sociológicos y antropológicos (Malinowski) permiten saber que la familia primitiva también estaba estructurada como una institución, es decir existían leyes y prohibiciones. Es más, se observaban relaciones de parentesco que no siempre se ajustaban a los vínculos naturales de consanguinidad, aparecían rasgos de las familias modernas, y los vínculos de sangre podían ser sustituidos por vínculos ficticios como la adopción.

Los modos de organización familiar, los conceptos de descendencia y parentesco, las leyes de herencia y sucesión mezclados con las leyes del matrimonio, enmarañan y oscurecen lo que son las relaciones psicológicas

y afectivas en la familia. Quedando reducida a una *institución*.

Actualmente la ley del divorcio, los procedimientos de adopción, acogimiento familiar... introducen nuevas variantes en la familia nuclear que todos conocemos. Cada vez se oye menos hablar de *madre soltera* o de *hijos bastardos* con la connotación moral peyorativa.

La familia ya no es homologable al matrimonio. Igual que hablar de la relación hombre-mujer ya no es hablar del matrimonio.

La pareja de ahora poco tiene que ver con la que formaron nuestros abuelos o nuestros padres. Los hábitos amorosos han ido de la mano de los cambios y conquistas de derecho de las mujeres. Que han pasado de estar siempre *acompañadas*, por la familia o la pareja, a enfrentar la posibilidad de estar solas.

Parece ser que nuestros tiempos de ahora permiten casi todo: la adopción monoparental, matrimonios homosexuales que adoptan, que la custodia de los hijos la tenga el padre, etc.

Pero la pregunta que surge es ¿y un niño, permite también todo?

Al principio de trabajar en el Equipo Psicosocial de Familia me resultaba paradójico que se llamara así, porque pensab que después de un divorcio –en general mal llevado si acudía al Equipo– quedaba poco de familia. El padre y la madre siguen existiendo como estructuración psíquica del hijo. Adoptando nuevas formas.

¿Qué hace un niño con todo esto? A diario escucho a los niños, y es raro el que no te responde que lo que quiere es que papá y mamá vuelvan a estar juntos. A pesar de que hayan presenciado las broncas más atroces, o de que los padres lleven más de tres años separados sin mirarse a la cara. Todos queremos sostener nuestros ideales de familia unida, que pasa los fines de semana en la playa, esa familia que nos vende la televisión en su publicidad, que nos pone películas los sábados a las que denomina *para toda la familia*, y que también nos invita a ir a comprar todos juntos a los grandes almacenes, y estos se encargan de recordarnos *el día del padre, el día de la madre...* El capitalismo no tiene límites, estando por encima de los cambios sociales.

Evidentemente tras la separación de unos padres hay una caída de ideales, como cuando de chicos nos decepcionábamos al descubrir que los reyes magos son papá y mamá. Pues no sólo es esto, para colmo papá y mamá no se quieren, en muchos casos se odian.

Nos podíamos preguntar que ¿para qué necesita un niño una familia? Si nos fijamos en la cría humana, a diferencia del resto de las especies animales es la que biológicamente nace más despavilada y prematura en relación a lo que será su desarrollo completo. Lo lento de ese crecimiento lo llevaría a la muerte si no estuviera asistido por un adulto. El sujeto humano necesita apoyarse durante mucho tiempo en la madre o el padre, y en los primeros años fundamentalmente en la madre. Puntualizo que no hay el tópico de *instinto materno*, si así fuera, la crianza de un hijo sería mucho más cómoda, le daríamos de comer cuando el instinto lo dijera, más allá de que el niño tubiera o no, hambre o fiebre, o que necesitara antes que nada cambiarle los pañales. El instinto lleva a respuestas automáticas, que por supuesto no es lo que pide un bebé.

Antes del nacimiento de un hijo ya hay instalada una *función materna y paterna* –que nada tiene que ver con el instinto–. Desde mucho antes se le atribuye una subjetividad, un cuerpo imaginado, un parecido, un nombre. Y antes de que la técnica lo permitiera también se le atribuía un sexo, casi

siempre basándose en señales corporales de la madre, todo un saber popular lo argumentaba.

Es la madre, la *función materna* la que marca en el cuerpo de su hijo los ritmos biológicos. Es la que interpreta el llanto no de modo instintivo y automático «si llora es porque tiene frío, o sueño, o hambre, o quiere que lo coja en brazos...». Todos estos cuidados que tienen tan comprometida a la madre en los primeros meses de vida del hijo, están colmados y envueltos del lenguaje que le dirige al bebé, y de toda una gama de afecto.

Que función de madre tan diferente a la *madre institucional*. En los años 50 SPITZ investigó a los bebés que se criaban en orfanatos, habló de la *depresión anoclítica* en estos niños, que apenas miraban de frente a los ojos, que no lloraban cuando tenían hambre, etc. Se los mantenía bien alimentados, calentitos, limpios. Eran perfectamente atendidos en sus necesidades biológicas. Pero la madre institucional que era cada día una trabajadora distinta, que los atendía con buena voluntad y como mejor podía, no tenía ninguna fantasía de futuro, ningún efecto particular al niño en concreto, se podría decir que lo trataba con los automatismos del instinto. *No había el deseo de madre* que alimenta a su hijo no sólo con la comida sino con las palabras y el afecto.

Quizás la *función paterna* es la que se muestra en los primeros años

de vida de un niño más inconscientemente. Precisamente el cristianismo, en su construcción histórica y mítica, nos lo grafica claramente. La festividad de San José se reconoce como el día del padre, pero del padre *putativo*, de ahí lo de pepe, es decir el padre imaginario que es pero no es. Y es curioso que los padres modernos de ahora, más allá del discurso contemporáneo de igualdad de derechos y deberes entre los sexos, si quiere ser «un buen padre» en los primeros años de vida del hijo, no le queda otra que mimetizar la función materna.

Estoy hablando de *funciones maternas, paternas*, que tal como lo cuentan admiten posibles sustituciones en el padre, en la madre... hasta en alguien que no sea ni el padre, ni la madre. Como podrían ser las *familias acogedoras*. Pero estas funciones que se intercambian tienen también sus límites y condiciones, porque entonces cualquiera se sentiría legitimado para designarse como padre o madre.

¿Qué ocurre cuando el padre o madre real –olvidemos por un momento lo biológico– no está con su hijo? Como puede ser por el divorcio de los padres, fallecimiento de un progenitor, retirada de la patria potestad, etc. Ocurren muchas cosas porque las situaciones son bien distintas, pero en mi experiencia puedo decir que los niños hasta los cinco años aproximadamente están deseando llamar papá o mamá, dependiendo del que falte, al nuevo partenaire que esté con el

padre o la madre, o al abuelo si falta el padre, o a la abuela si es la madre la que no está, e incluso estando.

En el trabajo que desarrollo en el Equipo, algunas veces los abogados, sin mala fé, pero con argucia, cuando pretenden reclamar la custodia para su cliente o modificar el régimen de visitas, escriben y también algunos psicólogos lo avalan en sus informes, que porque llame papá a la nueva pareja de la madre es que el niño no se acuerda del padre real, o no quiere saber de él.

Como dije al principio, si hay algo que busca un niño es que las coordenadas de su existencia estén claras, que haya una figura paterna y materna aunque estos no sean los padres reales. Un niño que haya tenido un mínimo contacto con el padre o con la madre, después de una prolongada separación sin uno u otro, puede situarse perfectamente sobre sus orígenes y sobre su presente, si estos orígenes no se han intentado borrar. Pongo como ejemplo el caso de un niño de 9 años, que en toda su vida tuvo tres contactos con el padre –toxicómano–. Resultaba llamativo que este niño conservara con nitidez recuerdos del padre, que un día fué a verlo a casa de la abuela, que otro día le regaló un cuento... Desde los dos años había convivido con la madre y la pareja de ésta. Pero este hombre nunca intentó ocupar el lugar del padre, aunque sí actuó como un padre. Este niño ahora estaba entusiasmado con

conocer al padre, no había angustia, otra cosa es que se quisiera ir a vivir con él.

¿Por qué en este caso era tan fácil el encuentro? Pues porque había una madre –una buena madre– que aunque casi no le habló de su padre por miedo a las preguntas que provocaría en su hijo, – al ser éste toxicómano, y las respuestas que ella tendría que elaborar–, siempre echó en falta que su hijo no hubiera tenido más relación con su padre y nunca pretendió que su pareja borrara a este padre. Un padre o una madre se puede hacer presente en la vida de un niño de muchas maneras, incluso estando muerto-a. Porque otra cosa muy distinta es hacer inexistente al padre o a la madre. Evidentemente el padre de este niño no puede ahora entrar sin más en la vida de su hijo, queda por ver de qué manera puede hacer de padre. Y ahora a esta madre le toca hacer los deberes que no hizo, es decir aguantar las preguntas del hijo «¿por qué os separásteis?, ¿tú no querías a papá?, ¿papá era malo?...».

Muchos casos parecidos no se reconducen porque entra en juego el *narcisismo* de los adultos que quieren ser un padre o una madre con mayúsculas a costa de la subjetividad del niño, y por una cuestión meramente egoísta y moral. En la que va implícita una exigencia de cariño, autoridad y respeto. Desafortunadamente a algunos niños lo peor que le ha ocurrido en su vida es ser hijo de su padre o



de su madre. Pues bien, dejemos que estas heridas se curen sin abrirlas más imponiendo un padre o una madre forzada.

Pongo otro caso que me parece que grafica bien estos egoísmos y el horror por el que puede pasar un niño. Se trató de una niña de 9 años. La madre mantuvo relaciones sexuales con su cuñado quedando embarazada, ni el marido ni el cuñado sabían que este último era el padre. Hasta que esta mujer se separa –la hija tiene ya 9 años– y se descubre la situación: el *padre*, porque hay que llamarlo así, descubre que no es el padre, y el tío descubre que es el *padre biológico*. Y la niña necesariamente se entera de todo esto. No me detengo en describir sus pesadillas y angustia. Nos encontramos en esta división forzada que tanto usa ahora el lenguaje de la calle, del padre biológico y del padre no biológico. En este caso se trata del padre sin calificativos.

Por mucho que la ley le dió la custodia al padre biológico el padre real era el otro, y así informamos por dos razones simples: porque éste creyó ser siempre su padre y porque esta niña siempre *se supo como su hija*. Aquí tenemos a una madre muy distinta a la anterior, con su silencio podemos decir que ha destrozado la familia de su hija, en el sentido de que todas sus referencias han sido alteradas: el que creía que era su padre pasa a ser su tío político, el tío político pasa a ser su padre, sus primos pasan a ser sus hermanos.

En este caso, el conocimiento de sus orígenes y sobre todo las consecuencias legales que tuvo, ha sido lo peor que le ha pasado a esta niña.

Estos ejemplos sirven para decir que no podemos generalizar, que hay que trabajar caso por caso, profundizarlos, que de entrada no se puede establecer a priori que el padre o la madre, sean biológicos o no, sean de acogida o de adopción, o sean como sean pueden ejercer unidireccionalmente sus derechos sobre un niño. La labor que tiene aquí el técnico, el psicólogo, es humanizar la cuadratura de la ley, o de lo convencionalmente estipulado. En el trabajo que desarrollo en el Equipo, hablamos de que un niño *no tiene derechos*, que *tiene muchas necesidades* que la ley debe cubrir, que no podemos entender al niño como un sujeto activo del derecho como si de un adulto se tratara.

No sé hasta que punto se pueden prevenir las situaciones de riesgo de los menores, si así fuera estaríamos en una sociedad muy justa y organizada. Pero sí podemos prevenir en nuestro trabajo diario, podemos prevenir que la intervención que se haga con el menor desde los distintos servicios no provoque más desarraigo.

Para terminar, vuelvo a lo dicho antes, que vosotros como familias acogedoras podeis dar mucho a un niño, que transitoria o definitivamente, no pueda estar con sus padres. Pero esto que podeis dar tiene que pasar primero porque **él quiera**

**y pueda recibirlo:** que no siempre necesitan de un *padre o madre sustituto*, porque con el que tuvieron *ya les valió*, y que probablemente sea

la lealtad e incondicionalidad a la subjetividad de estos niños el mejor afecto que se le puede ofrecer, del que seguro que han carecido.

# LA ADOPCIÓN INTERÉTNICA E INTERCULTURAL EN ANDALUCÍA: UN RETO PARA LAS FAMILIAS Y PARA EL ENTORNO SOCIAL

**Laura Martín Sánchez**  
*Trabajadora Social*

## RESUMEN

Este artículo plantea los retos que la adopción entre distintas etnias y culturas supone para las familias: padres, madres e hijos que viven esta experiencia vital, teniendo en cuenta que estos últimos crecerán y desarrollarán su identidad étnico-cultural debiendo integrar lo que se viene a denominar «dualidad entre origen y crianza». Partiendo del análisis de la situación actual de la adopción internacional en la Comunidad Autónoma de Andalucía, los resultados – que se presentan están basados en el estudio de fuentes indirectas (documentos) y directas (grupo de discusión de padres y madres), y se centra principalmente en conocer los modelos de relación familiar ante las diferencias de tipo étnico y cultural presentes en este tipo de adopciones. Trata de identificar los Facilitadores (puntos fuertes), y las dificultades (puntos débiles) del proceso adoptivo. Finalmente se exponen una serie de propuestas sobre el modelo de atención e intervención psicosocial dirigido a familias y personas adoptadas considerado más adecuado, terminando con una reflexión personal sobre el fenómeno de la adopción internacional como alternativa de protección a la infancia.

**PALABRAS CLAVES:** *Adopción interétnica e intercultural, identidad étnica, dualidad origen-crianza, diferencias étnico-culturales, modelos de relación familiar.*

## 1. INTRODUCCIÓN

La adopción internacional tiene sus antecedentes al finalizar la Segunda

Guerra Mundial. Se plantea con el fin de dar salida a la situación de miles de niños y niñas que los efectos de esta guerra habían dejado huérfanos y des-

amparados. Estas adopciones tienen lugar entre distintos países Europeos y entre Europa y Estados Unidos.

La adopción entre países, por tanto, se plantea en principio como una respuesta humanitaria a situaciones de crisis y emergencia.

En los años 70 la adopción entre diferentes países reviste ya un carácter verdaderamente internacional. Es a partir de entonces cuando participan en este fenómeno muchos países, estando presentes, además, una serie de características estructurales (económicas, sociales, etc.) tanto de los países de origen (países subdesarrollados y/o en vías de desarrollo), como de los países de recepción (países desarrollados).

En 1989 la Asamblea General de las Naciones Unidas adopta la Convención de los Derechos del Niño, vinculante para los Estados miembros. Dentro de los derechos de protección regula la adopción, junto con otra serie de medidas, como una opción posible para garantizar el Bienestar de la Infancia que carece de protección. Esta medida, al igual que las demás, deberán tener en cuenta la continuidad en la educación del menor de acuerdo con su origen étnico, religioso, cultural y lingüístico. Asimismo contempla el interés superior del menor, y la participación de los diferentes Estados miembros en su aplicación.

El 29 de Mayo de 1993, se firma en la Haya el Convenio sobre Protección del Niño y de la Cooperación en materia de Adopción Internacional, que tiene como principal objetivo el evitar la venta y tráfico de menores y contempla como puntos básicos: el interés superior del menor, la subsidiaridad de la adopción internacional y la comunicación entre los Estados miembros en los procesos de adopción internacional. España ratifica el Convenio de la Haya, mediante Instrumento de 30 de Junio de 1995.

La Ley Orgánica 1/1996 de 15 de Enero de Protección Jurídica del menor y de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de enjuiciamiento civil regula en España la adopción internacional, ya que cuando se promulgó la anterior Ley de adopción (Ley 21/1987), el fenómeno de la adopción internacional en España no estaba extendido, no habiendo suficiente perspectiva como para abordarlo, según se expone en la propia exposición de motivos de la mencionada Ley 1/1996.

## 2. JUSTIFICACIÓN

En España la adopción internacional se hace presente, por tanto, en los comienzos de los años 90, experimentando un importante incremento desde entonces. En los tres últimos años han llegado a nuestro país cerca de 9000 niños procedentes de la adopción internacional.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

En Andalucía el aumento de la adopción internacional ha sido muy fuerte en los diez últimos años. En 1991, fueron tramitados en la Comunidad Autónoma Andaluza 6 expedientes, mientras que en el año 2001, fueron 649 los expedientes tramitados, estabilizándose la demanda en el último año, durante el que se han tramitado 637 expedientes. En los dos últimos años han llegado a Andalucía alrededor de 700 niñas y niños adoptados por familias de esta Comunidad<sup>2</sup>, siendo una de las primeras Comunidades Autónomas españolas en cuanto al número de adopciones de niños y niñas de otros países.

Esta importante subida de la demanda de adopciones internacionales por parte de familias españolas tiene que ver, principalmente, con la escasez de niñas y niños sanos y de corta edad que en nuestro país, se encuentran en disposición de ser adoptados, y que a su vez tiene que ver con los cambios familiares, sociales, económicos, etc. que la sociedad española ha venido experimentando en los últimos años: universalización de los métodos anticonceptivos, que ha llevado al control de la natalidad, regulación del aborto, aumento de programas de apoyo social y económico a las familias, mayor tolerancia social con las madres solteras, etc., así como factores relacionados con la mayor sensibilización y apertura en nues-

tro entorno social ante las diferencias étnicas y culturales.

Uno de los hechos más significativos de la adopción internacional es que los menores adoptados debido a su origen interétnico e intercultural poseen diferencias con su familia y entorno adoptivo, como son, en algunos casos, los rasgos físicos, el color de la piel, y en la gran mayoría diferencias de idioma, de costumbres, de significados culturales, etc.

Además es importante tener presente que cuando las niñas y niños que son adoptados llegan a nuestro país han dejado atrás su familia, sus figuras de cuidado, sus compañeros de orfanato etc., también experimentan la pérdida de su cultura, su país, su lengua natal...

Mediante el presente trabajo se realiza un análisis de los distintos aspectos que conforman el incipiente fenómeno de la adopción internacional en nuestro entorno, con especial relevancia de los procesos de integración familiar y social de los niños y niñas procedentes de otras etnias y culturas que han sido adoptados y adoptadas por familias de nuestro país, teniendo en cuenta la dualidad con la que estos niños se encontrarán a lo largo de sus vidas, y con la que construirán su identidad personal: seguirán compartiendo para siempre sus

<sup>2</sup> Fuente: Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía.

rasgos étnicos con las personas de su país de procedencia, pero al estar insertos en otra cultura, acabarán desarrollando una identidad cultural más similar a la de su familia y entorno.

### 3. PLANTEAMIENTOS PREVIOS: APROXIMACIÓN A UNAS HIPÓTESIS

- Es importante que la familia adoptiva sea capaz de incorporar en su sistema de relaciones familiares las diferencias asociadas a la adopción de un hijo ó hija de otra etnia y cultura, queriéndole y ayudándole a integrar esa parte de sí mismo y, por tanto a desarrollar una identidad fuerte y positiva.

*«Los padres que han adoptado internacionalmente, tienen que ayudar al niño a reconocer que viene de una etnia diferente»... «deberá tener una identidad étnica es algo que no se puede ignorar», dice John Triseliotis<sup>1</sup>, experto en adopción.*

- «Adoptar», «afiliar» a un hijo, es a su vez» transmitirle valores, ideales y modelos culturales y sociales propios de esa familia, desarrollándose un proceso de identificación personal, de identidad cultural y social que le acreditan como perteneciente a dicha familia.

Graciela Lipski, terapeuta familiar y experta en adopción, manifiesta *«ser diferente requiere tomar contacto con ese ser diferente, averiguar en que consiste ese ser diferente, y desde allí ubicarse, armar, sostener esa identidad...»,* y cuando se refiere al reto de las familias a la hora de afrontar las cuestiones del origen de su hijo adoptivo, dice *«es un delicado equilibrio entre el reconocer el origen, informar y a la vez producir una historia nueva y compartida que lo arraiga y lo afilie...»<sup>2</sup>*

Estos planteamientos suscitan algunos interrogantes:

- ¿Cómo debe situarse ó resituarse la familia ante las diferencias que el hijo ó hija incorpora al sistema familiar?

- ¿Qué modelos de relación familiar podrían considerarse más adecuados, y ó funcionales para abordar lo que se viene a denominar «dualidad origen-crianza» en la adopción internacional?

- ¿Es posible criar, educar al hijo transmitiéndole lo valores, las pautas de la familia y de la cultura que lo adopta, y a la vez ayudarle a que desarrolle una identidad étnica y cultural fuerte, positiva..., de acuerdo con su origen?.

Existen muchas respuestas a estos y otros interrogantes que se hacen

<sup>1</sup> Revista Infancia y Adopción, N° 6 1999. Conferencia de John Triseliotis, El adoptado «De la infancia a la adolescencia».

<sup>2</sup> Gilberti, E. y otras (1994). Adoptar hoy. Paidós, Barcelona.

tanto las familias que van a adoptar o las que ya lo han hecho, como los profesionales que intervienen en este proceso. Con este trabajo se intenta dar algunas respuestas útiles a todos los implicados, ayudando de forma especial a las familias a construir de forma positiva esta experiencia vital.

#### 4. OBJETIVOS

1. Conocer los modelos de relación familiar más frecuentes ante las diferencias étnico-culturales presentes en la adopción de niños y niñas procedentes de otros países y culturas.

2. Identificar los elementos Facilitadores, y en su caso, las dificultades más comunes asociadas a las diferencias de tipo étnico y cultural que se presentan en el proceso de integración familiar y social de los niños que han sido adoptados.

3. Aportar propuestas acerca de modelos de intervención psicosocial con las familias (padres e hijos), implicadas en los procesos de adopción internacional.

#### 5. METODOLOGÍA

La recogida de información se ha realizado a través de las siguientes fuentes:

1. Indirectas y/o Documentales:  
Estudio y análisis de:

- Bibliografía tanto del campo de la investigación, como del campo de la intervención clínica.

- Análisis de 650 expedientes de adopción internacional de la Comunidad Autónoma de Andalucía, acerca del perfil de la demanda de adopción (países a los que se dirige, perfil de la familia solicitante, perfil de los menores solicitados...etc.), así como el perfil de los menores (edades, sexo, países de origen.....) recibidos en adopción (Ver cuadros anexos).

- Normativa, documentos técnicos, estadísticas...etc. acerca del tema objeto de estudio.

2. Grupo de discusión con padres y madres adoptivos/as.

En la aplicación de esta técnica se ha tenido en cuenta una serie de criterios que garantizan su validez como método de recogida de información e investigación cualitativa:

##### • Elección de la técnica

La situación objeto de este trabajo es un fenómeno complejo, que conlleva una implicación profunda de las personas que en él participan (padres-hijos adoptivos). Se trata de un proceso interaccional intenso y muy significativo en la vida de dichas personas.

Se ha considerado, por tanto, que desde el punto de vista metodológico, lo más acertado es la utilización de técni-

cas de investigación de tipo cualitativo, por entender que lo más importante es la búsqueda de significados, el análisis en profundidad de los discursos (su estructura, su contenido y su contexto), más que la búsqueda de resultados mediante números ó porcentajes extrapolables ó inferibles al resto de población.

- **Economía:** la entrevista grupal, frente a entrevistas individuales en profundidad con el fin de ahorrar recursos de tiempo y energía, ya que permite entrevistar a varias familias a la vez.

Asimismo, se aprovechan las ventajas que ofrece la fuerza del grupo como tal: mayor riqueza y variedad expresiva, intercambio de puntos de vista, mayor capacidad de análisis de sus vivencias, etc.

- **Variables en la composición del grupo de discusión.**

Los criterios metodológicos que se han tenido en cuenta en la composición del grupo están directamente relacionados con los objetivos del estudio:

- **Diferencias étnicas y culturales:** Presencia de familias con hijos e hijas procedentes de distintas etnias y culturas: Colombia, China y Guatemala.

- **Edad de los menores en el momento de la adopción:** oscila desde recién nacido hasta los siete años.

- **Filiación biológica y adoptiva:** Presencia en el grupo de una familia con tres hijas biológicas, siendo el hijo adoptado el más pequeño.

Además de los criterios enunciados, dado la naturaleza de trabajo, se ha considerado conveniente tener en cuenta como criterios complementarios:

- **Tiempo que el niño ó la niña llevan incorporados a la familia adoptiva:** las familias que han participado en el grupo de discusión llevan conviviendo al menos un año con su hijo ó hija, por entender que no era conveniente la presencia de familias que estén en pleno proceso de incorporación y reorganización familiar.

- **La presencia de ambos miembros de la pareja,** por entender que es más rico y positivo para el análisis de las relaciones del sistema familiar.

## 7. RESULTADOS

1. *Modelos de Relación Familiar* frente a las diferencias de tipo étnico y cultural:

- No existen en las familias un único modelo de situarse y afrontar la presencia de diferencias de tipo étnico y cultural incorporadas por el hijo/a que han adoptado.

- Los tres modelos de relación familiar más frecuentes utilizados por



las familias con hijos de otras etnias y culturas son la **aceptación**, la **negación** y la **insistencia** ante las diferencias.

- Frecuentemente los tres modelos de relación familiar anunciados, confluyen de forma simultanea en una misma familia, si bien predomina uno u otro modelo de acuerdo con el ciclo evolutivo de la familia y de la niña ó niño adoptado.

- No existen modelos absolutamente buenos ó malos, funcionales ó disfuncionales, sino que cada uno de ellos puede ser más ó menos funcional de acuerdo principalmente con los diferentes momentos en la vida del niño y de la familia.

- De acuerdo con el punto anterior, el modelo **negación de las diferencias** suele ser más funcional cuando la niña ó niño que se ha adoptado es muy pequeño, así como en los inicios de la relación paterno-materno-filial ya que en esos momentos es de primordial importancia el desarrollo de un vínculo afectivo fuerte y la presencia de unos modelos de identificación que le sirvan a la persona adoptada a desarrollar un sentido de pertenencia a su familia.

- Una vez pasado la etapa inicial evolutiva y de convivencia, el modelo de relación que mejor funciona es el de **aceptación de las diferencias**, ya que permitirá a la persona adoptada un continuo espacio

de comunicación en la familia en el que pueda reconocer, expresar, sentir, preguntar ...acerca de sus orígenes, etnia, cultura.

- El modelo con más riesgos de disfuncionalidad es el de **insistencia en las diferencias** por dificultar el proceso de identificación y sentido de pertenencia a la familia. No obstante parece ser que también puede aportar cierta utilidad al adolescente, que al abordar la crisis relacionada con su identidad (¿Quién soy? ¿quiénes son los míos?, etc.), contaría con una gran presencia de elementos sobre sus orígenes étnicos y culturales, ayudándole a desarrollar una fuerte identidad étnico-cultural. Para ello es necesario que las diferencias se utilicen en sentido positivo, pues si es al contrario a lo único que lleva es al desarrollo en la persona adoptada de una identidad confusa, negativa ó problemática.

2. *Elementos Facilitadores* (puntos Fuertes) en el proceso de integración familiar y social de los niños procedentes de otras etnias y culturas.

- Que la adopción se lleve a cabo por familias con actitudes de aceptación, respeto y tolerancia ante las diferencias en general y de las étnicas y culturales en particular.

- Que exista una adecuación entre las expectativas de las familias y la realidad de los hijos ó hijas recibidos en adopción.

- Que la familia proporcione al hijo ó la hija apoyo, reconocimiento y aceptación, así como estrategias y habilidades, que le lleve a integrar positivamente las pérdidas y diferencias étnico-culturales asociadas a la adopción internacional e intercultural.

