



Universidad de Valladolid
Facultad de Educación y Trabajo Social

TRABAJO DE FIN DE GRADO

GRADO EN TRABAJO SOCIAL
Curso 2018-2019.

“EI PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN MATERIA DE DROGODEPENDENCIAS”

Autor:

María Gallego Llamas

Tutor Académico:

José Luis Rodríguez Sáez

Fecha de Entrega: 12 de Junio 2019.

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

El consumo de drogas constituye internacionalmente uno de los problemas más graves a nivel social y sanitario. Esta problemática ha existido siempre, pero a lo largo de la historia han ido evolucionando las pautas de consumo y con ellas el tipo de intervención por parte de los profesionales. Fue en los años 60-70, cuando se produjo una expansión del consumo de drogas en nuestro país.

En este trabajo nos proponemos realizar una revisión bibliográfica sobre el papel que juegan los trabajadores sociales en materia de adicciones. El consumo de drogas está relacionado con múltiples factores, que conllevan múltiples efectos, por lo que la intervención en adicciones por parte de los profesionales se debe realizar de manera multidisciplinar, interdisciplinar e integral. El trabajador social es una figura necesaria y fundamental para acabar o reducir este fenómeno. Las adicciones generan aislamiento y riesgo grave de exclusión por lo que el trabajador social juega un papel esencial a la hora de la mejora del bienestar y la reinserción del individuo en su entorno.

Palabras Clave: Droga, Adicción, consumo, Trabajo Social, Factores sociales.

ABSTRACT:

Drug consumption constitutes one of the most serious social and health, international problems. This problem has always existed, but throughout history the patterns of consumption have evolved and with them the type of intervention by professionals. It was in the 60s and 70s, when there was an expansion of drug consumption in our country.

In this work, we propose to carry out a bibliographic review of the role played by social workers in the field of addictions. Drug use is related to multiple factors, which entail multiple effects, so the intervention about the addictions must be done by professionals in a multidisciplinary, interdisciplinary and comprehensive manner. The figure of the social worker is a necessary and fundamental role to end or reduce this phenomenon. Addictions generate isolation and serious risk of exclusion, so the social worker plays an essential role when it comes to improve the well-being and reintegration of the individual in their environment.

Keywords: Drug, Addiction, Consumption, Social Work, Social factors.

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| 1. Introducción | 6 |
| 2. Objetivos | 8 |
| 3. Justificación | 8 |
| 4. Capítulo 1: La Drogodependencia | 9 |
| 4.1 Marco conceptual de la drogodependencia. | 9 |
| 4.1.1 Drogas y tipos de drogas | 9 |
| 4.1.2 Dependencia y tipos de dependencia | 13 |
| 4.1.3 Concepto de consumo y tipos de consumo | 14 |
| 4.1.4 Trastorno relacionado con sustancias y trastornos adictivos | 16 |
| 4.2 Marco normativo y legislación básica sobre drogodependencias | 18 |
| 4.2.1 A nivel internacional | 18 |
| 4.2.2 A nivel nacional | 18 |
| 4.2.3 A nivel autonómico | 19 |
| 4.2.4 A nivel provincial y municipal | 19 |
| 4.3 Marco Teórico: Contextualización de las drogas en España | 21 |
| 4.3.1 Introducción | 21 |
| 4.3.2 Antecedentes | 21 |
| 4.3.3 Actualidad | 23 |
| 4.4 Análisis de la problemática | 25 |
| 5. Capítulo 2: La Drogodependencia y el Trabajo Social. | 33 |