- La presencia de una fuerte red de apoyo familiar y social, como espacio importante donde la niña ó el niño va a desarrollar su identidad integrando la dualidad entre el origen y la crianza.

- El avance hacia una sociedad multicultural y multi-étnica, que permita a la persona, cualquiera que se su origen, una plena participación e integración en la misma.

### 3. Elementos Dificultores (puntos débiles) :

- Que el proyecto de adopción esté solamente ligado a ideales altruistas, religiosos y de reconocimiento social en lugar de a un proyecto de paternidad y maternidad.

- La incorporación de hijos e hijas en familias que por su propio funcionamiento y sistema de relaciones dificultan el desarrollo de una identidad positiva y no ofrecen unos modelos de identificación y pertenencia paterno-materno filial.

- Creencias y mitos familiares que otorgue especial relevancia a factores genéticos ó biologicistas en relación

con las diferencias étnicas y culturales.

- La incorporación del niño ó la niña a la familia a edades tardías, por existir una mayor historia de vinculación y pérdida.

- El rechazo y no aceptación del proyecto adoptivo en general, y de las diferencias étnicas en particular, por parte del entorno familiar (familia extensa), ó social próximo (amigos, colegio, etc.).

- La existencia de estereotipos sociales y culturales, así como actitudes de rechazo y discriminación ante las diferencias étnicas y culturales en distintos ámbitos y contextos sociales.

### 4. Propuestas sobre modelos de intervención psicosocial.

Cuando hablamos de modelos de intervención psicosocial dirigidos a la atención, apoyo ó intervención con las familias adoptivas, es necesario conjugar dos dimensiones importantes:

- Tener en cuenta la necesidad de una atención específica y especializada, en base a reconocer las diferencias asociadas al proceso adoptivo en general y a la adopción interétnica e intercultural en particular.

- No potenciar espacios de intervención que conlleve a la insistencia en las diferencias, evitando situar en las características diferenciales de la

adopción, otras dificultades y/o disfunciones del funcionamiento familiar y/o de alguno de sus miembros.

En base a lo anterior, se proponen los siguientes modelos de intervención:

#### *4.1. Apoyo específico basado en el reconocimiento de las diferencias:*

- *Preparación/Formación Pre-adopción*, mediante el cual las familias puedan realizar una amplia autoreflexión y autovaloración sobre su proyecto adoptivo.

Este modelo debe proporcionar las estrategias e instrumentos necesarios para que las familias lleguen a un profundo análisis tanto de la motivación y expectativas ante la adopción, como de sus modelos de relación familiar, sistema de creencias, valores, mitos y actitudes ante las diferencias en general, y de las étnicas y culturales en particular.

- *Orientación y Apoyo post-adoptivo*, que ofrezca a las familias y a las personas adoptadas:

- Espacios individuales y personalizados de atención en los que tanto padres como hijos e hijas puedan recibir asesoramiento, orientación y ayuda en cuestiones relacionadas con el hecho de la adopción.

- Espacios comunes que permita el apoyo mutuo, el intercambio y el aprendizaje en el ejercicio de tareas y

retos que como familias adoptivas multiétnicas y multiculturales tienen que afrontar.

- La existencia de espacios culturales que proporcionen a las personas con una misma etnicidad, además de referentes con los que identificarse, un acercamiento y aprendizaje a su cultura de origen.

#### *4.2. Modelo de intervención basado en la no insistencia en las diferencias.*

Cuando la familia, en este caso adoptiva, presenta dificultades que requieren de un tratamiento terapéutico y/o clínico es muy necesario diferenciar los espacios de intervención desde los que se atiende a estas familias.

Muchas de las familias con hijos adoptados que acuden a pedir ayuda, las crisis que presentan tienen que ver muchas veces con problemas y/o dificultades propias del sistema familiar: etapa del ciclo vital (hijos adolescentes, por ejemplo), disfunciones ó problemas en la relación conyugal, etc., mas que patologías originadas por el hecho en sí de la adopción.

Ocurre con frecuencia que estas familias se sitúan en el modelo de insistencia en las diferencias, achacando al hecho diferencial que la adopción incorpora a la familia la causa de las disfunciones familiares existentes.

Precisamente por ello, es necesario que desde los modelos de intervención psicosocial, se les atienda en programas y espacios no específicos de adopción, a fin de no continuar y/ó perpetuar a través de la intervención el mismo modelo disfuncional que la familia está utilizando.

## 7. A MODO DE REFLEXIÓN

El debate y la crítica que a nivel macrosocial suscita el fenómeno de la adopción internacional, puede ser, obviamente muy interesante, dado la presencia en el mismo de factores ó variables muy controvertidas: desequilibrios sociales, económicos entre distintos países ó zonas geográficas del mundo, injusticia y desigualdades entre poblaciones, zonas superpobladas, en las que se ponen en marcha políticas demográficas, en definitiva, sociedades y sistemas sociales y político en los que por diferentes razones existen discriminaciones en determinados sectores de población por razón de edad, de género, de clase social, etc.

En el presente trabajo no se ha entrado en realizar un análisis profundo de lo descrito anteriormente y que lleva a la existencia de la adopción internacional, por no ser objeto del mismo, sin embargo, es necesario dejar claro que la adopción internacional, en ningún momento puede configurarse como una respuesta a la situación de pobreza y marginación en

la que se encuentra la Infancia en el llamado «tercer mundo», países subdesarrollados, en vías de desarrollo ó sujetos a cualquiera de las situaciones anteriormente descritas. Deben de existir otras respuestas de tipo más global, como por ejemplo, el impulso de programas de desarrollo y cooperación internacional, entre otras.

La adopción internacional sólo puede dar respuestas puntuales a situaciones también puntuales de niños y niñas que carecen de la posibilidad de crecer y desarrollarse en el medio considerado universalmente más idóneo: UNA FAMILIA.

Centrándonos en el ámbito microsocia, y de acuerdo con los resultados extraídos en este trabajo, tanto a través del estudio y análisis de fuentes indirectas como de fuentes directas ó cercanas al fenómeno, se puede afirmar que:

1. En la actualidad la adopción internacional, mediante la que un niño ó niña se incorpora a una familia y entorno social diferente étnica y culturalmente, se está configurando en nuestra sociedad como una respuesta válida a situaciones de desprotección infantil existentes en otros lugares del mundo.

2. La presencia de diferencias de tipo étnico y cultural entre padres e hijos no constituye riesgo alguno para el pleno desarrollo e integración afectiva, social y cultural de la persona adoptada, pues el crecimiento y

desarrollo de un niño ó niña en el seno de una familia se produce básicamente a través del apego y la vinculación afectiva.

Por tanto, mientras una familia sea capaz de proporcionar a sus miembros modelos sanos y funciona-

les de relación afectiva y de vinculación, la presencia de diferencias en el color de la piel, los rasgos físicos, el origen cultural no va a impedir, ni tampoco a dificultar de forma significativa la plena integración entre padres e hijos y de estos en la sociedad de la que forman parte.

#### Evolución de la demanda de adopción internacional en Andalucía

AÑO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
EXPEDIENTES	57	164	214	242	334	650	649	628
<b>TOTAL</b>								<b>2.938</b>

Fuente: Consejería de Asuntos Sociales, Junta de Andalucía

CUADRO N° 1

#### Perfil de la demanda de adopción internacional en Andalucía

##### Perfil de las familias solicitantes

#### TIPOLOGÍA FAMILIAR

Año 2002

TIPOLOGÍA FAMILIAR	PAREJA DE DERECHO	PAREJA DE HECHO	MONOPARENTALES	TOTAL FAMILIAS
N° DE FAMILIAS	<b>534</b>	<b>9</b>	<b>93</b>	<b>636</b>

Fuente: Consejería de Asuntos Sociales, Junta de Andalucía

CUADRO N° 2

#### NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Año 2002

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	SIN ESTUDIOS	ESTUDIOS PRIMARIOS	GRADUADO ESCOLAR	BACHILLER SUPERIOR	DIPLOMADOS	LICENCIADOS	TOTAL FAMILIAS
N° DE FAMILIAS	<b>5</b>	<b>38</b>	<b>80</b>	<b>120</b>	<b>92</b>	<b>207</b>	<b>542</b>

Fuente: Consejería de Asuntos Sociales, Junta de Andalucía

CUADRO N° 3

#### Perfil de los niños y niñas solicitados por las familias andaluzas

#### EDAD

Año 2002

ETAPAS EVOLUTIVAS	PRIMERA INFANCIA 0-3 años	ETAPA PREESCOLAR 4-5 años	ETAPA ESCOLAR 6-12 años	PRE-ADOLESCENCIA	TOTAL
NÚMEROS MENORES	<b>485</b>	<b>140</b>	<b>101</b>	<b>3</b>	<b>729</b>

Fuente: Consejería de Asuntos Sociales, Junta de Andalucía

CUADRO N° 4

**NÚMERO DE MENORES SOLICITADOS POR FAMILIA**

1 Menor	557
2 Menores	30
3 Menores	4
Más de 3 Menores	0

Fuente: Consejería de Asuntos Sociales,  
Junta de Andalucía

**CUADRO N° 5**

**CONTINENTES/PAÍSES DONDE SE DIRIGE LA DEMANDA DE ADOPCIÓN**

CONTINENTE	PAÍS	NÚMERO DE EXPEDIENTES		
		Año 2001	Año 2002	TOTAL
EUROPA	BULGARIA	36	79	115
	RUMANIA	56	0	56
	RUSIA	119	274	393
	UCRANIA	48	45	93
<b>TOTAL</b>		<b>259</b>	<b>398</b>	<b>657</b>
ASIA	CHINA	223	81	304
	INDIA	8	2	10
<b>TOTAL</b>		<b>231</b>	<b>83</b>	<b>314</b>
AMERICA LATINA	BOLIVIA	1	8	9
	BRASIL	2	2	4
	CHILE	7	2	9
	COLOMBIA	31	40	71
	COSTA RICA	6	3	9
	EL SALVADOR	8	30	38
	GUATEMALA	3	0	3
	HONDURAS	21	31	52
	MÉXICO	7	7	14
	PERÚ	34	2	36
R. DOMINICANA	14	8	22	
VENEZUELA	4	0	4	
<b>TOTAL</b>		<b>138</b>	<b>133</b>	<b>271</b>
ÁFRICA	MADAGASCAR	4	0	4
	NEPAL	0	4	4
	MALÍ	3	4	7
	MARRUECOS	5	0	5
	SENEGAL	0	1	1
<b>TOTAL</b>		<b>12</b>	<b>9</b>	<b>21</b>
OTROS		7	6	13

Fuente: Consejería de Asuntos Sociales, Junta de Andalucía

**CUADRO N° 6**

## Perfil de los niños y niñas de origen internacional asignados para la adopción por familias andaluzas

## EDAD Y SEXO

Año 2002

ETAPAS EVOLUTIVAS	PRIMERA INFANCIA 0-3 años		ETAPA PREESCOLAR 4-5 años		ETAPA ESCOLAR 6-12 años		PRE-ADOLESCENCIA 11-17 años		TOTAL	
	Nº DE MENORES	291	75		57		10		433	
SEXO	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Nº DE MENORES	84	207	41	34	28	29	2	8	155	278

Fuente: Consejería de Asuntos Sociales, Junta de Andalucía

CUADRO Nº 7

## CONTINENTES/PAISES ORIGEN DE LOS NIÑOS ADOPTADOS

CONTINENTE	PAÍS	NÚMERO DE MENORES		
		Año 2001	Año 2002	TOTAL
EUROPA	RUSIA	45	131	176
	RUMANÍA	9	10	19
	BULGARIA	11	16	27
	HUNGRÍA	0	1	1
	UCRANIA	0	9	9
	<b>TOTAL</b>		<b>65</b>	<b>167</b>
ASIA	CHINA	108	144	252
	INDIA	8	3	11
<b>TOTAL</b>		<b>116</b>	<b>147</b>	<b>263</b>
AMERICA LATINA	COLOMBIA	22	6	28
	PERÚ	16	5	21
	MÉXICO	25	9	34
	BOLIVIA	0	8	8
	COSTA RICA	3	0	3
	HONDURAS	1	2	3
	CHILE	2	5	7
	ECUADOR	2	0	2
	EL SALVADOR	0	3	3
	R. DOMINICANA	2	0	2
	PANAMÁ	0	1	1
GUATEMALA	0	1	1	
<b>TOTAL</b>		<b>73</b>	<b>40</b>	<b>113</b>
ÁFRICA	MALI	1	0	1
	MADAGASCAR	0	1	1
	SENEGAL	0	1	1
<b>TOTAL</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
OTROS		4	3	7
<b>TOTAL</b>		<b>4</b>	<b>3</b>	<b>7</b>
<b>TOTAL</b>		<b>259</b>	<b>389</b>	<b>648</b>

Fuente: Consejería de Asuntos Sociales, Junta de Andalucía

CUADRO Nº 8

## BIBLIOGRAFÍA

AMORÓS, C., BOTBOL, M.: Construcción de la Identidad. *Infancia y Adopción*, 5, 1999. 21, 22, 23, 24, 25, 26.

BARBARA TIZARD AND ANN PHOENIX (1998): Not such mixed-up Kids. En Hill, M. and Shaw, M. (eds), *Signpost in Adoption. Policy, practice and research issues*. London: BAAF.

BOWBY, J. (1976): *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós.

BOWBY, J. (1986): *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.

BOWBY, J. (1990): *La pérdida afectiva*. Buenos Aires: Paidós.

BOWBY, J. (1993): *La separación afectiva*. Barcelona. Paidós.

BRODZINSKY, D.M., SCHECHTER, D.F. Y HENING, R.M. (1992): *Being adopted*. New York: Doubleday.

BRODZINSKY, D. & BRODZINSKY, A.B. (1998): *Children's adjustment to adoption*. London: Sage.

BRODZINSKY, D. AND M.D. SCHECHTER (1990): *The Psychology of adoption*: neu York. Oxford University: Press.

CIRILLO, S., DI BLASIO, P. (1999): *Niños Maltratados*. Paidós, Barcelona.

CIRILLO, S., (1993): *Familias en crisis y acogimiento familiar. Guía para Trabajadores Sociales*. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid.

FUERTE, J. Y AMORÓS, P. (2001): Teoría y práctica de la adopción. En J.de Paúl y I. Arnuabarrena (Eds), *Manual de Protección Infantil* (2ª ed.). Barcelona: Mason.

FERNÁNDEZ, MY FUENTES, M.J. (2001): Variables infantiles de riesgo en el proceso de adaptación de niños/as de adopciones especiales. *Infancia y Aprendizaje*, 24.

Grupo de investigación de la Universidad de Málaga, (1999): *Variables que influyen en el éxito ó fracaso de una adopción especial*. *Infancia y Adopción*, 6.

GIBERTI, E., BLUMBERG, S., DE RENZI, C., GELMAN, B Y LIPSKI, G. (1994), *Adoptar hoy*. Argentina: Paidós.

GIBERTI, E. Y CHAVANNEAU DE GORE, S. (1992), *Adopción y Silencios*. Buenos Aires. Sudamérica.

GRINBERG, I., Y GRINBERG, R. (1999) La identidad en el adolescente. *Infancia y Adopción*, 5, 27, 28, 29, 30, 31.

IGLESIAS DE USEL, J. (1998): *La Familia española en el contexto*



européo, en *Familia y Desarrollo Humano*, María José Rodríguez y Jesús Palacios (Coord). Alianza.

KRUEGER, RICHARD A. (1991): *El grupo de discusión: guía práctica para la investigación aplicada*, Madrid: Pirámide, D.L.

*La adopción Internacional*, en *Infancia y Sociedad*, nº12. 1.991, 5-123. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

LÉVI STRAUSS, C. (1996): *Raza y Cultura*, Madrid: Cátedra, D.L.

Melina, L. (2001). *Cómo educar el niño adoptado*. Barcelona: Medici.

PALACIOS, J., SÁNCHEZ SANDOVAL, Y. Y SÁNCHEZ ESPINOSA, E.M. (1996): *La adopción en Andalucía*. Sevilla: Dirección General de

Atención al Niño. Consejería de Asuntos Sociales. Junta de Andalucía.

PÉREZ-DÍAZ, V., ALVAREZ-MIRANDA, GONZÁLEZ-ENRÍQUEZ, C. (2001): *España ante la inmigración*. Núm.8 Colección Estudios sociales. Fundación "La Caixa" .

RUIZ OLABNENAGA, J.J. (1999): *Metodología de la Investigación cualitativa*: Universidad de Deusto.

SELMAN, P. (2000): *Intercountry Adoption*, Londres : BAAF.

TRISELJOTIS, J. El adoptado: de la infancia a la adolescencia. *Infancia y Adopción*, 4 . 1999, 3, 4, 5, 6.

UBIETO, J.R. (1999): Orígenes e Identidad. *Infancia y Adopción*, 5, 1999, 18, 19, 20.

# REFLEXIONES SOBRE INCORPORACIÓN SOCIAL EN DROGODEPENDENCIAS

**Juana Clemente García**

*Servicio Provincial de Drogodependencias y Adicciones  
Trabajadora Social*

**Ana J. Calleja Gómez**

*Servicio Provincial de Drogodependencias y Adicciones  
Trabajadora Social*

## 1. INTRODUCCIÓN

Este documento es el resultado de una revisión basada tanto en la teoría como en la práctica profesional y del trabajo compartido con otros muchos compañeros/as que en Andalucía trabajan en la Incorporación Social.

La incorporación social en drogodependencias ha cambiado mucho en los últimos años en Andalucía, pasando desde la inexistencia de un cuerpo teórico hasta la carencia de una definición concreta, dificultades ambas que se han visto reflejadas en la práctica de la incorporación social.

Cabría aquí hacer un reflexión sobre cómo las ideas y prácticas de la Incorporación Social han ido cambiando desde el modelo terapéutico basado en la heroína (década de los 80), donde la

reinserción social se situaba como la fase final del tratamiento.

A partir de los años 90, la realidad nos muestra la aparición de un número importante de recursos y programas asociados a la evolución del concepto de incorporación social, cuyo objetivo es facilitar ésta, aunque trabajan sin un marco teórico de referencia y con intervenciones no siempre aceptadas y coordinadas con el proceso terapéutico global.

En la actualidad ya se ha superado el discurso teórico conceptual del que hablamos cuando nos referimos a la incorporación social del drogodependiente, contemplándose como proceso, dejando a un lado el debate entorno a terminología utilizada hasta el momento (reinserción, inserción, normalización, socialización, resocialización, integración...).

## 2. EL CONCEPTO DE INCORPORACIÓN SOCIAL.

M. Bautista y B. Molina, en las II Jornadas de Intervención Socio-educativa, delimitan el concepto de Incorporación Social, entendiéndolo como un **proceso dinámico**, que implica **itinerarios personales** que tendrán que adecuarse y evolucionar en paralelo a las demandas y redefinirlo en tanto el uso de drogas, como en la percepción social del problema.

Ambas autoras definen la incorporación social como: «Cualquier intervención planificada que favorezca que el sujeto se enfrente a las situaciones propias de la vida normalizada, poniendo en práctica los aprendizajes adquiridos en todos los entrenamientos, desde sus propios parámetros personales, culturales, sociales y con las decisiones que personalmente asuma».

Para delimitar el concepto, habría que tener en cuenta los elementos que definen un estado de incorporación, que se pueden resumir y concretar en los siguientes (Funes 1996):

– Un balance de experiencias y prácticas vitales diarios mínimamente satisfactorio, que conduzca a la persona a un nivel razonable de aprecio y confianza en sí mismo,

– Una cierta cantidad de relaciones sociales que le hagan llegar a sentirse parte de la comunidad,

– Un conocimiento y aceptación de normas y culturas básicas de la comunidad en la que se incorpora.

Trasladado a lo concreto se habla de:

– Tener unas condiciones de vida mínimas de vivienda (lugar donde alojarse, vestido, alimentos), salud (higiene, carencia de enfermedades), educación (un proceso de socialización adecuado que le permita conocer las normas y valores propios de la comunidad, favoreciendo el sentimiento de pertenencia),

– Tener unos recursos económicos que posibiliten ser ciudadano consumidor.

– Hacer algo que sea reconocido socialmente, (no siempre se trata de trabajo).

– Participar en espacios culturales, de ocio, relaciones...

– Tener un lugar en el mundo, «pintar» algo.

## 3. NIVELES DE INCORPORACIÓN SOCIAL.

La primera condición a la hora de hablar de los niveles de incorporación social es aceptar que hay drogodependientes que no van a dejar el consumo y que habrá que trabajar objetivos de mejora de la calidad de vida (reducción de dosis, cambio en la vía de administración), y otros que se incorpo-

rarán desde el consumo, facilitando situaciones sociales y personales más satisfactorias.

Delimitar los niveles de incorporación y los ritmos terapéuticos será posible una vez realizado un diagnóstico social. De esta forma, distinguimos los siguientes niveles de incorporación social:

- A mínimos o excluidos sin estrategias
- Incorporación precaria o integrados precarizados en contextos adversos
- Incorporación socialmente aceptada y/o no problemática.
- Incorporación global o integrados plenamente.

#### 4. EL DIAGNÓSTICO SOCIAL

El diagnóstico supone el reconocimiento realizado sobre el terreno previo a cualquier actuación planificada. Permite descubrir los síntomas de una situación problemática y los posibles caminos para su posterior intervención.

El objetivo del diagnóstico es proporcionar oportunidades a los usuarios para desarrollar actividades relacionadas con los problemas de la vida real con propósitos educativos. Se caracteriza por considerar como requisito que **los usuarios son entes activos,**

la actuación va encaminada a resolver situaciones problemáticas más o menos reales y que los aprendizajes se realizan en su ambiente natural.

A lo largo de todos estos años hemos ido sistematizando diferentes instrumentos que desde el trabajo social hemos utilizado para realizar diagnósticos sociales (véase propuesta diagnóstica: Proyecto individualizado, revista Redes nº 6) tales como el **mapa de relación social, el estudio social, cuestionario de apoyo social percibido**, donde se detectarían los problemas sentidos tanto por el usuario y como por el profesional, con el objetivo de desarrollar destrezas y habilidades.

Actualmente podemos hablar de un **Codiagnóstico**; ya no se trata de analizar para adjudicar una etiqueta, sino de un **proceso de análisis de la realidad**, de la persona, de su entorno y de los recursos disponibles en su entorno haciéndolo de forma conjunta con la persona a la que atendemos.

Debemos conocer no sólo las dificultades, los aspectos negativos, sino aquellos positivos y los balances vitales que acompañarán todo el proceso de incorporación social.

#### 5. PERFILES DE USUARIOS DE CARA A LA INCORPORACIÓN SOCIAL

En la práctica profesional que se lleva a cabo en los centros de aten-

ción se detectan diferentes perfiles de drogodependientes susceptibles de incorporación social (M. Bautista y B. Molina, 1998). A esta propuesta le hemos unido otros que consideramos necesarios, tales como:

• **El consumidor de heroína**, se podría clasificar en dos perfiles diferentes:

– Los que aún no han conseguido dejar el consumo y se encuentran incluidos a Programas de Mantenimiento con Metadona, tienen una edad avanzada, presentan un deterioro físico, psicológico y social importante y tienen unas necesidades totalmente diferentes a sus inicios, aún no han llegado a incorporarse y posiblemente no lo consigan. Son el colectivo que más rechazo social provoca.

– Heroínómanos incluidos a Programa de Mantenimiento con Metadona, que consiguen minimizar sus riesgos, reduciendo consumo o eliminándolo y se encuentran en una situación de «compromiso pasivo», caracterizada por la aceptación de la imposibilidad de acceder a situaciones sociales más normalizadas y encontrándose en «situación de retirada», donde no se manifiestan conductas desadaptadas, pero el individuo se aísla, se retira de la sociedad, sin crear conflicto, porque no encuentran un «sitio».

• **El consumidor de heroína y cocaína**, que utiliza una vía de admi-

nistración menos marginal (inhalada, fumada), encontramos en esta población consumidora dos perfiles, aquellos que podrían englobarse en los dos anteriores por sus déficit de socialización y deterioro físico/mental, y aquellos más normalizados, con un nivel cultural medio, con menos conflictividad social, pero más trastornos psicopatológicos, con cierta experiencia laboral, trabajan o han trabajado, sus dificultades son las derivadas del aislamiento en el que se encuentran inmersos para mantener el consumo en secreto, alejamiento progresivo de su entorno habitual, con la consecuente carencia de relaciones sociales satisfactorias y la pérdida de ilusión.

• **Los consumidores de alcohol**. Existe un importante grupo de consumidores de alcohol que presentan dificultades familiares en la relación de pareja e hijos, donde los déficit de socialización primaria actuará sobre sus progenitores dando lugar a futuros usuarios de los Servicios de Salud y Sociales, no poniéndose en práctica programas de intervención familiar. Aun estando integrados en el mundo laboral, tienen graves problemas en este ámbito, como absentismo, pero que no son un motivo importante de preocupación para la sociedad. El alcohólico marginal, transeúnte y mendigo es quien continúa generando rechazo.

Aparecen los consumidores abusivos de alcohol de fines de semana entre jóvenes, generando otra cul-

tura diferente de drogarse unido a veces al consumo de cannabis u otras sustancias. Estos hacen un consumo de paréntesis y el resto de la semana sus vidas transcurren dentro de las obligaciones cotidianas. La dificultad estriba en su concepción descontrolada del ocio y diversión, así como el respeto hacia su comunidad y algunas de sus normas, creando un conflicto social diferente.

• **El consumidor de cocaína.** Se puede diferenciar dos tipologías:

Usuarios de nuestros programas de mantenimiento con metadona y otros programas, que habitualmente también hacen uso de la cocaína.

Personas con un sistema de vida aceptado socialmente y que comienzan haciendo uso de la cocaína como forma de diversión y termina con graves problemas de dependencia y no aceptación por su grupo de consumo por que aparece la dependencia y aparecen problemas económicos, descuido laboral y alejamiento de las relaciones sociales (este grupo estaría más ligado al alcohólico, no mendigo). La incorporación social estará más relacionada con su «desincorporación», ya que abandonando el consumo deberá alejarse de estos contextos de «normalidad».

• **Los consumidores de drogas de síntesis** (mal llamadas drogas de diseño). Se trata de consumidores de fines de semana, en ambientes muy

concretos y sus consecuencias tienen que ver más con el rendimiento en los estudios y con la aparición de trastornos psicopatológicos, que con dificultades que generan conductas desadaptativas y rechazo social, proceden en su mayoría de clases sociales normalizadas. Su forma de ver la vida, «la diversión» es el centro de su existencia, por tanto todo gira en torno a lo lúdico, existen grandes dificultades para la incorporación social con este grupo ya que la aceptación de compromisos que exijan esfuerzo y cuya recompensa no sea inmediata, es tarea difícil.

Hay que señalar que estos grupos también varían en base a las características sociales, económicas, culturales... de las zonas donde residen.

## 6. LAS INTERVENCIONES EN INCORPORACIÓN SOCIAL.

Para hacer posible la incorporación social es necesario poner en marcha e instrumentar una serie de medidas destinadas a paliar las circunstancias del par sujeto-entorno social, utilizando en unos casos recursos específicos de incorporación social y en otros casos solicitando la implicación de los recursos generales. Por otra parte, debemos de garantizar medidas complementarias que aseguren la utilización de los recursos normalizados (educación, salud, cultura, ocio...).

Las intervenciones en incorporación social deben solicitar la implica-

ción de los recursos generales, es decir, del sistema comunitario, para que sea eficaz dicha incorporación, además de nuestra propia competencia profesional, capacidad, gestión y planificación.