| | | |
|------------|--|-----------|
| 5.1 | Las Drogodependencias como objeto del Trabajo Social | 33 |
| 5.2 | La intervención en drogodependencias desde el Trabajo Social | 38 |
| 5.2.1 | Introducción. | 38 |
| 5.2.2 | Factores de riesgo en el consumo de drogas | 41 |
| 5.2.3 | Fases del proceso de intervención de los Trabajadores Sociales en Adicciones. | 43 |
| 5.2.4 | Metodología y estrategias de intervención. | 45 |
| 5.3 | Las funciones y objetivos del Trabajador Social Sanitario | 49 |
| 5.3.1 | Introducción | 49 |
| 5.3.2 | Los objetivos del Trabajador Social sanitario | 50 |
| 5.3.3 | Las funciones del Trabajador Social Sanitario | 51 |
| 5.3.4 | Funciones específicas del Trabajador Social en cada una de las Áreas de intervención | 53 |
| 5.4 | Protocolo de intervención del Trabajo Social en los centros de atención a las drogodependencias | 58 |
| 5.5 | Sistema de asistencia e integración social del drogodependiente en Castilla y León | 62 |
| 6. | Conclusión | 65 |
| 7. | Bibliografía | 67 |

ÍNDICE DE TABLAS:

| | |
|--|-----------|
| Tabla 1.1.: Clasificación de las drogas según su consideración sociológica. | 10 |
| Tabla 1.2.: Clasificación de las drogas según la sociedad | 11 |
| Tabla 1.3.: Clasificación de las drogas según los efectos en el SNC. | 12 |
| Tabla 1.4.: Tipos de dependencia | 13 |
| Tabla 1.5.: Factores relacionados con la dependencia | 14 |
| | |
| Tabla 2.1. : Criterios para distinguir el tipo de conducta | 34 |
| Tabla 2.2: Tipos de factores socioculturales | 35 |
| Tabla 2.3: Características de la persona que consume | 36 |
| Tabla 2.4: Características de la sustancia consumida | 37 |
| Tabla 2.5.: Servicios Sociales Especializados en materia de adicciones | 41 |
| Tabla 2.6.: Métodos de Intervención desde el Trabajo Social | 45 |
| Tabla 2.7. : Funciones Generales del Trabajador Social | 51 |

ÍNDICE DE GRAFICOS:

| | |
|--|-----------|
| Gráfico 1.1 Clasificación de drogas según sus distintas dimensiones | 11 |
| Gráfico 1.2.: Tipos de Consumidores | 15 |
| Gráfico 1.3.: Consumo de sustancias ilegales a nivel Europeo, año 2018 | 26 |
| Gráfico 1.4.: Prevalencia del consumo de drogas por sexo en los últimos 12 meses en la población entre 15-64 años (%). | 27 |
| Gráfico 1.5.: Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años (%). España 1995-2017 | 29 |
| Gráfico 1.6.: Prevalencia del consumo de drogas por sexo en los últimos 12 meses en la población entre 15-64 años (%). | 31 |
| | |
| Gráfico 2.1: Principales Factores que influyen en las adicciones | 36 |
| Gráfico 2.2.: Dimensiones del contexto social | 38 |
| Gráfico 2.3.: Niveles de Intervención del Trabajador Social Sanitario. | 40 |
| Gráfico 2.4.: Factores de riesgo en el consumo de drogas. | 41 |
| Gráfico 2.5: Proceso de atención integral a las drogodependencias. | 60 |

1. INTRODUCCIÓN:

El consumo de drogas sigue siendo uno de los principales problemas a nivel internacional. A lo largo de la historia de España, se ha producido una evolución y desarrollo de las distintas pautas de consumo de drogas, del tipo de sustancias, de la percepción social frente a esta problemática, así como, del perfil de los usuarios consumidores. Esta evolución se debe en gran medida a los cambios del contexto social, económico y político a lo largo de la historia de nuestro país.

Este trabajo propone una revisión bibliográfica sobre el papel que juegan los trabajadores sociales en materia de adicciones y consta de dos partes.

El Capítulo 1 tratará de conceptualizar y definir una serie de términos relacionados con las drogas, a la vez que realizará una clasificación de las drogas según distintas dimensiones. A demás se realizará un breve repaso sobre los antecedentes y la actualidad del consumo de drogas para ver la evolución de este fenómeno y de las pautas de consumo a lo largo de la historia. A continuación se recogerá la legislación básica en materia de drogodependencia a nivel internacional, nacional, autonómico, provincial y municipal. Para concluir este apartado se procederá a realizar un estudio de esta problemática, a través del análisis e interpretación de los datos más relevantes sobre el consumo de drogas en España.

El Capítulo 2 se dedicará a concretar el papel del trabajador social en materia de drogodependencias. Se destacará al trabajador social como una figura esencial en la intervención en adicciones. Se conocerán sus funciones y objetivos en cada una de las áreas de intervención en la que participan, los factores de riesgo ligados al consumo de drogas y las fases del proceso de intervención de los trabajadores sociales en adicciones.

Los trabajadores sociales son parte fundamental en la atención a drogodependientes, se encargan del estudio de los factores sociales, personales, ambientales y de la identificación de las redes de apoyo y situaciones de riesgo. A través del acompañamiento social, tratan de reducir los factores de riesgo sociales, incrementando los recursos personales de los usuarios. Su fin último es mejorar el bienestar de los individuos.

El término de adicciones está estrechamente relacionado con el concepto sanitario, por lo que a la hora de hablar de la intervención en adicciones, se resaltara la figura del Trabajador Social Sanitario.

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

La intervención en adicciones debe realizarse de manera multidisciplinar, los diferentes profesionales discutirán, colaborarán y se coordinarán para diseñar y desarrollar el Plan de Intervención Individualizado (PII) del usuario y la familia.

Los trabajadores sociales se encargan a su vez de realizar tareas de prevención y reinserción, con los usuarios, las familias, la comunidad y con colectivos específicos.

Para concluir con este trabajo se recogerá el Protocolo de Intervención de los trabajadores sociales en los centros de atención a las drogodependencias y se recabará una síntesis de los diferentes recursos y servicios con los que cuenta el sistema de asistencia e integración social del drogodependiente en la comunidad de Castilla y León.

2. OBJETIVOS

- Los objetivos generales de este trabajo son:

-Profundizar sobre la problemática del consumo de drogas y los factores de riesgo relacionados con ella.

-Abordar el rol del trabajador social en el ámbito de la drogodependencia.

- Los objetivos específicos son:

-Hacer un breve recorrido histórico sobre las características fundamentales del fenómeno en nuestro país.

-Analizar la prevalencia de consumo de drogas en España.

-Explorar las leyes, servicios y recursos sociales importantes con los que se cuenta en materia de drogas.

-Conocer la metodología, las funciones y objetivos de los trabajadores sociales en materia de drogodependencias.

3. JUSTIFICACION

Este trabajo constituye el fin de mi grado universitario en Trabajo Social. Durante la carrera hemos tratado y analizado los diferentes ámbitos sobre los que el Trabajo Social tiene la posibilidad de intervenir. En mi caso, el colectivo de personas drogodependientes, entre otros, me produce un gran interés y me suscita la necesidad de ahondar más profundamente en él, ya que considero que es necesario especificar y conocer más a fondo la función que tienen los trabajadores sociales en este ámbito. La intervención que realizan estos profesionales, a día de hoy sigue siendo poco visible.

Por ello trato de recoger en este trabajo a modo de síntesis varios de los aspectos básicos relacionados con las drogas. En un primer lugar creare un marco conceptual de las drogas, una contextualización histórica de estas, además de aportar la normativa esencial y los datos de prevalencia de consumo relacionados con esta materia. En segundo lugar me centrare más en lo que supone el papel que juega los profesionales del trabajo social en la intervención en drogodependencias.

Este trabajo pretende ayudarme a mejorar la competencia adquirida sobre esta materia, a través de la revisión bibliográfica, el análisis, interpretación y reflexión de los datos, para que sea capaz de poner en práctica en un futuro los conocimientos adquiridos y poder trabajar y valorar a los usuarios, familias o grupos de drogodependientes, de la manera más eficaz.