Estas intervenciones estarán condicionadas por la constancia en el tratamiento y por un **proyecto personalizado** que se establece en función de las necesidades sentidas por el usuario, independientemente de la abstinencia, de su voluntad y sus posibilidades.

**El acompañamiento** es la forma de trabajar con personas autónomas o que deben conseguir serlo, inmersas en procesos vitales de cambio, que necesitan estímulo y que en situaciones de bloqueo y degradación necesitan la reducción de padecimientos.

El que acompaña en la incorporación social lo hará a través de espacios periódicos y frecuentes, es el mediador-fuldor de los recursos normalizados.

Las principales dificultades que se presentan a la hora de incorporar socialmente vienen dadas por el desconocimiento de las normas por parte del que va a incorporarse, el nivel de aceptación de dichas normas, los prejuicios y rechazos por parte del grupo así como los propios prejuicios del drogodependiente. Sin olvidar el sentimiento de inferioridad que puede vivir el drogodependiente en relación al descubrimiento de su «nuevo entor-

no» y de las personas que lo componen, provocando frustración y favoreciendo una involución en su proceso de incorporación social.

## 7. RECURSOS DEL II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

El Comisionado para la Droga ha puesto en marcha desde sus inicios programas que incidieran en los diferentes aspectos de la incorporación social, en lo prelaboral, empleo, ocupacionales, de relación interpersonal, socioeducativos y de apoyo residencial. De todos ellos siguen funcionando y destacamos lo siguientes:

- Programas de formación prelaboral: Red de Artesanos, cuyo objetivo es la capacitación profesional para jóvenes, mediante una beca y con la colaboración en talleres y empresas privadas (1986).

- Formación profesional-ocupacional, de la Consejería de Empleo y Desarrollo Tecnológico, convenio con la FADA para favorecer una formación específica en aquellas profesiones con mayor demanda de empleo (1999).

- Programas de Empleo: Arquímedes, cuyo objetivo es el fomento a la contratación mediante subvenciones a los empresarios que contraten a usuarios de los centros de tratamiento y están en proceso de incorporación (2000).

- Programas educativos: Centros de día, son espacios terapéuticos que permiten el aprendizaje de los procesos de incorporación social, siendo complementarios a los programas asistenciales mediante intervenciones de tipo socio-educativo como modelo de intervención. Están conectados al medio en horario amplio y con intervenciones individualizadas. En nuestra provincia existen cinco Centros de Día entre públicos y concertados, donde se realiza un trabajo coordinado con sus CT ambulatorio de Huelva.

- Programas de apoyo residencial: viviendas de apoyo a la reinserción, cuyo objetivo es facilitar un marco de convivencia a aquellos usuarios que carecen de un entorno familiar adecuado, posibilitando el desarrollo de habilidades que le permitan su autonomía posterior (en Huelva existen dos viviendas concertadas con el Comisionado donde acceden usuarios de la red andaluza).

## 8. REFLEXIONES

La Incorporación social parte de la individualización del proceso terapéutico, ofertando programas acordes a las necesidades de los individuos, en recursos específicos en un primer momento y solicitando la implicación de recursos generales posteriormente.

Revisar los recursos que actualmente tiene el Plan Andaluz de dro-

gas en materia de incorporación social, para definir nuevas líneas de actuación o continuar con aquellas que se valoren como válidas en relación a los objetivos generales definidos en el II Plan Andaluz de Drogas.

Estamos en un momento de cambio donde programas como los Centros de Día, Red de Artesanos se están modificando para adaptarlos a las demandas y a los perfiles de nuestros usuarios y se definen más claramente los objetivos, los medios y recursos y donde utilizaremos procesos, técnicas e indicadores que nos permitan evaluar, contando para ello con el uso de las nuevas tecnologías.

Actualmente, en el ámbito provincial, nos encontramos en un momento de redefinición de los instrumentos que configurarían los diagnósticos sociales, seguimiento individual y la historia social, planificando conjuntamente los objetivos terapéuticos con los usuarios.

Hay que tener en cuenta que para hacer intervenciones de cara a la incorporación social sería necesario incluir en la Ficha de Información Básica de Admisión a Tratamiento los datos de incorporación social, y fuera un documento vivo.

Sería necesario también que los indicadores de evaluación estuvieran sistematizados, revirtiendo los resultados en cada una de las provincias para después evaluar y programar.



En cuanto a los diagnósticos sociales, a nivel andaluz se están creando instrumentos protocolizados para la realización de los mismos, de los seguimientos individuales y del historial personal, que nos permiten evaluar, planificar y establecer diferentes perfiles.

Destacar también la necesaria e imprescindible coordinación inter-

institucional para conseguir una incorporación completa del usuario en el entorno donde se desenvuelve.

No debemos olvidar que la incorporación laboral es solo una parte de la incorporación social, y que funciona cuando se realiza un trabajo paralelo de incorporación en otros niveles (ocio, tiempo libre...).

## BIBLIOGRAFÍA

BAUTISTA, M. Y MOLINA, B. (1998): *II Jornadas Andaluzas sobre Intervención Socioeducativa en Drogodependencias*.

FUNES, J. (1996): *La incorporación social de las personas con problemas de drogas. Una revisión conceptual y metodológica pensando en la Atención Primaria*. Vitoria: Colección Debate.

CLEMENTE, J. (2000): *Programa de Tratamiento con Metadona. Manual Clínico. Abordaje Social*. Junta de Andalucía.

CLEMENTE, J., RUÍZ, P. Y GIL, M<sup>a</sup> ANGELES (1999): *Revista Redes n<sup>o</sup> 6. Propuesta Diagnóstica: Proyecto Individualizado desde la intervención socioeducativa en un centro de tratamiento ambulatorio*. Diputación Provincial de Huelva.

# ACTITUDES, MOTIVACIONES, PERCEPCIÓN DEL RIESGO Y DISPONIBILIDAD PERCIBIDA RESPECTO AL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS EN JÓVENES

**Herminia Lobato Soriano, Concepción Mercader Larios y Ana María Carrasco González**

*Departamento de Psicología. Universidad, Universidad de Huelva.*

## 1. RESUMEN

El presente trabajo ha pretendido analizar la prevalencia del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en jóvenes que frecuentan las zonas de la movida de Huelva capital, así como sus motivaciones hacia el consumo, sus problemas relacionados con el mismo, y sus opiniones, actitudes, percepción de riesgo y disponibilidad percibida hacia estas sustancias. El estudio se realizó en la ciudad de Huelva, en horario nocturno, durante los meses de abril y mayo de 2001 en las zonas de diversión más frecuentadas por los jóvenes (zona de botellones, bares, pubs, discotecas, etc). La recogida de información se llevó a cabo a través de un cuestionario, que fue cumplimentado de manera anónima por los jóvenes que aceptaron participar en el estudio. Los principales

resultados obtenidos muestran que el 56,4% de los jóvenes afirman haber consumido drogas ilegales, tales como la cocaína, heroína o drogas de diseño, la búsqueda del placer es la principal motivación de consumo, el riesgo percibido aparece más asociado a la frecuencia de consumo que al tipo de droga y es elevada la percepción de disponibilidad o accesibilidad a tales sustancias.

## 2. INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas, tanto legales como ilegales, es uno de los principales problemas de salud pública en los países desarrollados. El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas producen más muertes, enfermedades y discapacidades, que cualquier otra causa susceptible de ser prevenida

(Becoña, 1999). El coste económico que supone esta epidemia para las administraciones públicas es enorme, pero más importante aún es la mortalidad que conlleva. En nuestro país, la situación es especialmente alarmante si tenemos en cuenta que los accidentes de tráfico en España constituyen la primera causa de Años Potenciales de Vida Perdidos, con una tasa en constante aumento desde 1982 (Sanz y Pérez, 1996). Esta mortalidad prematura debida a los accidentes de tráfico está ligada en gran medida al consumo de alcohol. Sin embargo, tal como indican Álvarez y Del Río (1994), a pesar de ser ésta la sustancia más frecuentemente detectada en las víctimas, muchas veces aparece en combinación con otras drogas o fármacos, especialmente durante los fines de semana. De hecho, el trinomio juventud-madrigada-drogas está ocupando cada vez más un destacado lugar en las tablas estadísticas de accidentes.

Tal como afirma Becoña (1999), la prevención es indispensable para evitar que el consumo de drogas se convierta en un problema social de gran magnitud. Además, son necesarias estrategias de prevención adaptadas a las nuevas formas y patrones de consumo, puesto que sin duda alguna, y siguiendo a Calafat y Amengual (1999), las nuevas pautas de consumo de alcohol y de otras drogas en la población juvenil representan uno de los aspectos más destacados de la evolución de los consumos de drogas en los últimos años. Así, en lo que se refiere al consumo de alcohol, estos

autores reseñan que se caracteriza por realizarse fuera del hogar, en contextos de tiempos libre y diversión, durante los fines de semana, siendo el estado de la embriaguez una búsqueda intencionada y los combinados y cerveza las bebidas preferidas. Asimismo, otros autores (Gamella y Álvarez, 1997; Gamella, 2000; Saiz et al, 2001) advierten cómo va aumentando el abanico de nuevos tipos de drogas y destacan el consumo de éxtasis y anfetaminas en polvo o pastillas, del mismo modo que constatan un incremento en el interés por el tabaco, la cannabis y la cocaína, entre otras drogas, a pesar de que los medios de comunicación nos presentan, cada vez con mayor frecuencia, noticias sobre los peligros del consumo de dichas sustancias, asociadas muchas de ellas a la muerte de un joven en fiestas de fin de semana.

Prevenir implica actuar y para ello se requiere determinar los factores de riesgo que conducen al consumo de drogas, identificar cuáles son las motivaciones que despiertan el interés de los jóvenes por su consumo, las expectativas o creencias asociadas a su consumo, la accesibilidad percibida para su obtención o la percepción de riesgo que conlleva su consumo (Martín, 2000). Un estudio realizado por Páez y Basabe (1992) pone de manifiesto cómo las expectativas y creencias asociadas al consumo de alcohol difieren entre los consumidores excesivos de alcohol y los que afirman un bajo consumo de alcohol, sien-

do los primeros quienes esperaban cambios más positivos a nivel global. De hecho, afirma Gamella (2000) que las creencias son un obstáculo para la comprensión del riesgo y del daño, tanto social como individual, que suponen las diversas pautas de consumo de drogas.

Teniendo en cuenta lo expuesto, el presente trabajo pretende estimar la prevalencia del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en jóvenes que frecuentan las zonas de la movida, en concreto de Huelva capital, así como sus motivaciones hacia el consumo, sus problemas relacionados con el mismo, y sus opiniones, actitudes, percepción de riesgo y disponibilidad percibida hacia estas sustancias.

## Método

### Muestra

La muestra del presente trabajo está constituida por 40 sujetos, de ambos sexos (46,2% hombres y 53,8% mujeres), residentes en la ciudad de Huelva, con un rango de edad de 18 a 32 años, siendo la edad media de 25 años. El sistema de muestreo utilizado fue «por ruta» en los lugares de diversión más frecuentados por los jóvenes en Huelva capital.

### Instrumento y Variables

Para el estudio se construyó un cuestionario que consta de 36 ítems,

agrupados en diversas áreas temáticas. Se trata de un cuestionario anónimo que se compone de ítems similares a los de otros estudios realizados en nuestro país, en el ámbito de las drogodependencias, a nivel nacional (Plan Nacional sobre Drogas, 1995, 1997, 1998), autonómico (Comisionado para la Droga, 1995, 1997, 1999; Elzo, 1996) o provincial, como es el realizado por Rooney y Villahoz (1995) con estudiantes de la provincia de Huelva. Esta similitud del cuestionario responde a una revisión realizada, previa a su construcción, de los diferentes instrumentos utilizados en tales estudios, con el objetivo de utilizar ítems que pudiesen facilitar la comparación de los resultados.

Las variables analizadas en el presente trabajo se concretan en las siguientes:

– *Consumo de tabaco*: Para valorar la frecuencia de consumo de cigarrillos, se ha contemplado cuatro categorías de respuestas: «Nunca he fumado», «He fumado alguna vez pero sólo en ciertas ocasiones», «Fumaba, pero ya lo he dejado» y «Fumo habitualmente».

– *Consumo de alcohol*. Se ha analizado la frecuencia con la que se ha consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días previos a la encuesta; para ello se han ofrecido cinco categorías de respuestas: «Todos los días», «Algunos días», «Todos los fines de semana», «Algunos fines de semana» y «Nunca».

– *Consumo de drogas ilegales.* Se ha utilizado el ítem «¿Has consumido alguna vez algún tipo de droga ilegal?», con dos opciones de respuesta: Sí/No.

– *Motivaciones para el consumo:* Se pretendió estudiar las razones que inciden en el consumo de alcohol y otras drogas, desde las expresiones de los propios consumidores. Para ello se pidió a los consumidores de dichas sustancias que señalasen las razones por las que habían empezado a tomar algunos de estos productos (alcohol, tabaco y drogas ilegales) y luego continuó tomándolos, pretendiendo discriminar, de esta manera, los motivos que llevan a una continuidad en el consumo, y no aquellos que han conducido a un consumo meramente accidental.

– *Consecuencias del consumo de drogas:* A los encuestados que habían manifestado tomar alcohol, tabaco u otros tipos de drogas se les preguntó qué problemas, según ellos, les había producido su conducta de consumo. Las consecuencias que se les ofrecían como respuestas eran múltiples y oscilaban desde problemas en clase o en el trabajo hasta problemas económicos o familiares.

– *Riesgo percibido ante diversas conductas de consumo:* El riesgo percibido se ha medido a través de la percepción de los sujetos sobre los posibles problemas de salud o de cualquier otro tipo que pueden derivarse del consumo de diferentes sustancias.

Para ello se ha propuesto en el cuestionario 6 conductas concretas de consumo y los sujetos debían de responder a cada una ellas sobre una escala de 5 categorías («Ningún problema», «Pocos problemas», «Bastantes problemas», «Muchos problemas» y «No sé»).

– *Aprobación/rechazo de determinadas situaciones de consumo:* Para las mismas seis situaciones recogidas en la variable anterior se cuestionó a los jóvenes sobre el nivel de rechazo que originaban cada una de ellas. La escala utilizada consta de 4 categorías («Lo apruebo», «Ni lo apruebo ni lo desaprovebo», «Lo rechazo» y «No sé dar una opinión»).

– *Percepción de peligrosidad de las drogas:* con objeto de analizar la consideración de peligro de las drogas para los jóvenes, se les solicitó que nos dijeran, de manera espontánea, no sugerida, cuál o cuáles de las drogas que conocían les parecían más peligrosas.

– *Actitud hacia los consumidores:* La pregunta realizada está encaminada a conocer la actitud u opinión de los jóvenes hacia las personas que consumen alcohol, tabaco u otras drogas. Las cinco opciones de respuesta ofrecida a los jóvenes para calificar a tales consumidores fueron las siguientes: «Normal», «enfermo», «pasota», «vicioso o inmoral» y «delincuente».

– *Disponibilidad percibida:* La accesibilidad a las diferentes sustancias incluidas en el cuestionario se

analizó a través de la dificultad percibida por los jóvenes para conseguirlas en el caso de querer hacerlo. La escala utilizada consta de cinco categorías (Prácticamente imposible, Difícil, Relativamente fácil, Muy fácil y No sé que dificultad tendría).

### *Procedimiento*

La recogida de información se llevó a cabo a través del mencionado cuestionario, que fue cumplimentado de manera anónima por los jóvenes que aceptaron participar en el estudio. El estudio de campo se realizó en la ciudad de Huelva, en horario nocturno, durante los meses de abril y mayo de 2001 en las zonas de diversión más frecuentadas por los jóvenes (zona de botellones, bares, pubs, discotecas, etc). El tiempo empleado en cumplimentar el cuestionario osciló entre 20 y 30 minutos. El cuestionario no presentó problemas de comprensión para aquellos jóvenes que sí aceptaron responderlo. Un indicador de la validez de los resultados obtenidos, relacionado con la comprensión del cuestionario y la consistencia interna de las respuestas, es la coherencia lógica de las diferentes respuestas dadas a las preguntas incluidas en el cuestionario que estaban relacionadas.

### *Análisis de datos*

Para alcanzar los objetivos mencionados se han realizado análisis

univariantes y bivariantes, tales como análisis de frecuencias y pruebas de Chi-cuadrado. El valor de significación se ha establecido para  $p < 0.05$ .

## **Resultados**

### *Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas*

Tal como se puede apreciar en la tabla 1, el 15% de los jóvenes afirman no haber consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días previos a la encuesta, mientras que el 85% sí manifiesta haber consumido alcohol en este periodo de tiempo. En concreto, el 17,9% son consumidores diarios y el 41% afirman haber consumido alcohol todos los fines de semana o algunos fines de semana durante el mes previo a la encuesta. No existen diferencias significativas respecto al género ( $p=0.471$ ), aunque cabe señalar que la proporción de consumidores diarios es mayor entre los chicos (27,8%) que entre las chicas (9,5%) y, en cambio, son las chicas quienes manifiestan en mayor proporción consumir alcohol durante los fines de semana.

En cuanto al consumo de tabaco, cerca de la mitad de los jóvenes (47,4%) son fumadores habituales. El 64,7% de los chicos fuman con esta frecuencia, mientras que entre las chicas esta proporción se reduce al 33,3% ( $p < 0.05$ ).

El 56,4% de los jóvenes afirman haber consumido drogas ilegales, ta-

les como cocaína, heroína o drogas de diseño. La proporción de chicos que afirman consumir este tipo de

sustancias psicoactivas es superior (66,7%) a la de las chicas (47,6%) ( $p < 0,05$ ).

Tabla 1  
*Prevalencia del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en jóvenes de la ciudad de Huelva, según el sexo*

	Sexo		Total
	Chicos	Chicas	
<i>Consumo alcohol</i>			
Todos los días	27,8	9,5	17,9
Algunos días	27,8	23,8	25,6
Todos fines semana	11,1	14,3	12,8
Algunos fines semana	16,7	38,1	28,2
No consume	16,7	14,3	15,0
<i>Consumo de tabaco</i>			
Habitual	64,7	33,3	47,4
En ocasiones	5,9	33,3	21,1
Lo ha dejado	—	14,3	7,9
Nunca	29,4	19,0	23,7
<i>Consumo drogas ilegales</i>			
Si consume	66,7	47,6	56,4
No consume	33,3	52,4	43,6
Total (n)	19	21	40

#### *Motivaciones para el consumo de drogas*

Se solicitó a los consumidores de drogas que señalaran las razones por las que habían decidido consumir estos productos. Las razones más señaladas fueron la búsqueda de placer (12,5%) y la curiosidad (12,5%), seguidas del deseo de escapar de problemas personales y de facilitar la com-

versación y el contacto social, señaladas ambas por el 10% de los consumidores (tabla 2).

Veamos ahora en qué medida se señalan estas motivaciones entre los consumidores de alcohol, tabaco y otras drogas. Tal como se aprecia en la tabla 2, la motivación de huir o escapar de problemas personales está más presente en los fumadores habi-

tuales (22,2%) y en los jóvenes que suelen consumir alcohol durante todos o algunos fines de semana (18,8%). Por su parte, el consumo en ocasiones de tabaco está especialmente motivado por el deseo de transgredir o hacer algo prohibido en el 25% de los consumidores. La búsqueda de placer es la que principalmente conduce al consumo regular o diario de alcohol, a fumar cigarrillos de ma-

nera habitual y a consumir otras drogas o sustancias psicoactivas. También tiene mucha importancia entre estos consumidores de drogas ilegales la motivación de experimentalidad o de curiosidad. El deseo de contacto e integración social está más presentes entre los sujetos que consumen alcohol y tabaco y en menor medida entre aquellos que consumen otras drogas.

Tabla 2  
*Motivaciones para el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (%)*

	Problemas personales	Pisar el rato	Hacer algo prohibido	Placer	Curiosidad	Contacto	Comenre social	Toda
<i>Consumo alcohol</i>								
Todos los días/ Algunos días	5,6	5,6	—	22,2	16,7	11,1	5,6	—
Todos/Algunos fines semana	18,8	—	12,5	6,3	12,5	12,5	—	6,3
<i>Consumo de tabaco</i>								
Habitual	22,2	—	—	22,2	11,1	11,1	5,6	5,6
En Ocasiones	—	—	25,0	—	12,5	12,5	—	—
<i>Consumo drogas</i>								
Si ha consumido	13,0	4,3	8,7	21,7	21,7	8,7	4,3	4,3
Total	10,0	2,5	5,0	12,5	12,5	10,0	2,5	2,5

### *Consecuencias del consumo de drogas*

Tras el análisis realizado sobre las causas que conducen al consumo de drogas, estudiamos a continuación las consecuencias, que según los consumidores, les ha ocasionado su consu-

mo (Figura 1). Cabe señalar en primer lugar que el 20,5% de los consumidores de alcohol y otras drogas aseguran no haber sufrido ninguna consecuencia negativa producto del consumo de estos productos. Entre aquellos que sí se han visto afectados, las consecuencias más comunes son los

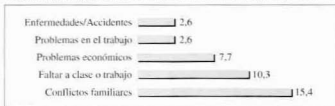


conflictos familiares (que afectan al 15,4% de los consumidores), seguido de la no asistencia a clase o al trabajo

(10,3%) y los problemas económicos (señalados por el 7,7% de los consumidores).

Figura 1.

*Problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco u otras drogas en jóvenes (%).*



A continuación pasamos a analizar estas consecuencias entre los consumidores de distintas sustancias. Comenzamos, pues, analizando la situación de los bebedores de alcohol, aquellos que tienen un consumo diario manifiestan en un 28,6% tener problemas familiares, mientras que los que hacen un consumo más esporádico manifiestan en un 20% mantener los mismos problemas o bien no tener ningún problema derivado de su consumo; para aquellos que consumen los fines de semana el porcentaje está igualado con un 20% entre la falta a clase o los problemas en el trabajo y los problemas económicos, mientras que el porcentaje más alto un 40% afirman no tener ningún problema al igual que los que consumen bebidas alcohólicas algunos fines de semana, con un 27,3%.

En cuanto al consumo del tabaco, los consumidores habituales afir-

man no presentar ninguna problemática, frente a los consumidores habituales que manifiestan la falta a clase o al trabajo como problemática principal con un 37,5%.

Por último, la problemática más destacada por los consumidores de drogas ilegales, son los conflictos familiares con un 27,3%.

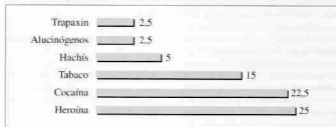
#### *Percepción de peligrosidad de las drogas*

A través de esta variable se pretende conocer cuáles son las drogas que los jóvenes consideran más peligrosas. Mientras que el 15% señalan como peligrosas todas las drogas, sin distinción, tan sólo un 5% de los jóvenes no aportó ningún nombre de droga al formularse la pregunta. Tal como se puede apreciar en la figura 2,

la heroína y la cocaína son las drogas mencionadas por una mayor proporción de jóvenes (25% y 22,5%, respectivamente). Le siguen el tabaco

(15%) y, en menor proporción, el hachís (5%). Un porcentaje inferior (2,5%) citan los alucinógenos y el trapaxin.

**Figura 2. Percepción de peligrosidad de los jóvenes hacia diversos tipos de drogas (%).**



#### *Actitud hacia los consumidores de drogas*

Las cinco opciones de respuesta ofrecida a los jóvenes para calificar a los consumidores de alcohol, tabaco y otras drogas, entre ellas la he-

roína o la cocaína, tienen distintas connotaciones, desde las más comprensivas hasta las menos tolerantes. Los calificativos asignados por los jóvenes entrevistados a los consumidores de tales sustancias se expresan en la tabla 3.

**Tabla 3**

#### *Calificativos asignados por los jóvenes entrevistados a los consumidores de alcohol, tabaco u otras drogas (%)*

Calificativo	Alcohol	Tabaco	Otras drogas
Normal	35,9	48,7	23,1
Enfermo	51,3	33,3	53,8
Pasota	2,6	—	5,1
Vicioso e inmoral	5,1	15,4	5,1
Delincuente	—	—	10,3
Ns/nc	5,1	2,6	2,6
Total	100%	100%	100%

El adjetivo de *enfermo* es el que más comúnmente utilizan los jóvenes para calificar, especialmente, a los consumidores de drogas ilegales, tales como cocaína, heroína etc. (53,8%), y a los consumidores de alcohol (51,3%) y, en menor proporción, a los que consumen tabaco (33,3%). A éstos últimos, muchos de los jóvenes (el 48,7%) los considera *normales*, calificativo también habitual para los consumidores de alcohol (35,9%) y menos para los que que consumen drogas ilegales (23,1%). El atributo de *delincuente* se asocia de manera exclusiva a los consumidores de drogas ilegales (10,3%), quienes también son considerados *pasotas* (5,1%). Destaca la proporción de los que consi-

deran *viciosos* a los consumidores de tabaco (15,4%), calificativo que también son asociados a los consumidores de alcohol y de drogas ilegales por el 5,1% de los jóvenes.

#### *Riesgo percibido ante diversas conductas de consumo*

El riesgo percibido se ha medido a través de la percepción de los escolares de los posibles problemas de salud o de cualquier otro tipo, asociados al consumo de diferentes sustancias mediante seis conductas concretas de consumo propuestas en el cuestionario. En la tabla 4 se recogen los resultados obtenidos.

Tabla 4

#### *Opinión de los jóvenes sobre los problemas que pueden significar cada una de las siguientes conductas de consumo (%)*

	<i>Ningún problema</i>	<i>Pocos problemas</i>	<i>Bastantes problemas</i>	<i>Muchos problemas</i>	<i>No sabe</i>	<i>Total</i>
Fumar alguna vez	37,8	54,1	5,4	2,7	-	100%
Fumar habitualmente	-	8,1	48,6	43,2	-	100%
Beber alcohol alguna vez	27,0	62,0	5,4	2,7	2,7	100%
Beber alcohol habitualmente	-	8,1	21,6	70,3	-	100%
Drogarse alguna vez	13,5	43,2	29,7	13,5	-	100%
Drogarse habitualmente	-	2,7	21,6	75,7	-	100%

El consumo habitual de drogas ilegales (75,7%) y de alcohol (70,3%) es percibido como el más problemático por los jóvenes, seguido, a más distancia, por el consumo habitual de tabaco (43,2%). No obstante, cabe destacar un aspecto que consideramos de interés, y es la notable diferencia que

se hace en la valoración del consumo de estas sustancias según su frecuencia. Así, resulta que para el consumo «alguna vez» de drogas ilegales, los jóvenes de 18 a 32 años entrevistados se distribuyen principalmente entre los que piensan que esto genera «pocos problemas» (43,2%) y los que pien-

san que el consumo de estas sustancias genera «bastantes problemas» (29,7%), resaltando del porcentaje de personas que piensan que el consumo de estas sustancias origina «ningún problema» (13,5%). En cuanto al consumo «alguna vez» de alcohol y tabaco, los jóvenes de 18 a 32 años entrevistados se reparten principalmente entre los que piensan que esto genera «pocos problemas» y los que piensan que el consumo de estas sustancias genera «ningún problema», resaltando del porcentaje de personas que piensan que el consumo de estas sustancias origina pocos problemas (62% en el consumo

de alcohol y el 54,1% en el consumo de tabaco), y los que piensan que este consumo no origina ningún problema (37,8% en el consumo de tabaco y 27% en el consumo de alcohol).

#### *Grado de aprobación/rechazo hacia determinadas situaciones de consumo*

Para las mismas situaciones recogidas en el apartado anterior se cuestionó a los jóvenes sobre el nivel de rechazo que originaban. La escala utilizada y los resultados obtenidos figuran en la tabla 5.