4. CAPITULO 1: LA DROGODEPENDENCIA

4.1 Marco conceptual de la drogodependencia.

Crear un marco conceptual de la drogodependencia facilitará el entendimiento posterior de este estudio. Por ello a continuación, se definen varios términos y conceptos aludiendo a algunos de los autores más importantes.

4.1.1 Drogas y tipos de drogas:

- **Droga:**

El concepto de droga ha cambiado a lo largo del tiempo y son muchos los autores que han definido este término. Si bien, cabe destacar la definición que La Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de su comité de expertos dio en 1969, “Toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o varias de sus funciones”.

Más recientemente la OMS define droga como:

Término de uso variado. En medicina se refiere a toda sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad o aumentar la salud física o mental y en farmacología como toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos. De ahí que una droga sea una sustancia que está o pueda estar incluida en la Farmacopea. En el lenguaje coloquial, el término suele referirse concretamente a las sustancias psicoactivas y, a menudo, de forma aún más concreta, a las drogas ilegales. Las teorías profesionales (p. ej., “alcohol y otras drogas”) intentan normalmente demostrar que la cafeína, el tabaco, el alcohol y otras sustancias utilizadas a menudo con fines no médicos son también drogas en el sentido de que se toman, el menos en parte, por sus efectos psicoactivos (OMS, 1994, p. 33).

El término de drogas es un concepto muy amplio, así pues, es necesario concretar otros conceptos básicos relacionados con este término, que nos permitan entender mejor

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

este trabajo. Todos ellos están recogidos en el Glosario de Términos que realizó la OMS (1994):

- **Sustancia o droga psicoactiva:** Sustancia que, cuando se ingiere, afecta a los procesos mentales, p. ej., a la cognición o la afectividad. Este término y su equivalente, sustancia psicotrópica, son las expresiones más neutras y descriptivas para referirse a todo el grupo de sustancias, legales e ilegales, de interés para la política en materia de drogas. (OMS, 1994).
- **Droga de abuso:** El término droga de abuso describe mejor lo que coloquialmente entendemos como droga. Caudevilla (2007) lo definió como una “sustancia de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptibles de ser autoadministradas” (p.2).
- **Droga de Diseño:** Definida como “sustancia química nueva con propiedades psicoactivas, sintetizada expresamente para su venta ilegal y burlar las leyes sobre sustancias controladas” (p.33-34).
- **Droga de Inicio:** Entendida como droga legal o ilegal que abre el camino al consumo de otra droga, considerada normalmente más problemática” (p.34).

Clasificación de las drogas:

Muchos son los autores que han realizado una clasificación distinta de las drogas, ya que estas se evalúan y se estudian teniendo en cuenta diversas perspectivas y dimensiones.

Si tenemos en cuenta su **consideración sociológica**, es decir, la forma en la que se ve esa droga dentro de una cultura, ideología, sistema económico y político, estas pueden ser, en base a su legalidad, según la OMS (1994, p.34):

Tabla 1.1.: Clasificación de las drogas según su consideración sociológica.

| Droga Legal | Droga Ilegal |
|---|---|
| Definida como Droga que está legalmente disponible mediante prescripción médica o en algunas ocasiones también sin ella, en una determinada jurisdicción. | Entendida como sustancia psicoactiva cuya producción, venta o consumo están prohibidos. En sentido estricto, la droga en sí no es ilegal, lo son su producción, su venta o su consumo en determinadas circunstancias en una determinada jurisdicción. |

Fuente: Elaboración propia basándose en datos de la OMS (1994).

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

Oughourlian (1977), hace una **clasificación psicosociológica** de las drogas:

- Según la **perspectiva psicológica**, para los drogodependientes la droga puede ser un medio o un fin.
- Desde la **perspectiva sociológica**, las toxicomanías pueden ser:
 - Individuales o solitarias
 - De grupo o comunitarias
 - De masa o de pueblos

También se pueden clasificar las drogas en función de la **concepción** que tiene la **sociedad** sobre ellas, así, comúnmente se distingue entre:

Tabla 1.2.: Clasificación de las drogas según la sociedad

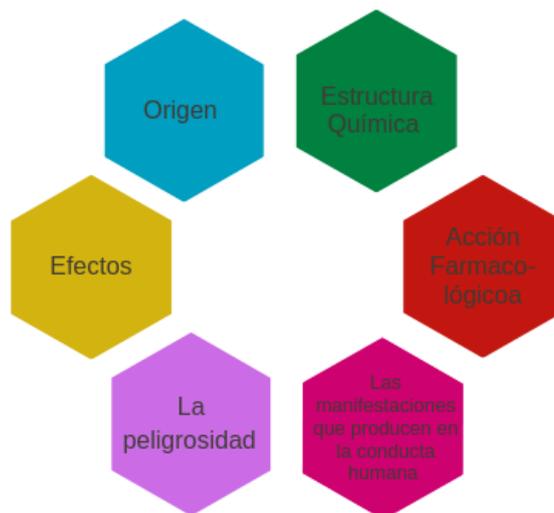
| Drogas Duras | Drogas Blandas |
|--|--|
| Definida como aquellas que socialmente se consideran que son más peligrosas para la salud. | Entendida como aquellas que son consideradas menos peligrosas para la salud y que la sociedad suele relacionarlas con aquellas que son legales, como el tabaco o el alcohol. |

Fuente: Elaboración propia.

Las drogas se estudian y clasifican teniendo en cuenta las siguientes dimensiones:

Gráfico 1.1 Clasificación de drogas según sus distintas dimensiones

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”



Fuente: Elaboración propia.

Son muchos los autores que se centran más en profundidad en el estudio, análisis y clasificación de las drogas según los efectos.

Según los **efectos** que producen en el ser humano pueden ser:

- Lewin (1924 citado en *Martínez y Rubio ,2002, p.4*): realizó la **primera clasificación** de las drogas según sus efectos y distinguió cinco grupos:

-Euphorica: calmantes de la actividad psíquica. Opio, morfina, heroína, cocaína, etc. Producen en el sujeto un estado de bienestar físico y psíquico.

-Phantastica: alucinógenos, mescalina, cannabis, etc. Son las que deforman las sensaciones

-Inebriantia: sustancias embriagantes: éter, cloroformo, alcohol, etc. Tras una primera fase de excitación cerebral dan lugar a una depresión de dicha excitabilidad.

-Hypnotica: inductores del sueño: barbitúricos, bromuro, cloral.

-Excitantia: estimulantes psíquicos: cafeína, nuez de cola, cacao, té, tabaco, arsénico, procuran un estado de estimulación cerebral subjetiva.

- **Actualmente**, la OMS, hace una clasificación de las drogas según los efectos en el Sistema Nervioso Central (SNC) en tres grupos:

Tabla 1.3.: Clasificación de las drogas según los efectos en el SNC.

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

| DEPRESORAS | ESTIMULANTES | ALUCINÓGENOS |
|--|--|---|
| <p>Aquellas que disminuyen o retardan el funcionamiento del sistema nervioso central. Producen alteración de la concentración y en ocasiones del juicio; disminuyen la apreciación de los estímulos externos y provocan relajación, sensación de bienestar, sedación, apatía, y disminución de la tensión.</p> <p>Las drogas depresoras más conocidas son el alcohol, los barbitúricos, los tranquilizantes y el opio y sus derivados.</p> | <p>Aquellas que aceleran la actividad del sistema nervioso central provocando euforia, desinhibición, menor control emocional, irritabilidad, agresividad, menor fatiga, disminución del sueño, excitación motora, inquietud.</p> <p>En este grupo se encuentran la cocaína, los estimulantes de tipo anfetamínico, y la mayor parte de las sustancias psicoactivas y de síntesis.</p> | <p>Aquellas que producen distorsiones en las sensaciones y alteran el estado de ánimo y los procesos de pensamiento. En este grupo se incluyen sustancias de una gran variedad de fuentes naturales y sintéticas son estructuralmente diferentes.</p> |