Tabla 5  
*Grado de rechazo/aprobación de ciertas conductas*

	<i>Ningún problema</i>	<i>Pocos problemas</i>	<i>Bastantes problemas</i>	<i>Muchos problemas</i>	<i>No sabe</i>	<i>Total</i>
Fumar alguna vez	37,8	54,1	5,4	2,7	-	100%
Fumar habitualmente	-	8,1	48,6	43,2	-	100%
Beber alcohol alguna vez	27,0	62,0	5,4	2,7	2,7	100%
Beber alcohol habitualmente	-	8,1	21,6	70,3	-	100%
Drogarse alguna vez	13,5	43,2	29,7	13,5	-	100%
Drogarse habitualmente	-	2,7	21,6	75,7	-	100%

De nuevo, son las drogas ilegales y el alcohol las drogas que sobresalen por originar un mayor rechazo. No obstante, cabe hacer varias maticaciones. Por un lado, vuelven a surgir diferencias significativas según el consumo sea esporádico o habitual, en la misma línea que comentábamos para la percepción de problemas asociados. El consumo habitual de dro-

gas ilegales (48,7%) es el más rechazado, seguido del consumo habitual de alcohol (33,3%) y el consumo esporádico de drogas (28,2%). No obstante, destaca que el consumo esporádico de drogas ilegales sea menos rechazado (28,2%) que el consumo habitual de alcohol (33,3%). Por otro lado, el consumo esporádico de alcohol o de tabaco, aparecen como las

conductas que generan claramente un menor rechazo. Son destacables los porcentajes de jóvenes que aprueban el consumo esporádico o habitual de tabaco (56,4% y 41%, respectivamente) y el consumo esporádico de alcohol (51,3%), así como los porcentajes de jóvenes que «ni aprueban ni desaprueban» el consumo de tales sustancias. Asimismo, también destacan los porcentajes de jóvenes que aprueban el consumo esporádico o habitual de drogas ilegales (35,9% y 28,2%), así como el consumo habitual de alcohol (30,8%). Por tanto, en el rechazo pri-

ma más la frecuencia de consumo que el tipo de drogas y el consumo esporádico es significativamente menos rechazado que el consumo habitual.

#### *Disponibilidad percibida*

La accesibilidad a las diferentes sustancias incluidas en la encuesta se analiza a través de la dificultad percibida por los jóvenes para conseguirlas en el caso de querer hacerlo. La escala utilizada y los resultados obtenidos figuran en la tabla 6.

Tabla 6  
**Grado de dificultad percibida por los jóvenes para conseguir determinadas drogas (%)**

	<i>Prácticamente imposible</i>	<i>Difícil</i>	<i>Relativamente fácil</i>	<i>Muy fácil</i>	<i>No sabes qué dificultad</i>	<i>Total</i>
Bebidas alcohólicas	5,0	—	20,0	72,5	2,5	100%
Hachís/Marihuana	5,0	2,5	42,5	40,0	10,0	100%
Cocaína	7,5	30,0	22,5	25,0	15,0	100%
Heroína	10,0	25,0	22,5	22,5	20,0	100%
Speed/amfetaminas	20,0	20,0	20,0	10,0	30,0	100%
Éxtasis/otras drogas químicas	5,0	5,0	37,5	25,0	27,5	100%
Alucinógenos	7,5	32,5	17,5	12,5	30,0	100%
Traxin	25,7	20,0	2,9	8,6	42,9	100%
Sustancias volátiles	7,5	22,5	25,0	17,5	27,5	100%
Tranquilizantes	—	22,5	37,5	27,5	12,5	100%

A excepción del alto grado de disponibilidad percibida del alcohol, como era de esperar por otra parte, destaca la accesibilidad al hachís o marihuana (un 82,5% declara que le sería muy fácil o relativamente fácil

conseguirlos). En un segundo grupo, los tranquilizantes y el éxtasis u otras drogas químicas serían las drogas con mayor disponibilidad percibida (el 65% y el 62,5% declaran que les sería muy fácil o relativamente fácil conse-

guirlas). La cocaína (47,5%), la heroína (45%) y las sustancias volátiles (42,5%), conformarían el tercer grupo de drogas con cierta disponibilidad percibida (muy o relativamente fácil). Los alucinógenos, junto con el speed y las anfetaminas conforman el cuarto grupo con un índice de disponibilidad percibida en torno al 30%. Destaca, por último, el trapaxin, considerada una droga muy fácil o relativamente fácil de conseguir por el 11,5% de los jóvenes.

## Discusión

El presente trabajo ha pretendido estimar la prevalencia del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en jóvenes que frecuentan las zonas de la movida de Huelva capital, así como sus motivaciones hacia el consumo, sus problemas relacionados con el mismo, y sus opiniones, actitudes, percepción de riesgo y disponibilidad percibida hacia determinadas sustancias.

Las razones más señaladas por las cuales los jóvenes entrevistados afirman consumir alcohol, tabaco u otro tipo de droga son la búsqueda de placer y la curiosidad, seguidas del deseo de escapar de problemas personales y de facilitar la conversación y el contacto social. En concreto, la búsqueda de placer es la que principalmente conduce al consumo habitual de cigarrillos, al consumo diario de alcohol y a consumir otras drogas o

sustancias psicoactivas. Entre estos consumidores de drogas ilegales, la curiosidad también aparece como una motivación importante. En cambio, como era de esperar, el deseo de contacto e integración social está más presentes entre los sujetos que consumen alcohol y tabaco y en menor medida entre aquellos que consumen otras drogas.

Respecto a las consecuencias derivadas del consumo de drogas, cabe destacar que una cuarta parte de los consumidores de alcohol y otras drogas aseguran no haber sufrido ninguna consecuencia negativa producto del consumo de estos productos. Consideramos que posiblemente se trate de bebedores ligeros o moderados, o de consumidores ocasionales de otras drogas. Entre aquellos que sí han tenido problemas derivados de su consumo, son los de carácter familiar los más comunes. Esta mayor prevalencia de los problemas familiares, que también está presente en los estudios realizados por el Comisionado para la Droga (1995, 1999), viene a poner de manifiesto, tal como señala Santo Domingo (1990), que el consumo de alcohol o de otra droga, además de ser una conducta con implicaciones y repercusiones individuales, también incide y repercute en el sistema familiar. De hecho, afirma este autor que el tratamiento de un alcohólico es el tratamiento de una familia, puesto que es el conjunto familiar el que de forma paulatina entra en conflicto. A estos problemas familiares le siguen los

problemas ocasionados por no asistir a clase o al trabajo y, a continuación, los problemas económicos, derivados posiblemente del coste de la droga. Respecto a la no asistencia a clase o al trabajo, cabe señalar que también son diversos los autores que afirman que los jóvenes consumidores de drogas presentan un mayor absentismo y abandono escolar (McBroom, 1994; Crum et al., 1998; Wichstrom, 1998). Asimismo, si tenemos en cuenta la no asistencia al trabajo, ello puede ser el punto de partida de un cúmulo de problemas en el ámbito laboral. Tal como afirma Martínez-Delgado (1997), los problemas laborales que se pueden presentar van desde el deterioro de las relaciones interpersonales con los compañeros y directivos hasta la pérdida de empleo, sin olvidar el absentismo, bajo rendimiento, accidentes y la degradación laboral progresiva al asumir cada vez puestos de menor responsabilidad, hasta llegar en muchas ocasiones al despido.

Cuando se analiza el riesgo percibido ante diversas conductas de consumo, hemos constatado que el riesgo percibido es más contundente cuando se valora el consumo habitual tanto para el consumo de drogas ilegales como el consumo de alcohol, y sorprende que menos de la mitad de los jóvenes opine que el consumo de tabaco genere muchos o bastantes problemas. Los resultados nos indican que el riesgo percibido por los jóvenes ante diversas conductas de consumo parece más asociado a la fre-

cuencia de consumo (esporádico o habitual) que al tipo de droga. De hecho, existen diferencias importantes según se trate de un consumo esporádico o habitual. En la percepción de problemas asociados a estas drogas, los jóvenes separan estos dos consumos, percibiendo una significativa menor peligrosidad para el consumo esporádico, lo que podría hacernos pensar que existe una barrera conceptual bastante delimitada entre ambos tipos de consumos y que refleja una opinión contraria a que el consumo esporádico va seguido del consumo habitual.

Respecto a los tipos de drogas que los jóvenes consideran más peligrosas, como resulta lógico, el predominio de menciones corresponde a las drogas ilegales, tales como la heroína y la cocaína. Consideramos que ello es así no sólo por sus peligros, sino también por su mayor identificación como drogas por parte de la población o sociedad. En cuanto a las drogas legales, sólo tabaco es mencionado como droga peligrosa, mientras que no aparece mencionado el alcohol, lo que no deja de ser un aspecto negativo, ya que esto supone una falta de conciencia del alcohol como droga o bien, de los peligros de su consumo. Además, como era de esperar, es la sustancia percibida como más accesible por parte de los jóvenes. Es preocupante el porcentaje minoritario de jóvenes que mencionan los alucinógenos y el trapaxin como drogas peligrosas, ya que puede ser debido a que exista un

desconocimiento de sus peligros, lo que supone un evidente riesgo potencial de consumo.

Respecto a la actitud de los jóvenes hacia los consumidores de determinadas drogas, a través de la atribución de ciertas peculiaridades o características que conlleva la objetivación y etiquetación de los mismos, hemos constatado que la delincuencia está claramente asociada a los consumidores de drogas ilegales. Obsérvese como el calificativo de delincuente se asocia de manera exclusiva a los consumidores de drogas ilegales, quienes también son considerados pasotas o viciosos o bien, predominantemente son contemplados como enfermos, mientras que el calificativo de normal apenas tiene representación en el caso de consumidores de drogas ilegales, siendo considerado como *normales* principalmente a los consumidores de alcohol. Resultados similares han sido obtenidos en otros estudios (Comisionado para la Droga, 1995, 1997, 1999) y ponen en evidencia que para la sociedad en general tiene un simbolismo distinto las drogas legales y las ilegales, ya que el estereotipo del drogodependiente como criminal se refiere, como ya se ha comentado, casi exclusivamente al grupo de consumidores de drogas ilegales, mientras que los consumidores de alcohol y de tabaco son considerados en mayor medida como personas *normales*.

Son estos prejuicios los que nos lleva a pensar, tal como afirma Gameña (2000), que las campañas de prevención en materia de drogas no dan los resultados positivos esperados, puesto que suelen basarse en el miedo o en la abstinencia, etiquetando y creando estereotipos a través de imágenes negativas de los jóvenes que consumen y con las que éstos no se sienten identificados. Asimismo, es fundamental la implantación de alternativas de ocio y tiempo libre, previamente estudiadas y consensuadas con los propios jóvenes, con objeto de estar seguros de que se ofrece lo que se demanda.

Por último, cabe señalar que una de las posibles limitaciones del estudio podría ser el tamaño reducido de su muestra. Ello es debido a las circunstancias en las que se realizó la recogida de datos que, como ya se ha especificado, se llevó a cabo durante varias noches en las zonas de la movida de Huelva, y, tal como se puede deducir, no todos los sujetos a los que se solicitó su colaboración para cumplimentar el cuestionario aceptaron. No obstante, consideramos que los resultados expuestos en este trabajo constituyen una aproximación a las opiniones, percepciones y actitudes hacia el consumo de drogas de algunos de los jóvenes que acuden a las zonas de la movida de la ciudad onubense.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÁLVAREZ, F. J. Y DEL RÍO, M. C. (1994). Drogas, drogodependencias y seguridad vial. *Revista Española de Drogodependencias*, 19(4), 281-285.

BECOÑA, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

CALAFAT, A. Y AMENGUAL, M. (1999). *Actuar es posible*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

COMISIONADO PARA LA DROGA (1995). *Los andaluces ante las drogas IV*. Junta de Andalucía: Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales. Comisionado para la Droga.

COMISIONADO PARA LA DROGA (1997). *Los Andaluces ante las Drogas V*. Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales. Comisionado para la Droga.

COMISIONADO PARA LA DROGA (1999). *Los Andaluces ante las Drogas VI*. Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales. Comisionado para la Droga.

CRUM, R.M.; ENSMINGER, M.E.; RO, M.J. Y MCCORD, J. (1998). The association of educational achievement and school dropout with risk of alcoholism: A twenty-five-year prospective study

of inner-city children. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 318-326.

ELZO, J. (dir.) (1996). *Drogas y Escuela V*. Bilbao: Gobierno Vasco. Departamento de Justicia, Economía, Trabajo y Seguridad Social. Secretaría de Drogodependencias.

GAMELLA, J. Y ÁLVAREZ, A. (1997). *Drogas de síntesis en España. Patrones y tendencias de adquisición y consumo*. Madrid: Ministerio del Interior. Plan Nacional Sobre Drogas.

GAMELLA, J. (2000). Ciclos en el consumo de drogas y procesos de exclusión social. *Revista de la Asociación Proyecto Hombre*, 36, 14-18.

MARTÍN, E. (2000). Psicología y Drogas: Aproximación histórica, situación actual y perspectivas de futuro. *Papeles del Psicólogo*, 77, 3-12.

MARTÍNEZ DELGADO, J.M. (1997). Prevención de los problemas derivados del consumo de drogas en el ámbito laboral. En: S. Barriga; M.F. Martínez; B. González; M.A. Garrido y M.R. Bueno (Ed.). *Drogas. Fundamentos para la prevención de las drogodependencias* (pp.217-236). Sevilla: Kronos.

MCBROOM, J. (1994). Correlates of alcohol and marijuana use among junior high school students: family,

peers, school problems and psychosocial concerns. *Youth and Society*, 26, 1, 54-68.

PÁEZ, D. Y BASABE, N., (1992). Consumo de alcohol en jóvenes bilbaínos. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 2 (2-3), 33-54.

Plan Nacional Sobre Drogas (1995). *Encuesta sobre drogas a la población escolar, 1994*. Madrid: Ministerio de Justicia e Interior, Plan Nacional sobre Drogas.

Plan Nacional Sobre Drogas (1997). *Encuesta sobre drogas a la población escolar. Memoria 1996*. Madrid: Ministerio del Interior.

Plan Nacional sobre Drogas (1998). *Encuesta sobre drogas a la población escolar, 1998*. Madrid: Ministerio del Interior. Disponible en <http://www.mir.es/pnd/observa>.

PONS, J Y BERJANO, E. (1999). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: Un modelo explicativo*

*desde la Psicología social*. Plan Nacional de Drogas. Madrid.

ROONEY, J. F. Y VILLALBA, J. (1995). *El consumo de drogas entre los estudiantes de 10 a 18 años*. Junta de Andalucía: Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales. Comisionado para la Droga.

SAIZ, P., GONZALÉZ, M. P., PAREDES, B., DELGADO, J. M., LÓPEZ, J. L., MARTINEZ, S., BOBES, J. (2001). Consumo de MDMA (éxtasis) en estudiantes de secundaria. *Adicciones*, 13(2), 159-171.

SANTO DOMINGO, J. (1990). *No te rindas ante... el alcohol*. Barcelona: Rialp.

SANZ, C. Y PÉREZ, J. (1996). Mortalidad por accidentes de tráfico en España, 1962-1992 (I). *Boletín Epidemiológico semanal*, 4 (35), 289-300.

WICHSTROM, L. (1998). Alcohol intoxication and school dropout. *Drug and Alcohol Review*, 17, 4, 413-421.

# MAPA DE CENTROS DE TRATAMIENTO AMBULATORIO DEL SERVICIO PROVINCIAL DE DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES DE HUELVA

**Juan F. Ramírez López**

*Médico, Coordinador Asistencial del  
Servicio Provincial de Drogodependencias y Adicciones de Huelva*

## INTRODUCCIÓN

La atención a las drogodependencias y adicciones en la provincia de Huelva, ha experimentado un gran cambio desde sus inicios en el año 1986 con la creación del único centro público de atención, el Centro Provincial de Drogodependencias, ubicado en el antiguo Hospital Provincial, gracias al convenio de colaboración entre el Comisionado Andaluz para las Drogodependencias y la Diputación Provincial de Huelva. Este Centro era el único junto con sus cuatro profesionales para atender todas las necesidades que en materia de drogas y especialmente heroína generaba la provincia de Huelva, por lo que rápidamente se vio desbordado y fue necesario la contratación de nuevos profesionales, para hacer frente a la gran demanda que se generó, empezando a

llegar también adicciones provocadas por otras sustancias como el alcohol, las benzodiacepinas y opiáceos legales como la buprenorfina.

Con el paso del tiempo la demanda fue incrementándose y a principios de los noventa se comienza a crear los Centros Comarcales con el objetivo de acercar los recursos a los ciudadanos, ya que el Centro Provincial estaba ubicado en la zona centro-sur de la provincia y así se crea primero el Centro Comarcal de la Costa en Isla Cristina, que da cobertura a toda la costa oeste de la provincia, a continuación se crea el Comarcal Condado en Bollullos, para atender toda la comarca del Condado, posteriormente en el 95 se crea el Comarcal Cuenca Sierra, ubicado en el municipio de Río Tinto, con el objetivo de acercar el recurso a todos los municipios de la

Cuenca Minera y la Sierra, ya que los pacientes de esta zona se tenían que desplazar a Huelva ciudad empleando para ello toda la jornada, ya que estaban muy mal comunicados, por último se ha creado el Comarcal Costa Este en Lepe, el Comarcal Cinturón-Andévalo, con una ubicación en San Bartolomé y la otra pendiente y también es importante comentar la consulta que se ha abierto en el Centro de Salud de Cortegana en la Sierra Occidental.

De gran importancia es también el esfuerzo realizado para llevar a cabo una atención en igualdad de condiciones a la población reclusa y para ello se crea el Equipo de Apoyo a Instituciones Penitenciarias (EAIP) mediante convenio entre Comisionado, Diputación e Instituciones Penitenciarias. Este Equipo en la actualidad atiende a población reclusa con problemas adictivos en la Prisión Provincial de Huelva, que cuenta con 1.500 reclusos, 500 de ellos en seguimiento por dicho Equipo.

A pesar de los esfuerzos realizados, que han sido muchos y de los logros obtenidos que también han sido muy importantes, se hace necesario realizar un análisis de la situación actual en la provincia de Huelva, en relación a la misma, es decir en su totalidad, las particularidades de cada comarcal y en relación con otras provincias de la Comunidad Autónoma, para elaborar un **Mapa Provincial** con el objetivo de mejorar la cobertura asistencial, los estándares de ca-

lidad e implementar la atención a las nuevos patrones y perfiles de consumos, así como a las adicciones comportamentales propuestos tanto en las Estrategias 2000-2008 del Plan Nacional sobre Drogas como en el II Plan Andaluz sobre Drogas. En este sentido el II Plan Andaluz obliga a las instituciones y organismos responsables de la gestión de recursos de atención a las drogodependencias y adicciones, a desarrollar las estrategias contempladas en el mismo, de cara a materializar los objetivos asistenciales previstos en dicho Plan, como son los siguientes:

**«Una adaptación de la red a las demandas».**

**«Distribuir los recursos, identificando zonas de mayor demanda y acercando los recursos y programas a ellas».**

**«Disponer de una mínima oferta de programas evitando desequilibrios territoriales».**

En esta línea y siguiendo estas directrices el Servicio Provincial de Drogodependencias y Adicciones de Huelva ha llevado a cabo un gran esfuerzo para conseguir unificar y homologar criterios de actuación en todo el territorio provincial con el objetivo de combatir las desigualdades en los últimos años, y fruto de ello ha sido:

**«La redefinición del modelo y circuito asistencial».**

«La redefinición del modelo y circuito asistencial».

«La elaboración y difusión del Catálogo de Servicios».

«La contratación de profesionales de apoyo».

«La puesta en marcha de las terapias grupales y las visitas domiciliarias de enfermería».

«La atención a nuevos patrones y perfiles de consumos y adicciones».

Por todo lo expuesto pensamos que la elaboración de un Mapa de Centros de Tratamiento Ambulatorio de la provincia de Huelva podría servir como un buen instrumento de cara a la planificación de recursos para mejorar las prestaciones asistenciales a las personas con problemas adictivos y combatir las desigualdades dentro del territorio provincial.

Para su elaboración vamos a tener en cuenta los siguientes aspectos:

– Mapa de Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias de Andalucía. Elaborado por el Comisionado Andaluz para las Drogodependencias.

– Características geográficas socio-demográficas y prevalencias de consumos en la provincia de Huelva.

– La ubicación, cobertura y accesibilidad.

– La actividad asistencial general.

– La carga asistencial de los profesionales.

## 1. MAPA DE CENTROS DE TRATAMIENTO AMBULATORIO DE ANDALUCÍA

Este es un documento elaborado y publicado por el Comisionado Andaluz para las Drogodependencias de Andalucía, donde se analiza la realidad de la actividad asistencial de nuestra Comunidad y de cada provincia en particular, para ello tiene en cuenta el número de centros de tratamiento ambulatorio públicos y privados existentes en el 2001, la accesibilidad, el número de profesionales, el número de pacientes en programa a 31/12/2001, el número de admisiones a tratamiento durante el 2001, la carga asistencial por profesional, la población total y la comprendida entre los 15-49 años, correspondiente a 1999, según el Instituto de Estadística de Andalucía (IEA) y los recursos educativos y sociosanitarios. Entre los datos a destacar resaltan los siguientes:

– Las provincias con mayor **población total y parcial** son Sevilla, Málaga y Cádiz, siendo **Huelva** la provincia con menor población.

– Las provincias que tienen, **mayor número de Centros de Tratamiento Ambulatorio (CTA)** son

Sevilla, Cádiz y Málaga con 26, 20 y 15 respectivamente y las que menos Jaén, **Huelva** y Almería con 6, 8 y 9.

– La **accesibilidad** media en Andalucía es de 27 Km. de distancia y 28 minutos de tiempo estimado en llegar. Las provincias con mayor accesibilidad son Córdoba y Cádiz, siendo el tiempo medio de 12 y 13 minutos y 12 y 13 Km. de distancia respectivamente. La provincias con menor accesibilidad son Jaén, **Huelva** y Almería empleándose 43, 36 y 34 minutos de media en recorrer los 42, 31 y 29 Km. de distancia.

– Las provincias con mayor **tasa de pacientes en programa** son **Huelva**, Almería y Córdoba, tanto en la población total como en la de 15–49 años, con 12,56, 11,73 y 11,55 y las que menos Jaén, Málaga y Sevilla.

– La **tasa media de admisión a tratamiento** en Andalucía es de 3,39, siendo bastante similar en toda Andalucía, correspondiéndole a Huelva el 3,68.

– La **carga asistencial** media en Andalucía se sitúa en 81 pacientes por profesional siendo Almería, Córdoba y **Huelva** las provincias con mayor carga asistencial con 116, 89 y 85 pacientes por profesional respectivamente y las que tienen menor carga son Cádiz, Sevilla y Málaga con 74, 74 y 75.

Para concluir en relación a los datos aportados por el Mapa de los CTA de Andalucía de la Oficina del

Comisionado Andaluz para las Drogodependencias podemos decir que Huelva a pesar de ser la provincia con menor número de población y una de las que menos centros de tratamiento posee y de las que presentan una menor accesibilidad de sus centros a los usuarios, es la que presenta una mayor tasa de pacientes en programa y una de las que sus profesionales soportan más carga asistencial.

Por tanto es de las provincias que exhiben una mayor desequilibrio territorial y desigualdad respecto al resto de provincias andaluzas.

## 2. CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS, SOCIODEMOGRÁFICAS Y PREVALENCIAS DE CONSUMO EN LA PROVINCIA DE HUELVA

La provincia de Huelva está situada en la parte más occidental de Andalucía, limita al norte con la provincia de Badajoz y esta surecada por la Sierra de Aracena y picos de Aroche, siendo su orografía abrupta, las vías de comunicación escasas y difíciles y existen múltiples núcleos de población con escaso número de habitantes. Al este limita con la provincia de Sevilla y con la provincia de Cádiz, no existiendo comunicación directa con esta provincia, al oeste con Portugal, estando el río Guadiana como frontera natural en la mayor parte de la misma, existiendo escasas vías de comunicación, una en el norte por el Rosal de la Frontera y otra en el sur

por Ayamonte y al sur limita con el océano Atlántico, manteniendo un gran número de kilómetros de playa y su costa está muy cerca del golfo de Cádiz.

La mayor parte de la población reside en el tercio sur de la provincia, siendo esta franja la mejor dotada en cuanto a recursos económicos, educativos y sociosanitarios, además es la zona mejor comunicada y donde se dan los núcleos de población más grandes. De los seis CTA públicos existentes en la provincia cinco de ellos están ubicados en este tercio sur y sólo uno de ellos está en el tercio medio como es el CTA Cuenca-Sierra en el municipio de Río Tinto, contando esta comarca con una gran dispersión geográfica.

En cuanto a desarrollo económico, las zonas más desarrolladas sigue siendo la franja ubicada en el tercio

sur, contando como base de su economía la agricultura, la industria, la pesca y el turismo y las zonas más deprimidas son la Sierra, la Cuenca Mineira y el Andévalo.

En el estudio "Los jóvenes andaluces ante las drogas y las adicciones 2002", realizado por EDIS, para la Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias de la Conserjería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía, se analizan las prevalencias de los consumos de sustancias legales, ilegales y del uso de máquinas tragaperras y videojuegos entre los jóvenes andaluces de ambos géneros, de 14 a 29 años de edad, llegando a las siguientes conclusiones:

## 2.1. SUSTANCIAS LEGALES

### 2.1.1. TABACO

	Andalucía	Huelva	
Fumadores diarios	% 38,7	% 39,1	Pobl. Total 44.024

Como puede apreciarse la prevalencia de los jóvenes onubenses que fuman a diario esta por encima de la media de Andalucía y supone un total aproximado de 44.000. La provin-

cia de Huelva ocupa el cuarto lugar en Andalucía después de Almería, Cádiz y Sevilla.

### 2.1.2. ALCOHOL

	Andalucía	Huelva	
Bebedores abusivos	%	%	Pobl. Total
Fín de semana	11,3	6,2	6.980
Resto de días	3,8	2,4	2.702
Promedio general	7,5	4,3	4.841

Se entiende en el estudio como consumidores abusivos aquellos cuyo consumo excede las 7-8 UBEs por día o a partir de los 61 gr. de alcohol por día. Como se observa el número de jóvenes onubenses consumidores abusivos de alcohol está por debajo de la media de Andalucía, ocupando la provincia de Huelva el penúltimo lugar de Andalucía. Sin embar-

go no debemos de olvidar que aproximadamente unos 4.841 jóvenes onubenses hacen consumos abusivos de alcohol y por tanto sufren de un trastorno por abuso o dependencia de alcohol.

## 2.2. SUSTANCIAS LEGALES

### 2.2.1. CANNABIS

	Andalucía	Huelva	
	%	%	<b>Pobl. Total</b>
Consumo últimos 6 meses	18	16,7	<b>18.803</b>
Consumo último mes	13,8		
Consumo diario	3,4		

Como se aprecia en la tabla de arriba el consumo de cannabis es consumido por un a gran parte de los jóvenes andaluces, así como por los jóvenes onubenses, estimándose el consumo en los últimos 6 meses en 18.803 onubenses y posiblemente en unos

3.500 los que consumen a diario.

Huelva ocupa el 4º lugar de Andalucía después de Málaga, Sevilla y Almería.