Fuente: Elaboración Propia basándose en datos de la OMS

4.1.2 Dependencia y tipos de dependencia:

Tras conocer más en profundidad el concepto de droga, creo que es necesario explicar el término de dependencia ya que es otro de los conceptos clave que recoge la OMS (1994) y que creo necesario definir para entender mejor y conceptualizar este trabajo:

- **¿Qué es la dependencia?:**

Aplicado al alcohol y otras drogas, el término implica una necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para encontrarse bien o para no sentirse mal. La APA (1988) en el Manual diagnóstico de los Trastornos mentales DSM-III-R, define la dependencia como un grupo de síntomas cognitivos, fisiológicos y del comportamiento que indican que una persona presenta un deterioro del control sobre el consumo de la sustancia psicoactiva y que sigue consumiéndola a pesar de las consecuencias adversas.

La APA (2001) en el Manual diagnóstico de los trastornos mentales DSM-IV-TR define dependencia a sustancias como “conjunto de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que un individuo continúa consumiendo una sustancia a pesar de la aparición de problemas relacionados con ella.

Según la APA (2018) en el DSM-5 ya no se habla de dependencia, si no de trastorno por consumo de sustancias, el cual procederemos a explicar posteriormente.

- **Tipos de Dependencia:**

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

Según la OMS (1965 citado en Kramer y Cameron, 1975), se define dos **tipos de dependencia**:

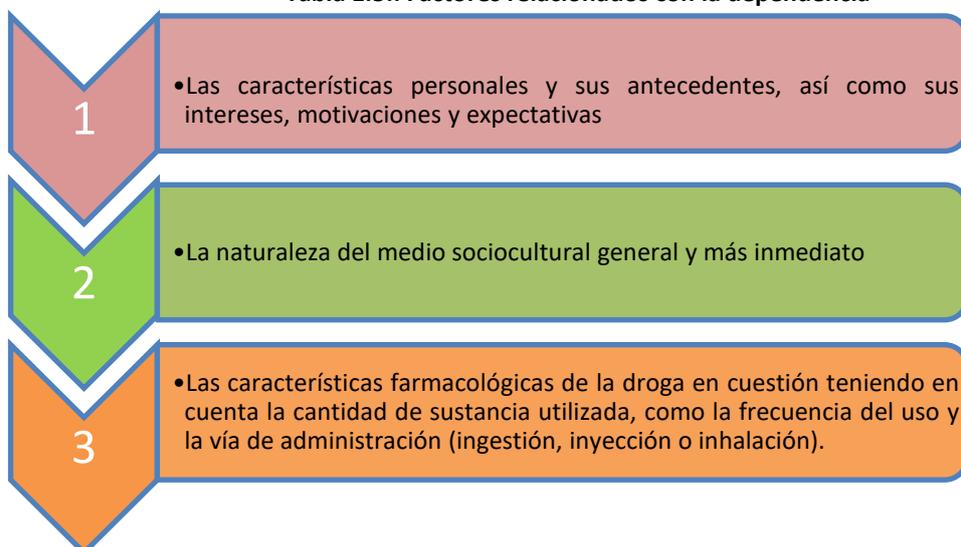
Tabla 1.4.: Tipos de dependencia

| | |
|-----------------|--|
| Física | <ul style="list-style-type: none">• Estado adaptativo caracterizado por la aparición de trastornos físicos intensos cuando suspendemos la administración de la droga. |
| Psíquica | <ul style="list-style-type: none">• Condición por la que una droga produce una sensación de satisfacción y una pulsión psíquica que motiva al sujeto a repetir su consumo para inducir el placer o evitar el malestar. |

Fuente: Elaboración propia basándose en datos de la OMS.

Según Nowlis (1975), para que una persona llegue a la dependencia tiene que haber una interrelación entre varios **factores**:

Tabla 1.5.: Factores relacionados con la dependencia



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Nowlis.

4.1.3 Concepto de Consumo y tipos de consumo:

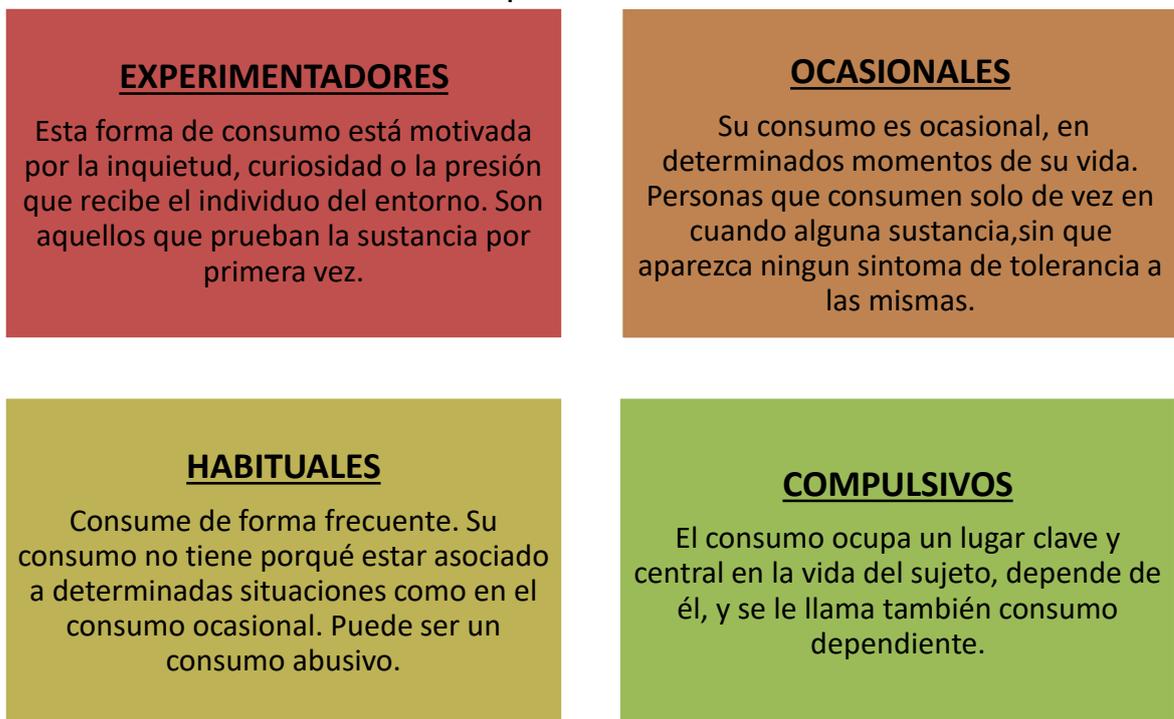
El consumo se define como la autoadministración de una sustancia psicoactiva. EL consumo abusivo en el que nos vamos a centrar, se entiende como el patrón de consumo que excede un estándar de consumo moderado o —de manera más

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

ambigua— consumo social. Se define normalmente como el consumo que supera un volumen diario determinado (p. ej., tres bebidas al día) o una cantidad concreta por ocasión (p. ej., cinco bebidas en una ocasión, al menos una vez a la semana) (OMS, 1994).

Nowlis (1975) hace una primera clasificación de los distintos tipos de consumidores, para poder definir de forma más precisa el problema. Al igual que la hace Pascale (2010), entre otros. Para ellos existen cuatro **tipos de consumidores**:

Gráfico 1.2.: Tipos de Consumidores



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Pascale (2010) y de la OMS.

Caudevilla (2007) hace un matiz sobre los tipos de consumo y les distingue dependiendo de la frecuencia del consumo, entre:

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

-Consumo episódico: Se relaciona con el consumo experimental u ocasional.