### 2.2.2. COCAÍNA

	Andalucía	Huelva	
	%	%	<b>Pobl. Total</b>
Consumo últimos 6 meses	5,4	8,6	<b>9.683</b>
Consumo último mes	2,7		
Consumo 2-6 veces/semana	0,3		

En relación al consumo de cocaína Huelva está más de tres puntos por encima de la media andaluza, pudiéndose estimar en unos 500 jóvenes onubenses los que consu-

men a diario cocaína. Las prevalencias más altas se dan en Málaga, Huelva y Sevilla.

### 2.2.3. ÉXTASIS

	Andalucía	Huelva	
	%	%	<b>Pobl. Total</b>
Consumo últimos 6 meses	2,8	6,1	<b>6.868</b>
Consumo último mes	1,4		
Consumo 2-6 veces/semana	0,1		



Como puede apreciarse la prevalencia de consumo en los últimos 6 meses de éxtasis entre los jóvenes onubenses supera en más de tres puntos a la media andaluza, situándose en aproximadamente en uno 6.868 los que han consumido esta sustancia en

los últimos 6 meses y podríamos decir que alrededor de unos 200 jóvenes onubenses consumen sustancias de síntesis entre dos y seis veces a la semana.

## 2.2.4. HEROÍNA

	Andalucía	Huelva	
	%	%	Pobl. Total
Consumo últimos 6 meses	0,2	0,2	225
Consumo último mes	0,1		
Consumo 2-6 veces/semana	0,0		

Los resultados obtenidos muestran que un 0.2 de los jóvenes andaluces han consumido heroína en los últimos 6 meses, lo que supone unos 2.000 jóvenes en toda Andalucía, y un 0.1 en el último mes, si extrapolamos estos datos a Huelva tendremos que unos 225 jóvenes onubenses habrán consumido en los últimos 6 meses y unos 115 en el último mes.

La no aparición de consumidores más habituales se debe, a que la mayoría de estos se encuentran en intervalos etarios superiores, entre los 25-44 años de edad, y a un descenso en el consumo de esta sustancia.

## 2.3. JUEGO

### 2.3.1. MÁQUINAS TRAGAPERRAS

	Andalucía	Huelva	
	%	%	Pobl. Total
Uso últimos 6 meses	3,0	5,0	5.629
Uso último mes	2,2		
Uso 2-6 veces/semana	0,3		

Según estos datos vemos como el uso de máquinas tragaperras entre los jóvenes onubenses en los últimos seis meses es del 5.0 %, dos puntos más que la media andaluza, pudiendo esto suponer unos 5.569 jóvenes y podríamos estimar que

existen unos 500 con trastornos por uso de estas máquinas. Huelva es la segunda provincia con mayor prevalencia de uso, después de Málaga.

### 2.3.2. VIDEOJUEGOS

	Andalucía	Huelva	
	%	%	Pobl. Total
Uso últimos 6 meses	32,4	23,7	26.685
Uso último mes	27,2		
Uso 2-6 veces/semana	9,0		

Como puede apreciarse el uso de videojuegos está muy extendido entre los jóvenes andaluces como se muestra en la tabla de arriba, donde se observa como el 32,4 % los ha usado en los últimos 6 meses y el 9% los usa entre 2 y 6 veces por semana.

La provincia de Huelva se sitúa en el sexto lugar dentro de las provincias andaluzas.

Una vez visto la prevalencia de consumos entre los jóvenes andaluces y onubenses y teniendo en cuenta los datos asistenciales del Servicio Provincial de Drogodependencias y Adicciones de Huelva podemos decir que la zona de mayor incidencia y prevalencia es Huelva ciudad y el cinturón de municipios que la rodean, junto con la costa occidental. Posiblemente por la situación geográfica (costa, puertos, cercanía al golfo de Cádiz, frontera con Portugal, etc.) las mejores comunicaciones, el desarrollo económico, etc. En lo referente a sustancias legales, los centros con mayor demanda de

tratamiento son los de Huelva ciudad y el del Cinturón, esto no quiere decir que no existan problemas derivados del consumo de alcohol y tabaco en los otros comarcales, pero posiblemente el consumo problemático de alcohol es visto como algo más "normal" en las comarcas del Condado, zona vitivinícola y en la comarca Cuenca-Sierra, además no existe tradición en la atención de estas sustancias en estas comarcas y existe una cierta reticencia de los pacientes de sustancias legales a ser tratados en los CTA, por lo que sería conveniente el cambio de denominación como centros de tratamiento de trastornos adictivos.

En lo concerniente a demandas de tratamiento derivadas del uso de juego, tenemos que decir, que apenas han existido demandas exclusivas derivadas por un mal uso de juego; si se han producido demandas asociadas juego-sustancias, sobre todo con alcohol y últimamente comienzan a aparecer demandas sólo y exclusivamente por juego.

Población total y de 15-49 años de Huelva provincia y comarcas, 2001.

Comarcas	Población Total		Población 15-49 años	
	Nº Habitantes	%	Nº Habitantes	%
Huelva	166.576	36,01	92.978	37,66
Cinturón	57.771	12,48	31.486	12,75
Andévalo	19.505	4,21	9.599	3,88
Costa Oeste	34.793	7,82	19.140	7,75
Costa Este	35.658	7,70	19.899	8,06
Condado	69.001	14,91	35.381	14,33
Cuenca-Sierra	79.275	17,13	38.379	15,54
<b>TOTAL</b>	<b>462.579</b>	<b>100,00</b>	<b>246.862</b>	<b>100,00</b>

## 2.4. POBLACIÓN Y PIRÁMIDES DE POBLACIÓN DE DERECHO

La población que se tendrá en cuenta será la total y la comprendida en el intervalo de edad de 15-49 años, ya que en esta franja etaria están comprendidas la mayoría de personas con trastornos adictivos, de acuerdo a la actualización padronal correspondiente al 2001 del Instituto de Estadística de Andalucía (IEA).

Como se puede observar el mayor volumen de población lo presenta Huelva (Huelva, Punta Umbría y Aljaraque) con una población total de 166.576 y parcial de 92.978, le sigue Cuenca-Sierra, Cinturón-Andévalo y Condado con poblaciones totales de 79.275, 77.276 y 69.001 y por último con poblaciones mucho menores Costa Este y Costa Oeste con 35.658 y 34.793 respectivamente.

Si relacionamos los porcentajes encontramos que las comarcas que tienen mayor porcentaje de población de 15-49 años que de población total son: Huelva (+1.65), Costa Este (+0.36), Cinturón (+0.27) y Costa Oeste (+0.23).

## 3. UBICACIÓN, COBERTURA Y ACCESIBILIDAD

La provincia de Huelva cuenta con seis Centros de Tratamiento Ambulatorio, de carácter público distri-

buido por la provincia, en los cuales ejercen su actividad asistencial siete Equipos Terapéuticos, compuestos por distintas disciplinas profesionales, medicina, psicología, trabajo social, enfermería; para dar cobertura a una población, que es la comprendida entre los 15-49 años, de 246.862 habitantes.



El CTA que atiende a Huelva ciudad está compuesto por dos Equipos Terapéuticos y en este está ubicado el Equipo de Gestión, el cual está compuesto por personal específico y por personal clínico que comparten las tareas asistenciales con las de gestión, además en este centro también se ubica el Equipo de Apoyo (un médico una psicóloga y una auxiliar administrativo) desde donde se desplazan a los distintos CTAs para reforzar su actividad cuando surjan las necesidades.

A continuación vamos a exponer la cobertura de cada uno de los CTA en relación con los municipios atendidos.

Cobertura de los CTA: municipios y población de 15-49 años, Huelva

CTA	Cobertura (Municipio)	Población 15-49 años	%
Huelva	Huelva, Punta Umbra y Aljaraque	92.978	37,66
Cinturón Andévalo	S. Bartolomé, Gibralcón, V. de los Castillejos, El Almendro, El Granado, Sanlúcar de Guadiana, Puerto de Guzmán, Paymogo, Alonso, Cabezas Rubias, V. De las Cruces, Sta. Bárbara de Casas, Moguer, Palos de la Fra., Lucena del Pto., S. Juan del Pto., Trigueros y Beis	41.085	16,63
Costa Oeste	Isla Cristina y Ayamonte	19.140	7,75
Costa Este	Lepe, Cartaya, Villablanca y S. Silvestre de Guzmán	19.899	8,06
Condado	Almonte, Bollullos, Bonares, Chucena, Escacena, Hinojos, La Palma del Condado, Manzanilla, Niebla, Paterna del Campo, Rocios, Villalba del Aice y Villarrasa	35.381	14,33
Cuenca Sierra	Araena, Alajar, Castaño del Robledo, Cortecóncepción, Cortelazor, Fuentesbridas, Galaxoza, Higuera de la Sierra, Linares de la Sierra, Los Marines, Puerto Moral, Sta. Ana la Real, Valdeleiro, Cortegana, Almonaster la Real, Aroche, Jabugo, La Nava, Rosal de la Frontera, Cumbres Mayores, Calaveral de León, Cumbres de En medio, Cumbres de S. Bartolomé, Hinojales, Arroyomolinos de León, Cala, Sta. Olalla de Cala, Zufre, Campofrío, Campillo, La Granada de Riotinto, El Berrocal, Nerva, Zalamea la Real, Valverde del Camino, Calañas y El Cerro del Andévalo.	38.379	15,54
<b>Provincia</b>		<b>246.862</b>	<b>100</b>

Existe otro equipo, que es el encargado de dar apoyo a los profesionales de Instituciones Penitenciarias en el campo de los trastornos adictivos y que está compuesto

por una médica y una psicóloga. Este equipo está atendiendo en estos momentos a unos 500 pacientes de los 1500 reclusos existentes en la Prisión Provincial.

**Población 15-49 años y CTA en la provincia de Huelva.**

CTA	Población 15-49 años	
	Nº Habitantes	%
Huelva + Cinturón Andévalo	134.063	54,30
Costa Oeste	19.140	7,75
Costa Este	19.988	8,06
Condado	35.381	14,33
Cuenca-Sierra	38.379	15,54
<b>TOTAL</b>	<b>246.862</b>	<b>100,00</b>

La distribución teórica de población de 15-49 años por Equipos nos da una cobertura media total de 35.266 habitantes por cada uno en la provincia de Huelva, siendo la de Andalucía de 36.416. Dentro de nuestra provincia existen diferencias en relación a las coberturas de cada Equipo, así los Equipos de Huelva ciudad presentan una cobertura media de 46.489 habitantes, seguido del Cinturón-Andévalo con 41.085, Cuenca-Sierra con 38.379, Condado con 35.381 y por último los de la Costa Este con 19.899 y Costa Oeste con 19.140. Como puede apreciarse la mayoría de los Equipos están por encima de la media andaluza. No obstante la realidad revela que existen unos centros con una carga asistencial bastante más elevada que

otros, posiblemente porque las incidencias y prevalencias de los consumos no son homogéneas en todas las comarcas así como tampoco sus realidades socioeconómicas.

La accesibilidad de los usuarios a los CTAs estará relacionada con la distancia en Km. desde su municipio a su centro de referencia y del tiempo en minutos que tarde en llegar.

La media total en Andalucía supone 27 Km. de distancia y 28 minutos de tiempo, siendo la media de Huelva de 31 Km. y 36 minutos de tiempo. Las provincias con menor accesibilidad son Jaén, Huelva y Almería empleándose 43, 36 y 34 minutos de media respectivamente para acceder al centro.

Distancia y tiempo medio de llegada a los CTAs. Huelva		
CTAs	Distancia Media Km.	Tiempo Medio minutos
Huelva	12	12
Andévalo	25	26
Costa Oeste	8	8
Costa Este	10	13
Condado	12	14
Cuenca Sierra	44	53
<b>Media TOTAL.</b>	<b>31</b>	<b>36</b>

Como se aprecia en la tabla de arriba el CTA con mayor accesibilidad es el de Costa Oeste, con una media de distancia de 8 Km. y un tiempo medio de 8 minutos y el de menor accesibilidad el de Cuenca Sierra con 44 Km, como distancia media y cerca de una hora como tiempo medio de llegada.

#### 4. ACTIVIDAD ASISTENCIAL GENERAL.

La actividad asistencial de cada CTA la evaluamos en función de dos parámetros:

**-El número de pacientes en programa (PP en adelante), en un**

**corte temporal a 31-12-2002, incluyendo inicios y reinicios.**

**-Las admisiones a tratamiento (AT en adelante), según las FIBAT correspondientes al 2002.**

##### 4.4.1. PACIENTES EN PROGRAMA

En este apartado se valoraran los siguientes datos: el número y el porcentaje de PP de cada uno de los CTAs, la Tasa de PP por cada mil habitantes en relación a la población susceptible de ser atendida (15-49 años) e igualmente sobre la población total.

Pacientes en programa. Tasa por mil habitantes en relación con la población de 15-49 años y con la población total. Huelva.

CTAs	Pacientes Programa PP		TasaPPx1000/ Población 15-19 años		Tasa PPx1000/ Población Total	
	Nº Pacientes	%	Nº habitantes	Tasax1000 habitantes	Nº habitantes	Tasax1000 habitantes
Huelva+Centurión	1.263	57,98	134.063	9,42	243.852	5,17
Andévalo						
Costa Oeste	242	11,11	19.140	12,64	34.793	6,09
Costa Este	198	9,09	19.899	9,95	35.658	5,52
Condado	305	14,00	35.381	8,62	69.001	4,42
Cuenca-Sierra	170	7,80	38.379	4,42	79.275	2,14
<b>TOTAL.</b>	<b>2.178</b>	<b>100</b>	<b>246.862</b>	<b>8,82</b>	<b>462.579</b>	<b>4,70</b>

Como puede apreciarse en la tabla anterior el CTA con mayor actividad asistencial con diferencia es Huelva+Cint-Andévalo con el 57.98% del total de los pacientes en programa a 31-12-2002, seguido del Condado (14.00%), Costa Oeste (11.11%), Costa Este (9.09%) y Cuenca Sierra (7.80%). Sin embargo los CTAs con mayor tasa de pacientes en programas, tanto en población de 15-49 años y en población general son los siguientes: Costa Oeste (12.64, 6.09), Costa Este (9.95, 5.52), Huelva+Cint-Ande. (9.42, 5.17), Condado (8.62,4.42) y Cuenca Sierra ( 4.42,2.14), estando la media de las tasas a nivel provincial en (9.01,4.66).

En nuestra Comunidad Autónoma las provincias con mayor actividad asistencial en números brutos son Sevilla, Cádiz y Málaga, pero si estandarizamos los datos podemos observar que las provincias que presentan mayores tasas de pacientes en programas tanto en población de 15-49 años como en población general son: Huelva, Almería y Córdoba.

Si relacionamos el porcentaje de cobertura con el porcentaje de pa-

cientes en programas, como puede apreciarse en el gráfico siguiente, podemos deducir que los CTAs que atienden un mayor porcentaje de pacientes que porcentaje de población de 15-49 años, son Huelva+Cint-And. (+3.68), Costa Oeste (+3.36), Costa Este (+1.03), Condado(-0.33) y Cuenca Sierra (-7.74). Esto quiere decir que el CTA que presenta un mayor equilibrio entre la población susceptible de ser atendida y la que en realidad atiende es el CTA Condado y los CTAs que presentan una desproporción en el sentido de tener más pacientes en programa que los que les pertenece por cobertura serían Huelva+Cint-Ande., Costa Oeste y Costa Este, posiblemente porque la incidencia y prevalencia del consumo de sustancias ilegales sea mayor en estas zonas y la accesibilidad también es mayor. Por último la diferencia tan grande que se aprecia en Cuenca Sierra puede que sea debida a la menor incidencia y prevalencia del consumo de sustancias ilegales y a la gran dispersión geográfica y escasa accesibilidad. Por lo que sería conveniente mejorar la accesibilidad y tratar de aumentar las demandas de tratamiento de sustancias legales y mejorar las tasas de retención.

Porcentaje de cobertura y porcentaje de pacientes en programas.

	Huelva+Cinturón Andévalo	Costa Oeste	Coste Este	Condado	Cuenca- Sierra
% Cobertura	54,30	7,75	8,06	14,33	15,54
% Pacientes Prog.	57,98	11,11	9,09	14,00	7,80
Diferencia	+3,68	+3,36	+1,03	-0,33	-7,74

#### 4.4.2. ADMISIONES A TRATAMIENTO

Para analizar este segundo elemento de la actividad asistencial ten-

dremos en cuenta las admisiones a tratamiento de todos los CTAs durante el año 2002, así como la tasa por mil habitantes tanto de la población de 15-49 años como en la población total.

Admisiones a tratamiento (A.T.). Tasa por mil habitantes en relación con la población de 15-49 años y con la población total.

CTAs	A.T.		Tasa ATx1000/ Población 15-19 años		Tasa ATx1000/ Población Total	
	Nº Pacientes	%	Nº habitantes	Tasax1000 habitantes	Nº habitantes	Tasax1000 habitantes
Huelva+Cintrón Andévalo	505	58,99	134.063	3,77	243.852	2,07
Costa Oeste	84	9,81	19.140	4,38	34.793	2,41
Costa Este	108	12,61	19.899	5,43	35.658	3,02
Condado	98	11,44	35.381	2,77	69.001	1,42
Cuenca-Sierra	61	7,12	38.379	1,59	79.275	0,76
<b>TOTAL</b>	<b>856</b>	<b>100</b>	<b>246.862</b>	<b>3,46</b>	<b>462.579</b>	<b>1,85</b>

Como puede apreciarse en la tabla anterior el CTA con mayor número de admisiones a tratamiento es con diferencia Huelva+Cint-Andev. Con un total de 505, lo que supone casi el 60% de todas las admisiones de la provincia, que ascienden a 856. Le siguen Costa Este, Condado y Costa Oeste con 108 (12,61%), 98 (11,44%) y 84 (9,81%) respectivamente y por último Cuenca Sierra con 61 admisiones, lo que supone el 7,12% del total.

La tasa de admisiones a tratamiento sobre la población de 15-49

años en Andalucía está en aproximadamente en tres pacientes por mil habitantes, sin embargo en la provincia de Huelva está en tres pacientes y medio, superándose dicha media en Costa Este, Costa Este y Huelva+Cint-Andev, con cinco medio, cuatro y medio y cerca de cuatro pacientes por cada mil habitantes respectivamente. Si vemos la tasa sobre población total, podemos observar que esta es de aproximadamente de dos pacientes por mil habitantes, excepto en Costa Este que es de tres y en Costa Oeste de dos y medio.

Porcentaje de cobertura y porcentaje de A.T. 2002. Huelva

	Huelva+Cintrón Andévalo	Costa Oeste	Coste Este	Condado	Cuenca-Sierra
% Cobertura	54,30	7,75	8,06	14,33	15,54
% A.T.	58,99	9,81	12,61	11,44	7,12
Diferencia	+4,69	+2,06	+4,55	-3,89	-8,42



Si relacionamos el porcentaje de cobertura con el porcentaje de admisiones a tratamiento, como puede observarse en la tabla anterior podemos deducir que los CTAs con mayor porcentaje de AT que de población de 15-49 años con bastante diferencia son Huelva+Cint-Andev. y Costa Este con 4.69 y 4.55 puntos de diferencia respectivamente, seguidos por Costa Oeste con 2.06. Por debajo del porcentaje de población se encuentra Condado con - 3.89 y Cuenca Sierra con - 8.42 puntos respectivamente.

## 5. CARGA ASISTENCIAL DE LOS PROFESIONALES

Para calcular la carga asistencial de los profesionales de los CTAs se tendrá en cuenta el número de pacientes en programa a fecha de 31-12-2002 y el número de

profesionales (médic@s, psicólogo@s, trabajadores sociales, y enfermer@s) por centros que atienden a dichos pacientes. El número de profesionales por centro está calculado en función del número de días que dedica a la asistencia, ya que hay varios profesionales que comparten tareas de gestión y asistenciales y otros prestan atención en distintos centros.

La carga asistencial media en Andalucía es de 81 pacientes por profesional en el año 2001, siendo la provincia con mayor carga Almería con 116 pacientes por profesional, seguida de Córdoba con 89 y Huelva con 85. La carga asistencial media actualmente de la provincia de Huelva es de 92.68 pacientes por profesional, como puede apreciarse en la gráfica siguiente.

Pacientes en programa, n° de profesionales y relación entre ellos. Huelva 2002.

CTAs	Pacientes Programa	N° Profesionales	Pacientes/Profesionales
Huelva+Cinturón	1.263	11	114.81
Andévalo			
Costa Oeste	242	3,25	74,46
Costa Este	198	3,25	60,92
Condado	305	3	101,66
Cuenca - Sierra	170	3	56,66
<b>Provincia</b>	<b>2.178</b>	<b>23,5</b>	<b>92,68</b>

Como puede apreciarse la mayor carga asistencial por profesionales la presenta Huelva+Cint-Andev. con 114.81 pacientes por profesional, seguido por Condado con 101.66 pacientes por profesional y después Costa Oeste, Costa

Este y Cuenca Sierra con 74.46, 60.92 y 56.66 pacientes por profesional respectivamente, por lo que sería conveniente adecuar estas ratios en Huelva+Cint-Andev. y Condado de cara a mejorar la calidad asistencial.

# LA POTENCIACIÓN DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS PARA MAYORES EN EL MEDIO RURAL: LA VIVIENDA TUTELADA DE ZUFRE

**Amparo Carrión Durán**

*Trabajadora Social Centro SS.SS.CC. Sierra Este*

**Mª Lorenza Corral Rufino**

*Directora Centro de SS.SS.CC. Sierra Este*



## 1. INTRODUCCIÓN

La experiencia que a continuación exponemos resume las actuaciones desarrolladas por el Equipo de Servicios Sociales Comunitarios de la Z.T.S. Sierra Este de Huelva (cuyos inicios se encuentran en el año 1993 y su finalización en el 2001), en torno a la creación y puesta en marcha de un

recurso residencial para personas mayores en el municipio de Zufre.

Las distintas acciones que se han llevado a cabo responden a la necesidad de potenciar alternativas que den respuesta a las necesidades de la población anciana, a partir del análisis de la demanda y de la realización de un estudio de investigación a través

de una muestra representativa de la población del municipio.

El trabajo describe las distintas fases por las que ha pasado el Proyecto:

- 1) Detección de la necesidad mediante el análisis de la demanda relacionada en el S.I.O.
- 2) Estudio de la población de Zufre a través de cuestionarios y entrevistas realizadas para tal fin.
- 3) Sensibilización político-municipal para la búsqueda de recursos.
- 4) Creación de las infraestructuras.
- 5) Información comunitaria mediante charlas y dípticos.
- 6) Potenciación de un grupo de voluntariado.
- 7) Acercamiento de la Comunidad a este recurso mediante la puesta en marcha del Taller «el que siembra, recoge».

## 2. ORIGEN Y FILOSOFÍA DEL PROYECTO

Zufre es un municipio situado al noroeste de la provincia de Huelva; se enmarca en la comarca serrana, distando 125 Kms. de la capital de provincia y 83 Kms. de Sevilla. Cuenta con un total de 1054 habitantes, de los cuales alrededor del 25% son personas mayores y el 4'27% son mayores de 80 años. Estos datos porcentuales son semejantes a los del resto de pueblos serranos, caracterizados todos ellos por la existencia de una población envejecida, una falta importante de

recursos sociales y un alto índice de ancianos que viven solos y con un escaso nivel de ingresos.

En el año 1993, el Centro de Servicios Sociales Comunitarios de la Sierra Este, tras el análisis de la demanda del servicio de información y orientación realizado en este municipio, detecta un alto número de solicitudes de internamiento en Centros Residenciales. Ello unido a la falta de recursos de esta índole en la comarca y a la saturación de los que ya existían (Residencias de Aracena e Higuera de la Sierra), hace que el Equipo se plantee la necesidad de aunar esfuerzos en un intento de dar alternativas que dieran respuesta a este problema emergente.

Es así como el Equipo empieza a trabajar en el diseño de un Proyecto para la creación de una MINI-RESIDENCIA CON UNIDAD DE DÍA en el municipio de Zufre, término original que con posterioridad fue modificado por el de **VIVIENDA TUTELADA**, según las orientaciones recibidas por este Equipo desde la Delegación de Asuntos Sociales de Huelva.

La filosofía que subyace en el Proyecto está tomada íntegramente del Plan Gerontológico, publicado por el Ministerio de Asuntos Sociales en el año 1991, en el que se defiende la idea de que los «ayuntamientos tendrían que concentrar esfuerzos para favorecer la cristalización de un modelo residencial a la persona

de edad, más normalizado, integrado y próximo al entorno natural de convivencia».

Teniendo en cuenta las ideas fundamentales del Plan, retomamos lo que consideramos que era perfectamente extrapolable a la realidad de Zufre y que destacamos seguidamente:

- a) El tamaño de los Centros Residenciales deberá ser medio o pequeño, pero disponiendo de espacio suficiente para desarrollar el programa de estancias diurnas.
- b) Los beneficiarios de las plazas residenciales deberán ser personas mayores en situación de dependencia o semidependencia, residentes en la zona.
- c) Generalizar gradualmente la Unidad de "estancia diurna" en Residencias para propiciar entre las personas mayores con autonomía reducida un cuidado adecuado.
- d) En las Residencias de nueva construcción se tenderá a establecer servicios de lavandería y comidas al exterior. De esta forma, mediante la creación de estos servicios podríamos dar respuesta a las necesidades existentes por la falta de equipamiento en la mayoría de las viviendas.
- e) Establecer la coordinación necesaria entre el Centro Residencial y las Instituciones Públicas y privadas del pueblo, al objeto de dinamizar la vida del centro y facilitar la integración de los residentes en la Comunidad.

Estas premisas básicas o ideas fundamentales tomadas del Plan Gerontológico fueron el germen de nuestro Proyecto, cuyo objetivo general tendía a «conseguir la creación de una Miniresidencia con Unidad de Día que facilitara la permanencia de la población anciana de Zufre en su entorno, apoyando mediante el establecimiento de determinados servicios su autonomía, implicación en las tareas de la Comunidad e integración».

Este Proyecto, que por aquel entonces constituía una experiencia piloto, se planteaba la ardua tarea de crear un recurso ecológico, cercano a la población e integrado en la Comunidad, que diera respuesta a las necesidades de alimentación, alojamiento, lavandería y aseo de la población anciana. Un ambicioso Proyecto que en su desarrollo ha tenido muchos más inconvenientes que ventajas, pero que ha representado una apuesta importante del Equipo de Servicios Sociales Comunitarios por la creación de recursos en una zona en la que la ausencia de éstos ha sido la tónica general.

### 3. DESARROLLO DEL PROYECTO

#### 3.1. FUNDAMENTOS

Las necesidades de las personas mayores que antiguamente eran satisfechas dentro del ámbito familiar, hoy, en ocasiones, no son cubiertas por ninguna instancia social. Ello

provoca consecuencias negativas, tales como situaciones de aislamiento, soledad y/o marginación.

Las soluciones clásicas a estas necesidades no cubiertas (que arc

*S.A.D.) se han basado en el internamiento en un Centro Residencial.*

Estos Centros permiten prestar una atención continuada, pero no siempre constituyen la situación idónea debido a que:

- a) Por razones de costo, no se atienden todas las necesidades o demue
- b) Fundamentalmente, existe el in

conveniente de que se separe a la persona de su medio habitual de vida, de sus amistades y refugio

nes, lo que muchas veces supone un deterioro de la calidad de vida de las personas atendidas.

Es por ello, por lo que decidimos, en el año 1994, hacer un estudio que fundamentara nuestro Proyecto, para lo cual se pasó una encuesta a una muestra que representaba al 25% de la población total de Zafre, correspondiendo el 50% de la misma a personas comprendidas entre los 18 y los 59 años y el otro 50% restante a personas mayores de 60 años. A través de estas encuestas pretendíamos conocer:

- La situación socio-familiar de los usuarios potenciales.

- Cuestiones infraestructurales de las viviendas.

- Las posibles situaciones o alternativas que los ciudadanos demandan a las demandas de internamiento.

- Indicadores para crear un grupo de Voluntariado.

Los datos más relevantes que pudimos extraer del estudio fueron los siguientes:

- 1) El 80% de la muestra demandaba un servicio residencial en su propio municipio.
- 2) No existía un perfil significativo de usuarios potenciales.
- 3) El 62,58% de la muestra se manifestaba dispuesta a colaborar con el servicio que se creara.
- 4) Había un importante número de viviendas que, o bien no contaban con equipamientos adaptados a las personas mayores, o bien tenían barreras arquitectónicas destacables.

## 3.2. MEDIDAS DE ACTUACIÓN

### 3.2.1. Contactos con Agentes Claves

- Se mantienen reuniones con el alcalde y representantes municipales a fin de informarles de los resultados obtenidos en el estudio, así como buscar el apoyo político e institucional necesario para llevar a cabo nuestro Proyecto.

- Igualmente informamos y contrastamos datos con el personal sanitario.
- Hubo contactos con las dos Residencias de Ancianos más cercanas (Higuera de la Sierra y Aracena) para recoger datos en torno al número de personas que estaban siendo atendidas desde estos Centros y las que estaban en lista de espera.
- Se hicieron múltiples gestiones con el Servicio de Mayores de la Delegación de Asuntos Sociales de Huelva para pedir asesoramiento en la realización del Proyecto y en la búsqueda de fuentes de financiación.
- Se realizaron peticiones de documentación sobre experiencias anteriores al Área de Servicios Sociales de la Diputación Provincial de Huelva.

### 3.2.2. Gestión Municipal

El Ayuntamiento, concienciado con este Proyecto, adquiere una finca dentro del casco urbano que consta de una pequeña casa con huerto y solicita subvenciones para su rehabilitación.

Es así como se inician las obras de construcción de la futura vivienda.

### 3.2.3. Información Comunitaria

Paralelamente a las gestiones municipales con órganos competentes para buscar fuentes de financiación que posibilitaran las obras de construc-

ción, el Equipo de Servicios Sociales empieza a trabajar con la población dando información y difusión del Proyecto a través de dípticos y carteles que se elaboran para tal fin.

En tales dípticos se anunciaba: «La Casa de los abuelos será un hogar donde convivan, en un clima familiar, personas mayores de la localidad con problemas de soledad y autonomía personal. Al mismo tiempo contará con un servicio externo, de cara a los no residentes, de comedor, lavandería e higiene personal».

### 3.2.4. Potenciación de un grupo de Voluntariado

Simultáneamente, el Equipo de Servicios Sociales realizó acciones para la captación de futuros voluntarios de la Vivienda.

Posteriormente, tras su inauguración, la ONG GERON realizó un Curso Formativo para los voluntarios interesados.

### 3.2.5. Taller «El que siembra, recoge»

Con objeto de sensibilizar a la población del municipio, se realiza este Taller intergeneracional en el verano de 2.001, promovido por los Servicios Sociales Comunitarios y patrocinado por la Junta de Andalucía, en el que participaron distintas Asociaciones y Entidades del pueblo (Asoc. Juvenil, de 3<sup>a</sup> Edad, de Mujeres, Colegio Público y Ayun-

tamiento). El fin era rehabilitar el jardín de la vivienda, cuya apertura estaba próxima.

Es en este momento cuando los Servicios Sociales dan por cumplido su objetivo: **potenciar y crear un Centro, tanto residencial como de servicios, para personas mayores en el propio municipio**, delegando en el Ayuntamiento la puesta en marcha del mismo.

### 3.2.6. Puesta en marcha

Finalmente, el Ayuntamiento, debido a sus limitaciones presupuestarias y al carecer del apoyo económico de la Junta de Andalucía, decide convenir con la ONG GERON a través de un contrato de cesión por un período de cinco años, para garantizar su puesta en funcionamiento.

A finales de octubre de 2.001 se inaugura la VIVIENDA TUTELADA con una capacidad para 7 personas válidas.

El Centro cuenta con dos plantas; la inferior, destinada a zonas comunes (comedor, salón, cocina, espacio para talleres, lavandería, aseo y despacho del director), y la superior donde se ubican los dormitorios y aseos.

Un director y cinco Auxiliares son los encargados de atender el Centro.

## 4. REFLEXIONES FINALES

Cuando nos proponen hacer un artículo después de prácticamente 8 años

desde que surgió la idea de crear este tipo de servicio, con sus grandes dificultades y problemas en el trayecto de su desarrollo, nos planteamos hacerlo para dar a conocer lo importante, a pesar de todo, que es **POTENCIAR RECURSOS EN NUESTROS PUEBLOS**, partiendo de necesidades sentidas y manifestadas por la población, una de las funciones más destacables y necesarias de los Servicios Sociales Comunitarios.

Pero por otra parte, no podemos dejar de hacer mención a los graves inconvenientes y dificultades con los que nos hemos encontrado en el desempeño de este ilusionante Proyecto; y sobretudo la no coincidencia entre nuestras expectativas iniciales y la realidad actual del recurso.

Nuestra crítica personal y profesional se centra sobretudo en los siguientes aspectos:

### 1) Falta de apoyo institucional.

Entendemos que el coste de este tipo de Centro no puede ser asumido por un municipio de estas características; por tanto, desde el principio se pensó en el concierto de plazas con la Administración, al igual que se hace con otros Centros Residenciales cercanos.

2) Este recurso siempre ha ido orientado a atender las necesidades de atención y cuidado que precisan las personas mayores con falta de autonomía, no pudiéndoseles garantizar una atención adecuada en su domicilio. Por otra

parte, el tipo de recurso denominado Vivienda Tutelada no contempla la atención de esta tipología de usuarios, como tampoco contempla a aquellos otros que sufren un deterioro estando ya ingresados. Lo dicho anteriormente es de destacar por dos motivos fundamentales:

- a) Esta tipología de Centro no da respuesta a la necesidad real que tiene la población anciana de Zufre.
- b) La inhibición, por parte de la Administración Pública, de apoyar económica y técnicamente un recurso de estas características, contraviene lo establecido por el Plan Gerontológico.

3) Esta última crítica es muy importante y va dirigida especialmente a nosotros, los profesionales, que con ilusión creímos que era posible llevar a cabo el Proyecto inicial, sin contar en el estudio con aspectos tales como:

- 1º) Un minucioso estudio de costes;
- 2º) Ver la responsabilidad en la gestión de este servicio especializado por parte de la Administración con competencia en esta materia;
- 3º) Otros muchos problemas adicionales a la realización del Proyecto teniendo en cuenta lo que su-

pone un trabajo extra dentro de la dinámica de los Comunitarios.

Para terminar, queríamos dejar en el aire una serie de cuestiones que aun no hemos llegado a entender después de toda esta historia:

- ¿Por qué no se pueden concertar este tipo de plazas en Viviendas Tuteladas y si en Residencias?
- Según el Plan Gerontológico, el tamaño de los Centros Residenciales deberá ser medio o pequeño, pero ¿a quién se apoya más desde la Administración?, ¿Dónde están las famosas Viviendas Tuteladas para Mayores que se pretendían crear para que el anciano no saliera de su pueblo los últimos días de su vida?
- ¿Cómo los pueblos pequeños con escasos presupuestos y dotaciones profesionales pueden embarcarse en este tipo de Proyectos?

Y podríamos seguir, pero creemos que en realidad lo más importante que hemos aprendido los Servicios Sociales Comunitarios es que este tipo de filosofía muchas veces es utópica y, sobre todo, que la RENTABILIDAD SOCIAL no siempre coincide con la muy importante RENTABILIDAD ECONÓMICA.

## BIBLIOGRAFÍA

\*Plan Gerontológico. Ministerio de Asuntos Sociales. 1991.



## PROYECTO DE CENTRO DE TRATAMIENTO AMBULATORIO PARA DROGODEPENDIENTES EN LA CIUDAD DE MONTEVIDEO (URUGUAY)

**Alfonso Ramírez de Arellano Espadero**

*Psicólogo y psicoterapeuta de familias y otros sistemas humanos,  
Técnico del Centro Comarcal de Drogodependencias del Condado,  
Exma. Diputación Provincial de Huelva.*

### RESUMEN

El presente reportaje se enmarca en una línea de cooperación con instituciones públicas y ONGs de Latinoamérica con la que el autor viene colaborando desde hace algunos años a través del Grupo Interdisciplinar sobre Drogas (GID) y con la generosa colaboración de la Excelentísima Diputación Provincial de Huelva.

En este caso se trataba de asesorar a DIANOVA, una ONG internacional especializada en el sector de drogodependencias, para la realización de un **proyecto de centro de asistencia ambulatorio en la ciudad de Montevideo (Uruguay)**. En ocasiones anteriores se desarrolló una acción

formativa en Managua (Nicaragua) dirigida a profesionales y responsables de comunidades terapéuticas de Centroamérica sobre «técnicas de intervención familiar» y una consultoría al Gobierno de la Región de Buenos Aires (Argentina) sobre «prevención e intervención comunitaria en materia de drogodependencias».

Un pequeño avión luminoso recorre paso a paso la distancia entre dos continentes en una pantalla situada frente a los pasajeros. A la derecha aparecen de vez en cuando la altitud, la temperatura y el horario del lugar de destino. Éstas, junto con las vibraciones y el ruido del motor, son las únicas referencias que nos permiten adivinar que avanzamos hacia nuestro destino, ya que las ventanillas permanecen oscuras o cerradas la mayor

parte del viaje. Con un cansancio muy superior a lo que indican las agujas del reloj y un poco aturdidos aterrizamos en la región del recuerdo.

Desembarcamos en un lugar que bien podría ser el aeropuerto de Sevilla antes de la remodelación practicada para la celebración de la Exposición Universal de 1992. Eso tiene Centroamérica; consigue que los habitantes de la Península Ibérica sintamos haber vuelto a casa, como en un sueño de pasado tropical, para comprobar que el Mediterráneo extiende sus aguas más allá del contorno que dibujan los mapas.

Esa similitud con el pasado andaluz, aunque también madrileño, canario y portugués, no se limita a la luz y a determinados aspectos del paisaje urbano arbolado, sino que también se extiende al carácter de la gente y al desarrollo de programas sociales y de salud que en definitiva era lo que veníamos a conocer.

La comunidad terapéutica de Melilla, sede principal de DIANOVA URUGUAY, uno de los lugares que veníamos a visitar, estaba ubicada en una finca que había sido propiedad de uno de los padres de la República. Su extensión y el relativo lujo rural del lugar contrastaban con la también relativa precariedad económica de la organización. ¿Conocen alguna de esas suntuosas propiedades que la Iglesia Católica cede a determinadas organizaciones cristianas humanita-

rias en España? Pues el ejemplo puede valer si restan el elemento religioso manifiesto y la estética vetusta y solemne. Allí, o como ellos dirían allá, hay más luz y más espacios abiertos.

Allá, como acá hace veinticinco años, casi los únicos recursos asistenciales de que disponen para atender los problemas derivados de las drogodependencias son las comunidades terapéuticas rurales –nosotros solíamos denominarlas «granjas»– dependientes de entidades privadas y ONGs, y los servicios de Urgencia de los hospitales. Entre ambas alternativas se extiende un gran vacío material y conceptual. Resultaba difícil explicar en qué consiste un centro ambulatorio profesional a los técnicos y a los responsables (públicos y privados) de un país donde la propuesta hegemónica de tratamiento para drogodependientes es en régimen de internamiento o de hospitalización temporal. El comentario más frecuente después de escuchar educadamente las explicaciones era la siguiente: «*Comprendo, se trata de un dispositivo donde los muchachos hacen terapia y realizan actividades durante el día y vuelven a su casa durante la noche*».

Bien, un servicio ambulatorio puede parecerse más a un consultorio psiquiátrico o a una consulta psicológica que a un centro de internamiento, al menos en lo que se refiere a la dinámica cotidiana. Pero aún quedaba el pequeño detalle de la interdisciplinariedad. Médico psiquiatra y psicólogo vale, pero ¿para qué un trabajador social? y ¿cómo un médico especializado en drogodependencias va a sustituir a un psiquiatra (cuando, además, no existe tal especialidad en el país)? Ni más ni menos dudas que las que se plantearon aquí hace veinte años; ni más ni menos luchas de poder que las que reverdecen aquí por temporadas. Se aprende mucho volviendo al pasado.

Pero no todo es pasado en Uruguay. Por ejemplo, ante la agudización de la actual crisis económica como país satélite –en lo material, la cultura es otra cosa– de Argentina, los sindicatos, la Administración e incluso las empresas parecían haber suscrito un pacto solidario por el cual era preferible perder cierto poder adquisitivo que dar vía libre a los despidos que con-

ducirían a muchas personas a la exclusión social. El principio de la «competitividad por encima de todo» no siempre es una garantía de modernidad, en cambio, disfrutar del inmenso paseo marítimo que circunda la capital –Las Ramblas– haciendo deporte, paseando al perro o conversando con los amigos en amable convivencia intergene-racional e interracial, no parece precisamente un signo de subdesarrollo. Además casi todo eso lo hacen «mateando», que es una actividad que requiere sosiego y ambas manos. Si los ingleses tomaran el té andando por la calle bajo un cielo despejado y luminoso serían igual de civilizados y quizá un poco más asequibles y simpáticos.

Otro detalle significativo; los uruguayos o al menos los montevideanos no culpan a los demás de sus desgracias, y si lo hacen debe ser muy en privado porque nunca los escuchamos. Se parecen a los argentinos en el habla, pero el ritmo es muy diferente. ¿Pueden imaginar a un argentino mesurado, introvertido, melancólico y pausado?

El trabajo consistía en lo que, dadas las circunstancias, se denominaba un poco pomposamente: «Realizar un estudio de viabilidad para la instalación de un centro de Tratamiento Ambulatorio para drogodependientes en Montevideo, combinando un estudio y pronóstico del entorno (amenazas y oportunidades) con una evaluación de las fuerzas y debilidades de la organización para obtener ese objetivo».

El contexto general del país no es bueno. Si la crisis económica continúa o empeora puede representar un peligro para todos los programas de atención social y sanitaria que no estén dirigidos a la minoría con más recursos de la población. Por otra parte, desde el sector público no se aprecia una política definida en materia de drogodependencias. Los recursos asistenciales son escasos, desordenados y ni siquiera cuentan con un registro fiable de lo que realmente se está haciendo, con una notable excepción; El INAME. El Instituto Nacional de Atención al Menor se ocupa de sufragar los gastos de tratamiento y de supervisar técnicamente la evolución de los menores con problemas derivados del uso problemático de drogas. La protección del menor y la alfabetización han sido dos baluartes tradicionales de la política social de la República Oriental del Uruguay, lo cual dice mucho en su favor.

La ronda realizada por las instituciones públicas fue desalentadora. No había medios casi para el mantenimiento precario de los recursos públicos existentes. Aunque siempre nos acompañó la sensación de que habían conocido tiempos mejores, particularmente en la Intendencia (el Ayuntamiento) de Montevideo, cuya sede es un edificio gigantesco situado en el centro de la ciudad y cuyo hall es tan grande que puede albergar exposiciones sin interrumpir el tránsito de los ciudadanos en su interior.

Las visitas a las mutuas ofrecieron más esperanzas: El problema de las drogodependencias era real; sus clientes reclamaban respuestas y ellos no disponían de buenas alternativas. Ahí se vislumbraba un posible acuerdo de colaboración.

Finalmente la propia organización contaba con varios elementos afavor: La entidad se estaba consolidando como una propuesta seria y profesional a las drogodependencias (eludiendo entrar en debates ideológicos anacrónicos sobre la oposición entre una supuesta alternativa terapéutica ideal y la reducción de daños, muy de moda en el país); disponía de instalaciones adaptables para el objetivo del proyecto e incluso para otros complementarios como un **centro de día**, que permitiría realizar una oferta terapéutica bastante completa; y, algo muy importante, el entusiasmo de los profesionales y del equipo directivo para llevar a cabo la misión.

No cabe duda de que realizar las inversiones que requiere la puesta en marcha de un centro ambulatorio en esas condiciones socioeconómicas (que además pueden empeorar en los próximos años) entraña un riesgo, pero si la propuesta consigue consolidarse dadas de desarrollo:

- Permitirá ofrecer un servicio eficiente; o sea, más barato y que llegue a mayor número de personas.
- Completará la oferta terapéutica de la organización.

- Podrá convertirse en un modelo de referencia para el país y para otros países de América Latina donde la organización también tiene sedes.

En esas condiciones no tuvimos más alternativa que aceptar le reto de informar favorablemente del proyecto a la sección internacional de la organización y aceptar la responsabilidad de ayudarles a realizar materialmente el proyecto. En este punto hay que decir que DIANOVA INTERNACIONAL es la que en definitiva realiza el encargo de la consultoría y la que se compromete a buscar los fondos para apoyar su puesta en marcha.

El proyecto de futuro incluye la puesta en marcha de un **centro de tratamiento ambulatorio** profesional en un edificio de dos plantas situado en la ciudad de Montevideo (c/ Rondeau); la apertura con carácter experimental de un **servicio de información y orientación sobre drogodependencias**; y el estudio de la habilitación de los bajos del edificio como futuro **centro de día**, una vez que se haya consolidado el recurso principal ambulatorio. Además la organización seguiría contando con la comunidad terapéutica rural de Melilla.

El desarrollo de tan ambicioso proyecto requerirá de un proceso de formación y asesoramiento dirigido tanto a los profesionales que constituirán el equipo terapéutico como al equipo directivo de DIANOVA URU-

GUAY. Para ello esperamos contar de nuevo con la colaboración del Servicio Provincial de Drogodependencias y Adicciones de la Excelentísima Diputación de Huelva, para proporcionar un estage formativo a los miembros del equipo del futuro centro antalaciones como medio más eficaz de aprender en directo el funcionamiento de los dispositivos ambulatorios profesionales cualificados plenamente consolidados, y con la mediación cualificada del Grupo Interdisciplinar sobre Drogas (GID), para facilitar este trabajo de cooperación con Iberoamérica.

En la actualidad el equipo promotor de Uruguay ya está trabajando con la **Guía para la elaboración de la historia clínica y del programa de tratamiento individualizado (PTI)**, y con el **Catálogo de servicios del SPDA** de la Excm. Diputación Provincial de Huelva como documentos de referencia y herramientas técnicas para el desarrollo del futuro centro.

Esa es una de las ventajas de la Cooperación internacional: El servicio ambulatorio de Montevideo podrá disfrutar desde un principio de algunos de los avances metodológicos y técnicos que Huelva ha ido construyendo en los últimos años. Por otra parte, abre la puerta para la colaboración en un sector donde ellos tienen más experiencia: El tratamiento de menores con problemas derivados del consumo de drogas.

La vuelta tiene un efecto paradójico. A pesar de que el viaje puede resultar tan cansado o más que el de ida, todo parece haber ocurrido demasiado deprisa como para asimilarlo inmediatamente. Todavía hoy, tres meses después de la vuelta, escribiendo este servicio Pilar Muñoz González descubro cosas nuevas, por lo que no me queda más remedio que reiterarle las gracias.

#### **NOTA:**

Hemos preferido recoger en documento aparte lo que podríamos denominar como la descripción técnica de la metodología del proyecto a fin de no entorpecer el estilo narrativo del reportaje. Queda a elección de los responsables de la revista la inclusión o no de este complemento técnico. En cualquier caso, si algún lector desea ampliar información sobre el proyecto sólo tiene que ponerse en contacto con el autor o con el SPDA.

### **DOCUMENTO SOBRE METODOLOGÍA Y FASES DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **Introducción y descripción de la metodología**

El objetivo de la visita consistía en obtener la información necesaria «in situ» para determinar la viabilidad de un proyecto de **centro ambulatorio** en Montevideo que sea complementario de los recursos que DIANOVA dispone en el país. Se trataba de comprobar la necesidad

social y sanitaria de un recurso de estas características en la capital del país y de evaluar su compatibilidad objetiva y subjetiva (posibles resistencias al cambio) con los ya existentes. Para ello ha sido necesario obtener información tanto de la realidad asistencial de la zona (amenazas oportunidades), como de la estructura material y humana de DIANOVA (fuerzas y debilidades) para incorporar satisfactoriamente este nuevo recurso -el centro ambulatorio-, que previsiblemente modificará la estructura económica y la terapéutica y el circuito asistencial de la entidad.

#### **El enfoque metodológico**

Desde una perspectiva sistémica el asesoramiento a una organización de otro país para construcción de una nueva alternativa (en este caso un recurso terapéutico ambulatorio) implica un proceso análogo al que desarrollan muchos especialistas en su trabajo diario con familias y otros grupos humanos.

La intervención desde un punto de vista psicosocial (sistémico) se construye partiendo de un análisis de la demanda compartido con los interesados. Ellos son los auténticos expertos; ellos son los que conocen sus necesidades, sus problemas y los que han de asumir las posibles soluciones. El experto «oficial» es un mediador cualificado; un especialista en comunicación y relaciones hu-

manas que posee conocimientos sobre la materia específica que se trate en cada caso.

Desde esta perspectiva el proceso de la intervención siempre implica asumir ciertos condicionantes:

- Renunciar a la aplicación automática de fórmulas conocidas.
- Adaptación a las condiciones locales y no al revés.
- Asumir un enfoque dialéctico en el que la comunicación es el principal vehículo para conocer y transformar la realidad.

Todo ello implica adoptar una posición flexible, adaptable y con sentido de la oportunidad.

La metodología podría calificarse como de «investigación/acción participativa»; y el enfoque como «psicosocial», en el sentido de una mediación entre partes.

Las "partes" participantes en el proyecto son las siguientes:

- La entidad patrocinadora del proyecto: **DIANOVA INTERNACIONAL**.
- **DIANOVA URUGUAY**. Entidad receptora de la intervención, pero que en la segunda parte será la auténtica protagonista del proyecto, ya que ella será la encargada de la puesta

en marcha del centro ambulatorio.

- **EL GRUPO INTERDISCIPLINAR SOBRE DROGAS**. Es la entidad técnica mediadora que recibe el encargo, busca el experto y asesora el proceso.
- **LA DIPUTACIÓN DE HUELVA**. Es la entidad colaboradora que facilita la participación del experto en el proyecto y suministra instrumentos técnicos y metodológicos a través del Servicio Provincial de Drogodependencias y Adicciones.
- **EL EXPERTO**. Es quién realiza materialmente la evaluación y la mediación psicosocial.

### Fases de la intervención

Los pasos que a continuación se describen corresponden a la fase diagnóstica del proyecto o estudio de viabilidad, sin olvidar que desde la metodología que estamos trabajando todo diagnóstico compartido es en sí mismo una intervención

- 1º) Recopilación y estudio de documentación previa a la visita.
- Requisitos para la habilitación de instituciones profesionales abocadas al tratamiento de usuarios problemáticos de drogas de la Junta Nacional de droga de la República Oriental del Uruguay.

- Cuestionario Análisis de la realidad y Análisis de la realidad del Departamento de Investigación y desarrollo de DIANOVA INTERNACIONAL.
  - Informe Primera Fase DIANOVA URUGUAY realizado por el GID.
  - Proyecto Centro de Día DIANOVA URUGUAY.
  - Convenio INAME (Institución de menores) DIANOVA URUGUAY.
- 2º) Solicitud de información complementaria durante la visita.
- Fichas sobre personal de DIANOVA URUGUAY.
  - Documento sobre Buenas Prácticas de DIANOVA URUGUAY con la colaboración del GID.
  - Proyecto Ambulatorio realizado por la psicóloga de Rondeau.
  - Suplemento del periódico Uruguayo El País **quepasa** nº 120, del Sábado 21 de Septiembre.
- 3º) Entrevista con el responsable de DIANOVA INTERNACIONAL para afinar los objetivos generales de la misión.
- Entrevista en sede del GID previa a la visita a Uruguay.
- 4º) Entrevistas programadas con responsables, gestores e informantes privilegiados de instituciones públicas y privadas de Uruguay.
- Reunión en sede de la UCM (Mutua uruguaya).
  - Reunión en sede del CASMU (Mutua uruguaya).
  - Reunión en sede del SUAT (Mutua uruguaya).
  - Entrevista con la Responsable (y equipo) de la Junta Nacional de Drogodependencias del Gobierno de la República Oriental del Uruguay (JND).
  - Entrevista con la responsable del Departamento de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Montevideo.
  - Entrevista con una representante del INAME (Departamento de menores).
  - Reunión con representantes de las entidades del sector y la JND.
  - Entrevista con un informante estratégico (por su posición en las entidades que operan en el sector, por su trabajo en una de las mutuas más importantes, por su vinculación a la Universidad y por los diversos cargos públicos relacionados con el sector que ha ocupado): El Dr. Fredi da Silva.
- 5º) Entrevistas programadas con responsables, técnicos y equipos (terapéuticos y directivo) de DIANOVA URUGUAY.



- Entrevista con los miembros del equipo terapéutico de Melilla.
- Participación en una reunión de equipo terapéutico de Melilla.
- Reunión con el equipo directivo de DIANOVA URUGUAY

6º) Visita a los recursos de DIANOVA URUGUAY con un enfoque de observación participante.

- Visitas a las instalaciones de Melilla y Rondeau.

7º) Realización del informe. Descripción de puntos fuertes y débiles. Sugerencias y recomendaciones.

8º) Entrevista de devolución con los responsables de DIANOVA INTERNACIONAL y DIANOVA URUGUAY.

## EN BUSCA DE LA TRANSFORMACIÓN SOCIAL

**Miguel Monterde Morón**

*Trabajador Social de la Z.N.T.S. Nerva*

**María Sanpedro Martín González**

*Técnico Medio en Prevención y Dinamización Social Z.N.T.S. Nerva*

### RESUMEN INTRODUCTORIO DEL ARTÍCULO

La intención que nos mueve a publicar este artículo es dar a conocer el trabajo que se está desarrollando dentro del proyecto, "ZONAS CON NECESIDAD DE TRANSFORMACIÓN SOCIAL" que se lleva a cabo en el municipio onubense de Nerva, poniendo de manifiesto los subproyectos y actuaciones implantados hasta el mes de marzo de 2003, así como algunas líneas de actuación que determinarán el futuro inminente del desarrollo del proyecto Z.N.T.S. en el antes citado municipio de Nerva.

### INTRODUCCIÓN

Con el presente artículo, se pretende dar a conocer el trabajo desempeñado dentro del proyecto de Zonas con

Necesidades de Transformación Social, que subvenciona la Junta de Andalucía a través de la Diputación Provincial Huelva, en el municipio de Nerva.

Se expondrán un conjunto de actividades, intervenciones y proyectos que se han venido realizando dentro del mismo en el espacio de tiempo comprendido entre febrero de 2001 y marzo de 2003.

El proyecto de Z.N.T.S. en Nerva, está inserto en la Zona de Trabajo Social Cuenca Minera, una de las ocho Zonas de Trabajo Social en las que la Diputación Provincial divide la provincia de Huelva en cuanto a la organización de los Servicios Sociales Comunitarios.

Las barriadas enmarcadas en el proyecto eran "Pozo Bebé", "Ce-

menterios Viejo", "San Antonio" y "La Garza"; barriadas que se encuentran rodeando perimetralmente al municipio por su zona exterior.

Las dos primeras, se tratan de barriadas antiguas, tradicionales de Nerva, que en su origen fueron ocupadas libremente por población foránea que se asentaba en la periferia mediante la construcción de chabolas y casas de adobe. Actualmente están ocupadas por núcleos familiares de avanzada edad que mantienen estilos de vida disnómicos.

Las dos restantes barriadas, son de promoción pública y de reciente construcción habitadas por familias jóvenes a las que se le ha facilitado el acceso a la vivienda, y que en gran número son originarias de "Pozo Bebe" y "Cementerio Viejo". La mayoría de los núcleos familiares que residen en estas barriadas tienen graves carencias socio-familiares y económicas provocando con su estilo de vida continuos conflictos familiares. Este hecho conlleva el que las escasas familias sin problemáticas que allí residen renuncien a esas viviendas con la finalidad de cambiar de zona de residencia.

Todas estas Barriadas tienen una amplia y diversa problemática social. Las características comunes existentes entre estas cuatro Barriadas son primordialmente:

Su ubicación geográfica en el municipio, ya que todas están situadas en la periferia del mismo.

La inexistencia de una red de servicios públicos, (tiendas de alimentación, farmacias, bancos, bares etc.), ya que son muy escasos los negocios que existen en estas barriadas y sus alrededores.

La residencia en las mismas de la mayoría de los individuos y núcleos familiares que son habituales usuarios del Sistema Público de Servicios Sociales.

Con respecto a las problemáticas sociales y las características diferenciadoras tanto de las propias Barriadas como de los residentes en las mismas, podemos hacer dos bloques:

En el primero, podemos englobar las Barriadas de "Cementerio Viejo" y "Pozo Bebe" por la homogeneidad de sus características, entre las que se destacan primordialmente y con respecto a su estructura urbanística, que son viviendas normalmente de planta baja, de antigua construcción, y generalmente de reducidas dimensiones. Con respecto a las características de los residentes en estas Barriadas resalta el grupo de personas pertenecientes al sector de la tercera edad (más de 60 años) como el más abundante, siendo éste casi un tercio superior al grupo de menores de 18 años.

En un segundo bloque, englobamos las dos restantes Barriadas, "La Garza" y "San Antonio". Ambas son Barriadas de promoción

pública y de reciente construcción. Como dato diferenciador entre ambas, citar que la Barriada de "San Antonio" son viviendas unifamiliares de dos plantas, sin embargo las viviendas de "La Garza" son edificios de tres plantas, con seis viviendas independientes por cada uno de ellos. Con respecto a las características de la población residentes en estas Barriadas lo que más destaca si se compara con las anteriormente citadas de "Cementerio Viejo" y "Poza Bebé", es que el sector de edad comprendida entre los 18 y 35 años, al que podríamos denominar "sector joven", supera en más del doble de integrantes al sector de la tercera edad, lo que es además casi una característica exclusiva de estas dos Barriadas con respecto al conjunto del municipio de Nerva. Por este motivo principalmente, las demandas expresadas en unas y otras Barriadas difieren en gran medida.

Ante la lejanía entre las distintas barriadas, así como la gran población afectada se decide priorizar las actuaciones en dos de las cuatro, pasando a centrar nuestro trabajo en las barriadas de mayor población y problemáticas socio-familiares más numerosas, "San Antonio" y "La Garza".

La barriada "San Antonio", está distribuida en cuatro calles (bloque 1,2,3,4) de viviendas unifamiliares de dos plantas, con 16 viviendas cada bloque, un total de 63 viviendas y un local comunitario, el cual esta siendo utilizado por los profesionales del pro-

yecto ZNTS. Está situada en la periferia de Nerva y rodeada por una plazoleta a un lado, (en condiciones pésimas), y campo sin cultivar ni cuidar, bastante sucio al otro.

"La Garza", sin embargo, de más antigüedad, está formada por 12 bloques de piso, de 6 viviendas cada bloque, por lo tanto un total de 72 viviendas. Dispone de dos plazoletas, las cuales están en muy malas condiciones al igual que el resto de la barriada, y una de ellas ha sido durante numerosos años utilizada para la venta de drogas.

El equipo profesional de la ZNTS en Nerva, está compuesto por dos técnicos, trabajador social y educadora, con la supervisión la directora de la ZTS, de quien este equipo depende directamente.

Tras esta introducción pasaremos a desarrollar a groso modo, el trabajo que se está realizando, desde la puesta en marcha de este proyecto de ZNTS, en estas dos barriadas de Nerva.

## **1ª FASE: CONOCIMIENTO DE LAS DOS BARRIADAS, LA GARZA Y SAN ANTONIO**

En primer lugar, era estrictamente necesario conocer las principales características de estas barriadas, como era la dinámica social en la que se desenvolvían los vecinos, tomar conciencia de cuales eran sus principales

dificultades, y potencialidades, etc. Pero otro aspecto de vital importancia para iniciar este proyecto era darlo a conocer, tanto a los vecinos de las distintas barriadas, como a las distintas entidades, instituciones y asociaciones del municipio. Ambas actividades se plasmaron en proyectos:

1. Estudio e investigación de la realidad social de las barriadas.
2. Proyecto Bando. Presentación a los vecinos del barrio del proyecto y de los profesionales.

#### **2ª FASE: PUESTA EN PRÁCTICA DE LA DEMANDA REALIZADA POR LOS PROPIOS VECINOS**

1. Fiesta de acercamiento a la barriada "San Antonio".
2. Comunidad en La Garza.

#### **3ª FASE: INTERVENCIÓN CON LAS BARRIADAS**

1. Escuela de Verano en barriadas.
2. Talleres de Mujeres ("Pinceladas" en la barriada San Antonio y "Las mujeres de la Garza" en la barriada del mismo nombre)
3. Talleres de Menores ("los Megabbs" en La Garza y "Los Wiglis" en San Antonio).
4. Actividades de Navidad.

#### **4ª FASE: PERSPECTIVAS DE FUTURO**

1. Creación de órganos de representación vecinal.

- a. Asociación de vecinos "El Ventoso de San Antonio".
- b. Agrupación vecinal "La Garza".

2. Formalización de una mesa sectorial en las barriadas.

#### **PROYECTOS IMPLANTADOS**

##### **1ª FASE: CONOCIMIENTO DE LAS DOS BARRIADAS: «LA GARZA» Y «SAN ANTONIO»**

##### **Proyecto «Estudio e investigación de la realidad social de las barriadas»**

Con esta investigación se conoció la realidad social de la población con la cual se quería trabajar, es decir, sobre los sectores de población que predominaban en las barriadas, cuál era el nivel de formación, la situación laboral de las personas que residían en ellas, etc.

El objetivo general era conocer la realidad social de las barriadas de actuación.

Este proyecto se desarrolló los primeros quince días de implantación del proyecto ZNTS Nerva, mediante consulta de guía de recursos, entrevistas, cuestionarios, etc.

De este proyecto se obtienen las siguientes conclusiones:

- Se aprecia una diferenciación entre las necesidades percibidas por los profesionales y por los residentes de las barriadas.

- Los técnicos percibían problemas de interacción entre los vecinos, falta de comunicación, escasa participación en actuaciones comunitarias, etc.
- Las necesidades percibidas por los vecinos estaban fundamentalmente centradas en los equipamientos de la barriada, y aunque los problemas detectados por los técnicos también eran percibidos por ellos, no lo hacían explícitos, pues los consideraban imposible de abordar.

- Se pudieron recoger datos específicos y cuantitativos sobre los sectores de población susceptibles de intervención.

- El hecho de que los cuestionarios fueran recogidos por los mismos técnicos supuso además la presentación informal y la primera toma de contacto de la población tanto con los técnicos como con el proyecto.

#### «Proyecto Bando»

El origen de esta iniciativa surge de la necesidad de informar a la barriada del trabajo que se pretende realizar con ellos y damos a conocer como los profesionales de la barriada. También se informa de los resultados obtenidos en el estudio investigación realizado a los vecinos y al resto de entidades e instituciones del municipio.

El objetivo fundamental era por tanto, informar a la población y a las

instituciones de la localidad del trabajo que se iba a realizar en el municipio.

Se mantienen reuniones con los vecinos de vital importancia ya que de ellas dependía que la población residente se implicara en la realización de actividades posteriores, lo que se suponía que resultaría bastante complicado, porque algunos vecinos están enfrentados entre sí y las disputas y discusiones en el desarrollo de las actividades era algo previsible.

Como conclusión de la lluvia de ideas establecidas en cada reunión, se obtienen las siguientes proposiciones que difieren en cada una de las barriadas.

#### **Barriada San Antonio:**

Realizar una fiesta en la barriada, un taller de mujeres y una guardería para menores en el local.

#### **Barriada La Garza:**

Crear comunidades en los bloques, organizar una asociación de vecinos y realizar actividades con menores y mujeres.

### **2ª FASE: PUESTA EN PRÁCTICA DE LAS DEMANDAS REALIZADAS**

#### **Fiesta de acercamiento a la barriada «San Antonio»**

La fiesta se realiza por demanda expresa de los vecinos de la barriada San Antonio (como ya se indicó ante-

riormente) y porque con ella se abordaba uno de nuestros principales objetivos, favorecer las relaciones interpersonales entre los residentes en la misma, así como, aumentar la confianza entre profesionales y vecinos. Se plantea como actividad de convivencia y dinamización social en la barriada.

Los aspectos a destacar tras la realización de esta fiesta fueron los siguientes:

- Se relacionaron los miembros de las distintas calles aunque no todo lo que se hubiese deseado.
- Todos indicaron su satisfacción con respecto a la misma.

### **Comunidad (Barriada La Garza)**

Tras las anteriores actuaciones realizadas que han ido orientadas a conocer la dinámica social de esta barriada, se detectó que para establecer unas pautas de trabajo comunitario en la barriada de La Garza, era necesario a priori intervenir a un nivel inferior ya que las problemáticas existentes entre los vecinos dificultaban en gran medida la participación e implicación de estos en actuaciones que fueran favorables a todos.

Es decir antes de trabajar con la barriada en general era preciso limar asperezas entre los vecinos que residen en un mismo bloque y entre los que las relaciones son en muchos de los casos inexistentes y/o conflictivas.

Existen entre muchos de los vecinos unas relaciones tensas y conflictivas, cuyo origen en la mayoría de los casos son insignificantes a priori. Sin embargo debido a la carencia de habilidades sociales de relación entre los vecinos de los bloques nos encontramos a familias que llevan bastante tiempo sin establecer una relación social acorde, (quizás por no haber respondido a un saludo, haberle reñido a un niño o alguna acción similar), y que ahora resulta incomodo o molesto al menos colaborar entre sí para conseguir un beneficio común, que es el objetivo primordial que persigue este proyecto.

### **3ª FASE: INTERVENCIÓN CON LAS BARRIADAS.**

#### **Talleres**

Se pusieron en marcha varios talleres para todos los sectores de la población (menores, mujeres y hombres).

Mediante estos talleres pretendemos conseguir, acercándonos lo máximo posible a la realidad social que les rodeas los siguientes objetivos:

- Crear un espacio de encuentro en la barriada que sirviera para establecer un clima de confianza entre ellos y con los profesionales del proyecto.
- Dotar de habilidades sociales mediante dinámicas de grupos diversas con el objeto de favo-

recer la mejora de la convivencia tanto a nivel familiar como social.

- Aumentar la autonomía y autosuficiencia del grupo para que este se desarrolle sin la necesidad de un agente externo al mismo.
- Promover el respeto a la diferencia y a la convivencia a través de actividades de interacción social.

Como conclusión a estos talleres destacar su amplia aceptación por parte de las barriadas dada su gran afluencia.

#### **Actividades de Navidad**

Con motivo de la fechas de navideñas se realizaron actividades de carácter comunitario en las que puedan participar todos los sectores de población de la barriada, así como favorecer el contacto con otros barrios de la localidad. Para conseguir esto, se acuerda en una reunión mantenida con los vecinos de las distintas barriadas, que la actividad consistirá en una celebración (un día completo en la barriada San Antonio y una tarde en La Garza) en cuya organización participarán todos los vecinos y que estuvo abierta a la participación de todos los habitantes del municipio, intentando conseguir de los objetivos principales de nuestro proyecto:

- Promover las relaciones de convivencia entre las personas pertenecientes a las barriadas.
- Favorecer las relaciones entre los distintos sectores de población.

- Promover la participación de los vecinos en la programación, ejecución y evaluación de las actividades.
- Mejorar la integración social de los beneficiarios conectando con el resto del municipio.

#### **4ª FASE: PERSPECTIVAS DE FUTURO**

##### **Implantación de órganos de representación y participación en las barriadas**

Para darle continuidad al trabajo desarrollado hasta ahora se considera el momento oportuno de crear un órgano representativo de cada una de las dos barriadas, a fin de dotarlas de capacidad y autonomía para la organización de nuevas iniciativas a poner en practica.

En principio el equipo técnico se encargará de supervisar el funcionamiento de los órganos de representación, pero con la intención de que sean estos, los que gradualmente vayan tomando las funciones del equipo, facilitando así la total autonomía de las barriadas para la resolución de sus deficiencias.

Con este propósito están en proceso de creación:

- La Asociación de vecinos «El Ventoso de San Antonio» en la barriada «San Antonio» y
- En la barriada «La Garza», «La Agrupación Vecinal».



Con el objetivo de afianzar cada actuación y que no caiga en "saco roto" todo lo anteriormente redactado, es preciso además de la implicación de los vecinos, buscar también la de los distintos servicios y entidades que en su diversas competencias se relacionan con las barriadas y con sus residentes. Hablamos entre otros del Gobierno municipal, servicios sociales, centro de salud, policía local, INEM, y un largo etc.

### **Implantación de una mesa de trabajo**

Buscando la implicación de los diferentes servicios, instituciones y profesionales que trabajan en este mismo territorio, se plantea la formalización de una mesa de trabajo, en la que estén representados to-

dos, además de los vecinos, que lo estarán a través de los órganos arribacitados, y donde el equipo de Z.N.T.S. actuará como coordinador de la misma. Esta iniciativa se pretende poner en marcha una vez se hayan consolidados los órganos de representación de las barriadas que aun están en proceso de formalización.

Como colofón a este artículo en el que hemos pretendido explicar el trabajo que se realiza con barriadas multiproblemáticas en Nerva, podemos establecer, desde nuestra experiencia práctica; que si es importante abordar directamente las principales dificultades de las barriadas, no lo es menos crear conciencia en los residentes de las mismas que son ellos los que tienen el poder para abordarlas y darles la solución.

# INTERVENCIONES GRUPALES EN SERVICIOS SOCIALES: ALTERNATIVAS EN EL TRABAJO CON FAMILIAS CON DEMANDAS RELACIONALES

Ángel Martínez Viejo

*Psicólogo. Servicio de Apoyo Familiar del Ayuntamiento de Almonte.*

## RESUMEN

Algunas de las demandas relacionales de las familias en las áreas de servicios sociales suelen repetirse con la suficiente frecuencia como para pensar en concentrar al colectivo afectado y hacerlo destinatario de intervenciones grupales. Podemos así satisfacer parte de las demandas recibidas ahorrando tiempo y encontrando otras ventajas que se explican. En este artículo se muestra cómo hemos desarrollado estas intervenciones desde el Servicio de Apoyo Familiar del Ayuntamiento de Almonte, detallando las realizadas a lo largo del año 2003.

## EL SERVICIO DE APOYO FAMILIAR (S.A.R.) Y LA INTERVENCIÓN GRUPAL

El S.A.F. fue creado en octubre de 1999, inserto en el Departamento

de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Almonte. Desde entonces viene desarrollando una continua labor de atención e intervención familiar que va desde la orientación puntual al tratamiento, y desde la atención individualizada a la actividad grupal. En este artículo voy a centrarme en este último punto, ofreciendo una posible y creo que interesante alternativa a las habituales dificultades de espacio y tiempo que tenemos en los servicios sociales municipales y comunitarios.

El diseño inicial del Servicio consistente en atender a las familias de modo particular pronto se encontró con la repetición de demandas similares que, siendo meramente orientativas (es decir, consistente en una única entrevista en la cual se brindaba información específica), tendían a repetirse en exceso, o, requiriendo un

largo tratamiento, podían dar lugar a colapsar las ocho horas semanales destinadas a las citas. La solución era obvia: había que intentar agrupar las demandas de una misma índole y planear intervenciones colectivas satisfactorias para atenderlas.

Así nació el *Programa de Promoción de las Competencias Familiares*, del que se desarrolla, en el momento de escribir el presente artículo, la tercera edición. Se trata de un programa pensado para las familias del municipio de Almonte, que recoge las demandas de esta población y que actúa teniendo en cuenta sus características particulares, aunque, como se verá, es fácilmente adaptable a otros contextos.

La idea de elaborar un programa se basó, por una parte, en la conclusión del análisis de la situación familiar que descubría detrás de la variada problemática: la inseguridad del grupo familiar contemporáneo sobre las pautas "correctas" a seguir tanto en su funcionamiento cotidiano como en momentos difíciles. Y también se basó, en segundo lugar, en el objetivo común de las actividades grupales: diseñar intervenciones que potenciaran la capacidad de afrontamiento de la familia en las dificultades que planteaban y en las que pudieran surgir en el futuro.

Todas las actividades de las distintas ediciones del Programa han estado, por tanto, unidas por esos nexos comunes. Además, en todos los casos

se ha seguido una óptica de trabajo sistémica-relacional (la que en general preside las acciones del S.A.F.), no obstante lo cual se comprobará en los siguientes párrafos la significativa variedad de las intervenciones grupales, pues siempre se busca la mayor especificidad posible para cada tipo demanda, dentro de lo que permiten nuestros medios y nuestra creatividad.

Apunto que estas intervenciones grupales no han sustituido la atención individual y/o familiar. No todas las demandas se agrupan para diseñar una respuesta grupal, bien porque no alcanzan un número importante, bien porque las propias características del problema o de la familia aconsejan una atención más personalizada, o bien porque la actividad grupal que se ocupa del tema se ha desarrollado con anterioridad o está planificada para bastante más adelante. Por otra parte, hay familias que prefieren una mayor privacidad a la hora de exponer su dificultad, y también las hay en las que, desde un punto de vista profesional, está desaconsejada su participación en dinámicas grupales. Por último, no es raro que algunas familias pasen de la atención individual al contexto grupal o viceversa, o que compaginen ambas posibilidades.

Pero así como señalo que la atención individual no puede ser sustituida de manera sistemática por la atención grupal, también señalo que ésta última presenta algunas ventajas sobre la primera:

- Nos permite, como ya indiqué, ahorrar tiempo y superar los problemas de espacio.
- El grupo, independientemente del tema tratado, es de por sí un trabajo de redes de apoyo social, generando lazos entre sus participantes que con frecuencia trasciende las fronteras de la actividad particular.
- Las actividades se promocionan públicamente, por lo que personas que no habían acudido a ningún profesional o institución y que se sienten identificadas con el tema pueden acceder a una primera orientación/intervención directamente.
- En las actividades donde predomina un objetivo de información y prevención, algunas familias con reservas hacia un contacto con compromiso de tratamiento pueden encontrar una vía de acercamiento paulatino a la asunción del problema.
- La presencia en el grupo de otras personas y familias con una dificultad similar tiene ya un efecto "sanador", pues muchas familias plantean sus demandas en términos de problema particular y exclusivo.

Planteo, por tanto, la intervención grupal como *complementaria* a la individual/familiar, con la seguridad, adquirida tras las reiteradas evaluaciones de las actividades realizadas, de que este modelo de trabajo facilita una respuesta adecuada a las demandas de la población.

## **LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LAS COMPETENCIAS FAMILIARES**

Se han desarrollado tres ediciones de este programa, que han recogido una variada demanda desde los inicios de la existencia del Servicio de Apoyo Familiar hasta ahora. Esta demanda no procede sólo de los usuarios del S.A.F. En las reuniones de coordinación con otros profesionales del área y con otros departamentos se comprueba la efectiva amplitud de los temas y se recogen sugerencias para nuevas actividades, siempre que estén referidas al ámbito familiar del que se ocupa el Servicio.

A continuación enumero, aproximadamente en orden cronológico, el monto de actividades que se han puesto en marcha, en el periodo que va desde enero de 2001 y noviembre de 2003. Cada edición del Programa se ha desarrollado a lo largo (más o menos) de un año, con 5-6 actividades, de las cuales algunas se han repetido al renovarse la demanda del tema, o se han modificado para adaptarse a una demanda o colectivo más específico y para conseguir más eficacia en la intervención. La diversidad no es sólo temática (aunque siempre dentro de las dinámicas familiares) sino también formal, como describo más adelante:

- Curso sobre Economía Familiar
- Taller de Duelo
- Grupo para Mujeres que Afrontan Solas la Vida Familiar

- Conferencias-Coloquio sobre Trastornos de la Alimentación.
- Taller-Jornada para Familias con un Miembro Afectado por Enfermedad Crónica.
- Encuentro sobre Familia y Adicción.
- Encuentro para Parejas Jóvenes
- Taller de Duelo (2ª edición).
- Encuentro sobre Acogimiento de Niños Saharauis.
- Taller-Jornada sobre Enfermedad Crónica y Familia (2ª edición).
- Taller-Jornada sobre Envejecimiento y Familia.
- Encuentro para Familias Inmigrantes.
- Grupo para Personas Separadas
- Taller sobre Diabetes y Familia
- Taller de Duelo (3ª edición).
- Grupo para Familiares de Enfermos de Alzheimer u otras Demencias.
- Taller para Padres de Adolescentes.

Para no alargar en exceso el presente artículo, detalló en el siguiente apartado las actividades de la tercera edición del Programa (las cinco últimas) como muestra de las intervenciones grupales del S.A.F. Han tenido lugar entre enero y noviembre de 2003, y han contado con la colaboración financiera y técnica del Área de Asuntos Sociales de la Diputación de Huelva (en anteriores ediciones hemos contado con esta misma colaboración, con la del Área de la Mujer de la misma institución y con subvenciones de la Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía;

algunas actividades fueron asumidas por completo por el Departamento de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Almonte y en todas este mismo Departamento se encargó de materiales, material fungible, salas, recursos tecnológicos, etc.).

La participación varió en número dependiendo del caso, desde las 8-10 personas habituales en un Taller de Duelo a las casi 80 en el Taller sobre Envejecimiento y Familia. Hay que tener en cuenta el tema tratado y la asistencia avisada de un determinado colectivo (una asociación, por ejemplo), así como otros factores como las fechas de celebración, el tamaño del grupo de usuarios al que se invita directamente, la eficacia de la promoción y publicidad, etc.

El autor de este artículo dirigió personalmente dos tercios de las actividades. Para las demás se buscó a otros profesionales o se contó con técnicos del equipo de Servicios Sociales Comunitarios de la Diputación de Huelva en la zona.

## **LAS INTERVENCIONES GRUPALES DEL AÑO 2003**

Paso a describir lo que viene a ser un año de trabajo a nivel grupal desde el S.A.F. de Almonte. De manera breve, resumo las características de la demanda que dio lugar a pensar en la actividad, el diseño de la misma, las características de su desarrollo y algunos datos sobre la evaluación:

- *Grupo para personas separadas:* Como se puede comprobar en la enumeración completa de las actividades, ya se puso en marcha un grupo similar anteriormente (en 2001), aunque dirigido sólo a mujeres. La creciente presencia de hombres separados entre los usuarios del Servicio de Apoyo Familiar me hizo ampliar los destinatarios de esta acción

Casi un tercio de las personas que acuden al S.A.F. es una persona separada. Todas planteando un amplio número de dificultades que no pocas veces obligan a un tratamiento largo y complejo. Un grupo como éste, que planteo con una duración entre las diez y las quince semanas (éste fue de diez), permite recoger todas estas demandas, muy parecidas, y trabajarlas dinámicamente en busca de soluciones que con frecuencia son comunes a todos/as los/las participantes.

Las dificultades organizativas y técnicas radican en encontrar unos horarios que permitan acudir al grupo a personas que tienen poco tiempo al compaginar obligaciones laborales y parentales con reducido apoyo familiar, y en que los/as participantes se encuentren en disposición de asumir las propias responsabilidades en la separación conyugal. Con todo, suelen ser

grupos de gran calado entre los asistentes con muy buena valoración por su parte.

- *Taller sobre Diabetes y Familia:* Este Taller persigue un objetivo predominantemente informativo y preventivo. Se puede decir que aquí especificamos los anteriores Talleres sobre los efectos relacionales de las enfermedades crónicas en la familia, dirigiéndolo hacia un colectivo de amplia presencia en Almonte y coincidiendo con la puesta en funcionamiento de una asociación de diabéticos.

El formato es el de una reunión larga (cuatro horas) con un descanso hacia la mitad en la que se ofrece a los/as participantes una merienda. Ésta sirve de descanso para un esfuerzo importante y, sobre todo, para poner las semillas de posibles redes de apoyo mutuo, ya que estos colectivos tienden a ocultar sus afecciones e incluso a negar sus consecuencias. Compartir las características de la vida cotidiana en un ambiente relajado y casi festivo relativiza la negra visión de la enfermedad y sus efectos sociales. Hay que tener en cuenta, además, que Almonte es una población (como muchas en Andalucía) en la que los encuentros colectivos cuyo desarrollo incluye comidas comunes están muy instaurados y promueven a la participación

(pensemos en la Romería de El Rocío, por ejemplo).

Efectivamente, la asistencia suele ser muy numerosa (en este Taller lo fue) y la valoración presenta puntuaciones muy altas (no sólo para la merienda).

- *Taller de Duelo*: Una de las actividades más llamativas, si no la que más, que contiene el Programa de Promoción de las Competencias Familiares. Surgió ante la reiterada incidencia de duelos patológicos tras el fallecimiento de un familiar cercano. Probablemente se relaciona con el abandono de los rituales tradicionales de duelo, que encauzaban el dolor por caminos seguros y sancionados comunitariamente.

Los tres Talleres ya impartidos han consistido en el tratamiento grupal de uno o más miembros de las familias afectadas, en cinco sesiones de periodicidad semanal. A pesar de la dificultad de que estas personas encuentren motivación para asistir a una actividad que toca experiencias tan delicadas, se han estado formando grupos entre 8 y 15 participantes cuya deteriorada situación ya les hacía ver la necesidad de afrontar y superar el hecho traumático. Finalmente, aunque siempre hay que esperar algunas bajas, los/

as participantes valoran satisfactoriamente la actividad, de ahí la repetición de la misma.

- *Grupo para Familiares de Enfermos de Alzheimer u otras Demencias*: Aunque ya se había tocado este tema en los Talleres sobre Enfermedad Crónica y Familia, era evidente que se hacía necesaria una intervención más específica y amplia. Este grupo, de periodicidad quincenal y de larga duración, pretende ofrecer información, enseñar estrategias de afrontamiento y evolucionar hacia un grupo de autoayuda, seguramente, si es posible, con forma de asociación. Está siendo dirigido por una compañera del Equipo de Servicios Sociales Comunitarios de la zona del Condado Sur (de la Diputación de Huelva), con una vasta experiencia en el tema.

Como aún no ha finalizado no puedo dar datos sobre la evaluación, aunque sí señalo que la participación es numerosa y continuada.

- *Grupo para Padres de Adolescentes*: Actividad que no sorprenderá a nadie que trabaje con familias en Servicios Sociales. La confusión que describe la situación de muchos padres y madres se hace norma y con frecuencia se convierte en frustración cuando los hijos/as llegan

Espero que estas descripciones puedan tomarse como sugerencias y acrices a la creatividad para un trabajo que, por sus características de escasez de tiempo y recursos y por el contexto en el que se desarrolla, corre el peligro de llegar a la repetición andina de intervenciones y "recetas".

Las interesadas),  
 sado en un asesoramiento a las familias  
 Acogimiento de Niños Saharais, familia  
 monia Familiar, o el Encuentro sobre  
 zación doméstica; el Curso sobre Educación  
 personas con dificultades de organización  
 tras primeras actividades se dirigió a  
 (véase, por ejemplo, que una de nuestras  
 ciones para otro tipo de demandas se  
 también versiones de estas intervenciones  
 mandas relacionales, pueden buscarse  
 en Almonte se hayan centrado en técnicas  
 del Servicio de Apoyo Familiar. Y aunque,  
 por las propias características de trabajo  
 individualizado con familias, agilidad y  
 complementaria para bien el profesional  
 de trabajar por las tardes con frecuencia),  
 creo que sin duda especial esfuerzo  
 en que los/as participantes pudieran  
 tratar la problemática desde diferentes  
 ópticas. Se optó por contenidos generales,  
 derivando las dificultades más específicas  
 y/o graves al tratamiento personalizado  
 en el S.A.F. Queda pendiente una actividad  
 similar con la participación de los/as  
 adolescentes.

La participación fue buena y la valoración igualmente positiva.

## CONCLUSIONES

Será un buen resumen, para concluir  
 esta propuesta de actividades de intervención  
 grupal, la manifestación de que en Almonte  
 nuestra intención es seguir organizando  
 y llevándolas a cabo. No tenemos  
 motivos para dudar de su eficacia,  
 vistas las valoraciones de los/as  
 usuarios/as y los seguimientos, siempre  
 que nos fue posible, de sus efectos  
 (naturalmente más inseguros en las  
 actividades en las que predominaba la  
 orientación como objetivo).

En cierta manera, la conveniencia de las actividades está garantizada, en la medida en que siempre son *respuestas* a una demanda preexistente, ante la cual simplemente diseñamos el modo más oportuno de tratarla.

En esta fase de la adolescencia. El Servicio de Apoyo Familiar se "abastecerá" en buena medida por las consultas y tratamientos de familias en esta fase, con dificultades que se agudizan si están añadidas a la existencia de una separación conyugal.



## LA LEY DEL MENOR, LUCES Y SOMBRAS.

**Fernando Gómez Recio**

*Fiscal. Coordinador de la Sección de Menores de la  
Fiscalía de la Audiencia Provincial de Huelva.*

**La Ley de Responsabilidad Penal de los Menores supone una mudanza radical en el modo de reaccionar frente al delito. Si históricamente la imposición de penas ha servido como retribución del mal causado, de advertencia a los que estuvieran tentados de delinquir, y como medio de alejar de la sociedad a los elementos peligrosos. Con el nuevo derecho penal juvenil esto cambia y todo se orienta a la reinserción y la reeducación del menor. Una innovación, sin embargo, que se ha revelado con más inconvenientes de los previstos.**

A lo largo de la historia, las finalidades esenciales del derecho penal han venido siendo prácticamente las mismas, inalteradas en el transcurrir de cualquier sociedad o civilización; Castigar y advertir, o avanzando un poco, advertir castigando. Cualquier grupo humano para poder convivir, y a veces para poder sobrevivir, ha ido erigiendo con

el pasar del tiempo un conjunto de valores que socialmente son percibidos como fundamentales. Merecedores y necesitados de protección. Para asegurarse de que esos valores son respetados se dictan sanciones para quienes los violen, sirviendo estas sanciones, entendidas siempre como castigos, de consuelo o satisfacción a quién ha sufrido el daño y a la vez de advertencia a quienes estén tentados de infringir la norma.

Esta aplicación de castigos a quienes vulneren los bienes más preciados en una sociedad, siempre ha constituido la piedra angular de cualquier derecho penal. Si examinamos las sanciones que las sociedades han utilizado históricamente, no hallaremos sino penas terribles, en ocasiones notoriamente desproporcionadas respecto de la infracción cometida. La pena de muerte, aplicada con fruición a lo largo de la historia y aún hoy vigente en países que se dicen civilizados, era el castigo común a una gran serie de deli-

tos, pero eran también normales penitencias extraordinariamente severas, como los castigos corporales, los suplicios más o menos refinados, los trabajos forzados, y en general toda suerte de tormentos que imaginarnos podamos.

En la actualidad, afortunadamente, este tipo de terribles sanciones están abandonadas en nuestro entorno cultural, y son las penas privativas de libertad las condenas que la sociedad utiliza para castigar el ataque a sus valores fundamentales. La prisión es hoy la amenaza a la que tienen que enfrentarse quienes, por ejemplo, vulneren el derecho de los demás a la vida, la integridad física, la libertad sexual, o la propiedad privada.

En cualquier caso, ya sea con castigos terribles como se hizo en el pasado, ya sea con penas más civilizadas como hoy son las privativas de libertad, el derecho penal siempre ha cumplido una serie de funciones que podríamos intentar sintetizar en tres esenciales.

La primera de ellas es mantener la paz social evitando la venganza privada del ofendido por el delito. Ello se consigue con penas que supongan una retribución del mal causado. Parece evidente que si no existiera el derecho penal, las víctimas o incluso los familiares de las víctimas intentarían hacerse justicia ellos mismos vengándose en la persona o la familia del delincuente. Esto es perfectamente

comprensible, si el familiar de una persona asesinada no tiene la seguridad de que el Estado va a ocuparse de castigar a quien cometió el delito, es muy probable que intente hacerlo él mismo, infligiendo al ofensor un mal igual o mayor del sufrido por él o su familiar. Es por ello que para que esta venganza privada desaparezca y se mantenga la paz social se hace preciso que las penas que se impongan a los delincuentes sean lo suficientemente aflictivas para satisfacer, al menos en un tanto, a víctimas y perjudicados. El derecho penal es, entonces, retribución de mal por mal, proporcionado siempre a la gravedad del delito, de forma que cuanto más grave sea el delito más severa será la pena.

El segundo objetivo del derecho penal es sencillamente intentar evitar que se cometan delitos. Proteger aquellos valores predominantes en una sociedad, amenazando a quienes intenten atacarlos con penas, que son siempre la imposición de un mal o la privación de un bien, de suerte que quien esté tentado de cometer un delito desista intimidado por la posibilidad de recibir una sanción. Es lo que en derecho se ha venido en denominar prevención general.

Es lo cierto que para que este objetivo se cumpla se hace necesaria una mínima eficacia en el descubrimiento del delito, así por ejemplo si tan sólo se descubriera uno de cada diez asesinatos, por terrible que fuera el castigo

con que se sancionara este crimen, no tendría efecto disuasorio alguno, ya que todos los candidatos a asesinos pensarían que no iban a ser ellos precisamente los descubiertos. Sin embargo, si de cada diez asesinatos se descubriesen nueve, el efecto disuasorio de la pena sería muy elevado y ello aunque el castigo no fuese obligatoriamente espantoso. En cualquier caso, hay que reconocer que para que esta prevención general se haga realidad parece necesario, al menos, que el mal que en definitiva se imponga al infractor, sea lo suficientemente riguroso, en función de la infracción cometida, como para pesar sobre la conciencia del futuro malhechor a la hora hacerle desistir de la comisión del delito.

Por último, la tercera finalidad clásica del derecho penal, es la de intentar evitar que el delincuente siga cometiendo nuevas infracciones. Proteger a la sociedad de aquellos individuos que han puesto de relieve su peligrosidad social por la comisión de un delito. Es lo que los juristas denominan prevención especial. Algunos ordenamientos penales, utilizando la pena de muerte o la de cadena perpetua, consiguen estos fines de forma expeditiva, sin embargo lo habitual en países un tanto más ilustrados, es que esta función la cumplan las penas privativas de libertad. Al menos durante el tiempo en el que sujeto está recluido en prisión no supone un peligro para los miembros del grupo social.

Estos son, retribución, prevención especial, y prevención general, los tres fines tradicionales de los ordenamientos penales.

Ahora bien, en el último siglo se ha ido configurando una línea de pensamiento que defiende un anhelo novedoso para el derecho penal, una finalidad desconocida en siglos anteriores y que incluso se pretende preferente respecto de cualquier otro propósito. No sólo preferente sino único fin para los más radicales, esto es; la reinserción social de quien cometió el delito. La finalidad de la pena sería la de reinsertar en la sociedad a quien delinquiró.

Planteado en estos términos parece una tesis un tanto extrema ya que si en verdad la esencia de la pena fuera la reinserción y la reeducación, no tendría sentido la imposición de castigo alguno a aquellas personas que han delinquido por primera vez, plenamente socializadas, y respecto de los cuales hay un pronóstico cierto que aventura que nunca más van a volver a infringir norma penal alguna. Imaginemos un médico que causa la muerte a un paciente por una imprudencia, o a una persona que en el calor de una riña ocasiona una lesión grave a otra. Estas personas pueden estar perfectamente socializadas, tener una vida totalmente normalizada, y sin embargo se les impondrá, si son condenados, una pena que puede llegar a los 4 años de prisión. Y es que el principio de legalidad convierte a la amenaza del

derecho penal en una conminación frente a todos por igual, sin que las circunstancias personales y sociales del infractor (fuera de las atenuantes o eximentes legales) tengan valor alguno a la hora de la imposición de la pena. Con la ley penal en la mano no se puede dejar de imponer una pena porque las circunstancias personales del reo lo desaconsejen. La reinserción y la reeducación se convierten así, a nuestro juicio, en criterios no para la imposición de la pena, sino en parámetros, fundamentales eso sí, para modular su ejecución una vez impuesta. Esto y no otra cosa es lo que prevé el artículo 25 de la Constitución cuando establece que las penas y las medidas de seguridad "estarán orientadas a la reeducación y reinserción social".

Pues bien, prácticamente todo lo dicho hasta ahora, cambia o tiene diferente sentido cuando de lo que estamos hablando es, no del derecho penal de adultos, sino del derecho penal juvenil tal y como lo configura la Ley de Responsabilidad Penal de los Menores 5/2000 de 12 de enero, (en adelante LORPM).

La LORPM trata de expulsar de su seno ese concepto de castigo, esa idea de retribución por el mal causado que es esencial al derecho penal de adultos, y que exige responder al delito con una pena que suponga la imposición de un mal a su autor en proporción al daño causado. Por el contrario, con la LORPM cuando un

menor de 18 años infringe la norma penal, ya no se le va a exigir que responda por lo que ha hecho sufriendo una pena, más o menos aflictiva. Lo que se le impondrá es la obligación de someterse a medidas de índole educativa encaminadas, insistimos, no tanto a pagar por lo que ha hecho, sino a solucionar las causas que han motivado su comportamiento. La respuesta al delito ya no es esa sanción que suponía siempre padecer un mal por haber causado un daño, la respuesta es la educación, proporcionando al infractor auxilios sociales, educativos, y psicológicos que le ayuden a no volver a delinquir. Un ejemplo es bien claro, cuando un mayor de edad fuerza la ventana de una vivienda y entra a robar, se le puede imponer una pena, si es detenido, que puede ir de los 2 a los 5 años de prisión. Sin embargo, cuando ese mismo comportamiento lo realiza un menor, lo más habitual es que se le imponga una medida, que bien podría ser la de realizar servicios en beneficio de la comunidad, o la de pasar una temporada en situación de libertad vigilada lo cual supone fundamentalmente la obligación de asistir diariamente al centro escolar, realizar cursos o talleres por las tardes, citarse semanalmente con un educador, y dar al Juez de Menores cuenta regular de su comportamiento.

Esta peculiar circunstancia que define a las medidas que se imponen a los menores, el carecer por regla general de contenido aflictivo, supone no sólo la proscripción de la idea

de retribución como modo de mantener la paz social, sino también la desaparición en el derecho penal juvenil de otro de los fines que predicábamos para el derecho penal de adultos, esto es, la prevención general, esa utilización de la norma penal como advertencia y amenaza a quienes pudieran considerar cometer un delito, a fin de que se lo piensen antes de actuar enfrentados al temor de sufrir una pena.

Ló cierto es que en el derecho penal juvenil la gran mayoría de las medidas no están pensadas para infundir temor a los menores. Pensemos en medidas tales como la asistencia a centro de día, la libertad vigilada, la realización de tareas socio-educativas, las prestaciones en beneficio de la comunidad, el tratamiento ambulatorio, la amonestación... todas ellas de escaso contenido punitivo. La única medida que pudiera asustar a un menor es la de su internamiento en un centro cerrado o semiabierto, sin embargo, estas son medidas excepcionales que sólo se imponen en casos de delitos graves o de comportamientos delictivos muy reiterados. Por regla general, las medidas tienen todas un componente educativo muy acentuado y son vista por los menores no como un castigo severo sino como una molestia enojosa.

Tampoco persigue el derecho penal juvenil el tercero de los objetivos del derecho penal de adultos; la prevención especial, es decir el aislar al delincuente de la sociedad privándole

de libertad para que no cause más daños a la sociedad. Y ello porque todas las medidas que prevé la Ley, salvo la de internamiento en centro cerrado, se ejecutan en libertad. Incluso los menores internados en centros en régimen semiabierto, aún cuando residan en el centro, desarrollan fuera del mismo sus actividades formativas, educativas, laborales, o de ocio. Solo el internamiento cerrado supone una pérdida total de la libertad en forma relativamente similar a la de la prisión de los adultos. Sin embargo, este internamiento en régimen cerrado sólo puede imponerse en casos muy excepcionales, tan sólo está previsto para los menores que hayan ejecutado hechos empleando violencia o intimidación en las personas, o actuado con grave riesgo para la vida o la integridad física de las mismas.

Con la LORPM las medidas tratan de conseguir que los menores obedezcan las leyes penales no porque exista un temor a los males que su infracción les deparará, sino por estar moralmente de acuerdo con la mayoría de ellas, inculcando valores que coinciden con los presentes en nuestro sistema jurídico penal. Es decir la legislación "penal" juvenil no despliega sus efectos antes del delito, como trata de hacer la legislación penal de adultos, sino después del delito mediante el tratamiento del menor infractor, fundamentalmente a través de medidas cuyo contenido afflictivo, seguimos insistiendo, salvo casos excepcionales, es prácticamente inexistente.

Abandonar los aspectos puramente retributivos de la pena no es algo que la sociedad pueda aceptar de la noche a la mañana. La idea de que el delincuente pague por lo que ha hecho y sufra un mal por el daño que ha causado, está profundamente enraizada en el sentir popular y es sentida como una manifestación genuina del ideal mismo de justicia. De forma

que en algunos de los planes iniciales de la LORPM,

se abandonó los fines clásicos del derecho penal confiando a la educación y a la reincidencia lo que antes se encomendaba al castigo y a la sanción no estaba un camino fácil, hasta el punto que ya se está observando una

reversión en algunos de los planes iniciales de la LORPM, que en algunos de los planes de la LORPM, se abandonó los fines clásicos del derecho penal confiando a la educación y a la reincidencia lo que antes se encomendaba al castigo y a la sanción no estaba un camino fácil, hasta el punto que ya se está observando una marcha atrás en algunos de los planes iniciales de la LORPM.

Tanto es así, que la propia LORPM permite al Fiscal algo que sería impensable en el derecho penal

El convencimiento de que es posible recuperar para la sociedad a un buen número de menores, que de otra forma acabarían indefectiblemente en prisión, es la tesis que sustenta todo el edificio de la nueva legislación penal juvenil.

Menores.

Abandonando entonces, todos los demás propósitos, contra sus esfuerzos el derecho penal de menores en ese objetivo que el derecho penal de adultos ha incorporado sólo en los últimos tiempos. La reincidencia y la reducción. En último, primero, y único de toda la llamada Ley del Menor. Y es que la experiencia pone de manifiesto que la gran mayoría de los menores que inciden en comportamientos delictivos, presentan graves carencias de todo tipo. Educativas porque han abandonado la escuela hace tiempo, generalmente con la ausencia de sus familias. Afectivas, por la actitud de una familia que no se ocupa de ellos, permitiendo cualquier género de caprichos, y justificándoles todo tipo de actitudes. Sociales porque están faltos de figuras de autoridad, ya que es frecuente que alguno de los progenitores se encuentre en la cárcel, en el mundo de la drogadicción, o de la marginalidad. Económicas, porque no nos engañemos, los hijos de los ricos no suelen pasar por las Fiscalías de

que, salvo en los pequeños delitos como hurtos o robos en los que todo el mundo coincidiría en afirmar que es mejor educar que castigar, en los delitos más graves la sociedad aún percibe como verdaderamente escandaloso que no se imponga a quienes los cometen, por muy menores que sean, las más severas penas. Tanto es así, que la primitiva pretensión de la LORPM de imponer como medida más dura a los menores un máximo de 5 años de internamiento en centro cerrado, por muy grave que fuera el delito cometido, hubo de ser inmediatamente reformada por Ley Orgánica 7/2000 de 22 de diciembre –antes incluso de que la LORPM entrase en vigor– elevando el tiempo máximo de internamiento hasta los 8 años para los delitos de asesinato, homicidio, agresiones sexuales violentas, y terrorismo, pudiendo llegar ahora en casos extremos y para crímenes terroristas a los 10 años de internamiento. Aún así, tenemos ejemplos recientes en los que ante crímenes verdaderamente terribles cometidos por menores, el sentimiento general es de indignación por una condena de tan sólo 8 años de internamiento.

Quizá por ello la ley 15/2003 de 25 de noviembre de reforma del Código Penal, en su disposición final segunda dirige una exhortación al Gobierno que literalmente dice así «(...) el Gobierno procederá a impulsar las medidas orientadas a sancionar con más firmeza y eficacia los hechos delictivos cometidos por personas

*que, aún siendo menores, revistan especial gravedad, tales como los previstos en el los artículos 138, 139, 179, y 180 del Código penal (homicidio, asesinato, y agresiones sexuales violentas). A tal fin se establecerá la posibilidad de prolongar el tiempo de internamiento, su cumplimiento en centros en los que se refuercen las medidas de seguridad impuestas y la posibilidad de su cumplimiento a partir de la mayoría de edad en centros penitenciarios».*

Si esto finalmente se lleva a cabo, significaría la renuncia a prácticamente todos los principios de la Ley Penal Juvenil en lo que se refiere a los menores que cometan los crímenes más graves. Y es que quizá la sociedad no esté preparada para responder a un asesinato con medidas que pretendan preferentemente reeducar al asesino, por muy menor de edad que sea. Quizá pretender que lo esté algún día sea una quimera.

También se está volviendo atrás en los fines de la Ley y regresando a los objetivos clásicos del derecho penal en otros aspectos. El abandono del concepto de castigo en relación con los menores infractores ha ido acompañado de una sensación de frustración en las víctimas de sus delitos. Es difícil explicar a quién ha resultado dañado o lesionado por un menor, sobre todo en casos de cierta gravedad, que en lugar de castigarlo severamente, es mucho mejor para la sociedad proporcionar a ese menor, ayudas so-

ciales y métodos educativos para que en el futuro pueda abstenerse de cometer delitos. Consciente de esta dificultad, la LORPM no permitía que las víctimas se personasen en el expediente contra los menores y entregaba el monopolio de la acción punitiva al Ministerio Fiscal, ya que entendía que la víctima en el proceso iba actuar guiada por un lógico afán vindicativo, aspiración esta que se quería excluir a toda costa del proceso de menores.

Finalmente, esta insatisfacción que producía a las víctimas el negarles la posibilidad de ejercer la acusación en el proceso, y que en la práctica hay que decir que sólo se ponía de manifiesto con motivo de delitos graves, ha ido calando poco a poco en la sociedad hasta el punto que el legislador en la última reforma del código penal ya mencionada, ha modificado la LORPM para permitir que los perjudicados por los delitos cometidos por menores puedan ejercer la acusación particular sin restricción alguna. A pesar de que no se establecen limitaciones a esta personación del perjudicado en el expediente contra el menor, la experiencia nos demuestra que las víctimas sólo tienen el anhelo de ejercitar la acusación particular en los casos de delitos graves, homicidio, asesinato o agresiones sexuales.

En resumen, para este tipo de delitos graves las reformas de la ley del menor han abandonado ya sus principios inspiradores, estableciendo una regulación que es o será muy pronto

estrictamente penal. Internamientos largos a cumplir en la cárcel, y con el perjudicado ejercitando la acusación particular. En esencia derecho penal puro y duro.

Le queda aún a la LORPM sin embargo, un campo de actuación amplio en el resto de los delitos que no causan tanta alarma social, que son la inmensa mayoría.

En los casos de infracciones leves o de delitos menos graves, la experiencia de estos tres años de aplicación de la LORPM nos ha demostrado que la sociedad aquí sí admite sin excesivos problemas el que se prescindiera de castigos rigurosos a favor de métodos educativos. Las víctimas de un pequeño robo, de un hurto, o de un allanamiento, suelen mostrarse conformes con que no se castigue severamente al menor y consideran buena idea que se le impongan, por ejemplo, servicios en beneficio de la comunidad, realización de tareas socioeducativas, o cualquier otra medida que intente modificar su comportamiento sin tener que recurrir a privarlo de libertad como se hace con los adultos.

Pero también aquí están surgiendo problemas que de no corregirse, a medio plazo, pueden provocar una sensación de ineficacia en la aplicación de la LORPM que, al igual que ha ocurrido ya con los delitos más graves, lleve al legislador a renunciar a los principios de reeducación y



reinserción y volver a los métodos tradicionales del derecho penal.

Estamos observando que al prescindirse, respecto de los menores, de la severidad de las penas, se ha perdido también esa función de advertencia que cualquier derecho sancionador debe tener para intentar construir una amenaza general frente a todos. Amenaza que frene a quienes pudieran estar tentados de cometer el delito. Nos encontramos con que tenemos un sistema "sancionador" en el que al no estar pensadas las sanciones para intimidar a los menores, la propia LORPM así lo reconoce en su exposición de motivos, sino para corregir las causas que les llevaron a delinquir, el temor a la ley penal desaparece. Nace entonces una percepción ya lamentablemente generalizada entre los menores. La de que no existe consecuencia dañosa para quien infringe la norma, porque el menor lo que percibe es que aunque cometa un delito ya no le espera la cárcel como a los mayores de edad, sino algún tipo de medida, molesta pero no demasiado exigente. Se puede ir extendiendo, entonces, una sensación de impunidad que por un lado estimule el delito y por otro haga más difícil el éxito de la medida de medio abierto una vez impuesta. Lo que parece evidente es que las medidas educativas son muy poco eficaces para disuadir a un menor de cometer un delito, todo lo más, y siempre a posteriori, pueden ser útiles para que no repita su comportamiento. A nuestro juicio, supone un verdadero

error el que la LORPM haya renunciado a desempeñar función alguna antes de que el menor cometa el delito, limitándose a actuar cuando el delito ya se ha cometido.

Planteada la cuestión en estos términos, si esta prevención general es esencial a cualquier derecho sancionador, ¿cómo recuperarla para el derecho de menores sin renunciar a sus principios de reeducación y reinserción?

Existen caminos que no tienen que pasar necesariamente por generalizar el internamiento de los menores como primera respuesta al delito. El rigor y la dureza de las penas sólo son un elemento de la prevención general, y acaso no el más importante. Aspectos muy deficientemente regulados en la LORPM como la prontitud en la respuesta penal y sobre todo la celeridad e inexorabilidad de su ejecución, son también factores esenciales a la hora de crear una percepción social de respuesta inmediata al delito.

Sería necesario que se realizasen las oportunas reformas de la LORPM para que el enjuiciamiento de un delito cometido por un menor fuera inmediato, al modo en que se hace ya respecto de los mayores de edad en los juicios rápidos. A día de hoy esto no es posible con la actual regulación de la ley, que establece un procedimiento exageradamente lento. Es habitual que el juicio se celebre más de 6 meses después de que se cometieran los

hechos, en el mejor de los casos. Del mismo modo es imprescindible que se arbitren mecanismos ágiles, que en la regulación actual no existen, para asegurar el cumplimiento coactivo de las medidas de medio abierto en caso de oposición del menor.

De esta forma, si el menor percibe que inmediatamente después de que cometa un delito se produce el enjuiciamiento, seguido de una ejecución inmediata y coactiva de una medida que le supondrá un control judicial, y que le va a imponer molestas normas de conducta, es posible que recuperemos algunas de las funciones de prevención general que en el derecho

penal de adultos corren a cargo de la severidad de las penas. Se trata de arbitrar medios para obligar al menor a cumplir la medida, privándole incluso de libertad en caso de resistencia contumaz a cumplir la medida judicial.

La situación actual en la que, después de cometer un delito, el menor no es enjuiciado hasta que pasan varios meses, más otros tantos para empezar a ejecutar una medida educativa cuya inobservancia no le acarrea prácticamente ninguna consecuencia, lo único que puede traernos a medio plazo es el fracaso de la LORPM. Esperemos, en beneficio de todos, que eso no ocurra.

# Normas de **Publicación**

1.- Redes, revista técnica de Servicios Sociales que supone un impulso profesional importante y un aporte a la reflexión y al desarrollo de la intervención social desde las distintas instituciones públicas y privadas existentes.

2.- Los originales deberán enviarse a

## **DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE HUELVA.**

Area de Servicios Sociales.

Revista "REDES".

C./ Fernando el Católico, 18, 5.ª planta.

21003 - Huelva

3.- Los artículos se presentarán en original y copia mecanografiada, con una extensión mínima de cinco páginas y máxima de dieciséis, a doble espacio y por una cara, en formato DIN-A4.

4.- Los trabajos tendrán una carátula o portada en la que se indicará: Autor/es, título, entidad y dirección. La correspondencia, salvo aviso de lo contrario, se dirigirá al nombre del primer autor.

5.- Las tablas y cuadros deberán ser enviados agrupados y en hojas apartes, situados al final del texto y debidamente numeradas. Las figuras, ilustraciones, gráficos, etc., se numerarán correlativamente y llevarán un pie de texto explicativo. Sería conveniente indicar en el texto el lugar aproximado en el que el autor considere que deban aparecer, siempre guardando relación con el texto general.

6.- Los artículos deben ir precedidos de un breve resumen introductorio de unas siete a doce líneas.

7.- Los trabajos deben no haber sido publicados anteriormente y no estar sometidos simultáneamente a consideración en otra revista.

- 8.-** El Consejo de Redacción se reserva el derecho de aceptar o rechazar las publicaciones, así como solicitar correcciones, aclaraciones o modificaciones a los autores.

En caso de no aceptarse determinados artículos, éstos se remitirán a sus autores, siendo propiedad de la revista aquéllos que sean aceptados y publicados, debiendo solicitarse su autorización para su reproducción total o parcial.

- 9.-** Las citas bibliográficas se intercalarán en el texto con el nombre del autor y el año entre paréntesis de la obra original, y si es cita textual, el número de la página en la que se hace referencia. Al final del artículo se ordenará alfabéticamente en el siguiente orden: apellidos de autor/es, iniciales del nombre/s y año de la edición original entre paréntesis, después de punto y aparte: título del libro, capítulo o artículo de revista, título de la revista o editorial, lugar de la edición o de la traducción, de no coincidir con la obra original y páginas, inicial y final en el caso de las revistas.

- 10.-** El Consejo de Redacción mandará cinco ejemplares a los autores de aquellos artículos que hayan sido seleccionados para su publicación en la revista.

## SUSCRIPCIÓN GRATUITA

Entidad .....

.....

Domicilio ..... C.P. ....

Población ..... Provincia.....

Telf.: .....

TÍTULO: **REDES. Revista de Servicios Sociales**

**DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE HUELVA**  
AREA DE SERVICIOS SOCIALES.  
C./ Fernando el Católico n.º 18, 5.º planta  
21003 HUELVA  
Teléfono: 959 49 47 47 Fax: 959 25 04 78