-Consumo sistemático: Habituales o compulsivos.

A su vez, les clasifica en:

-Consumo recreativo: aquellos asociados espacios de ocio, típicos del fin de semana.

-Consumo instrumental: en los que se persigue un determinado fin.

El DSM-5 es la edición más actual del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales realizada por la Asociación Americana de Psiquiatría. Su publicación ha supuesto cambios significativos en materia de drogas.

Se ha dado una evolución de los conceptos de abuso y dependencia, los cuales han pasado a asociarse e incluirse en el concepto de trastorno relacionado con sustancias. En el siguiente apartado se explica más detalladamente en qué consiste este tipo de trastorno.

4.1.4 Trastorno relacionado con sustancias y trastornos adictivos:

Según la APA (2018) el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 pasa a sustituir y reconceptualizar el término de dependencia, visto anteriormente, por el de adicción. Así pues:

La **adicción** es definida como:

Una enfermedad primaria, crónica y neurobiológica con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen en sus manifestaciones. Se caracteriza por conductas que incluyen uno o más de los problemas en el control en el uso de drogas, uso compulsivo, uso continuado a pesar del daño y craving (Lazcano, 2015, p.99).

La **dependencia física** es entendida como:

Un estado de adaptación que se manifiesta para cada tipo de droga por un síndrome de abstinencia que se puede producir por un cese abrupto,

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

reducción rápida de la dosis, disminución de los niveles de la droga en sangre y/o administración de un antagonista (Lazcano, 2015, p.99).

Según Portero (2015) el manual DSM-5 distingue entre dos tipos de trastorno:

-Trastorno relacionados con sustancias: en este apartado se incluyen las distintas sustancias psicoactivas.

-Trastornos no relacionados con sustancias: son las llamadas adicciones conductuales, entre las que se incluye el trastorno del juego, antes denominado juego patológico.

A continuación, se explica más detalladamente los **trastornos relacionados con sustancias** psicoactivas, apartado importante para conocer y concretar mejor este trabajo.

Portero (2015) relata en su artículo que el DSM-5 entiende el trastorno relacionado con sustancias como la suma de criterios de abuso y dependencia, tal y como se conocían y definían en el DSM-IV. Para diagnosticar este trastorno, la persona tiene que tener dos o más, de los once síntomas especificados en el manual, a lo largo de un periodo de tiempo de un año. En función de esto, se diferencian entre los niveles bajo (2-3 síntomas), nivel moderado (4-5) o severo (6 o más).

Además, relata que hay dos tipos de trastornos relacionados con sustancias:

-Trastornos por consumo de sustancias: Pasan de ser once las reconocidas en el DSM-IV a diez.

-Trastornos inducidos por sustancias: intoxicación, abstinencia, otros trastornos mentales inducidos por una sustancia o medicación.

4.2 Marco normativo y legislación básica sobre drogodependencias.

Para enmarcar el ámbito de las drogodependencias a nivel político, a continuación, se recoge un resumen de la distinta legislación vigente en relación a esta materia, a nivel europeo, nacional y autonómico. Desde este planteamiento, se puede observar la importancia que tienen las adicciones y el compromiso que las administraciones públicas tienen con sus ciudadanos con el fin de paliar la problemática a través de distintas actuaciones.

4.2.1 A nivel internacional:

| |
|---|
| La Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes enmendada por el Protocolo de 1972 |
| El Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971 |
| Resolución 34/177, de la asamblea general de la O.N.U., de 17 de diciembre de 1979, sobre cooperación internacional para la fiscalización del uso indebido de drogas |
| La Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988 |
| Resolución del Parlamento Europeo, de 13 de septiembre 1985 sobre la lucha contra la Toxicomanía |
| Estrategia Europea de materia de Lucha contra la Droga (2013-2020) |
| Plan de acción de la UE en materia de lucha contra la droga 2017-2020 |

4.2.2 A nivel Nacional:

| |
|---|
| Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad |
| Ley Orgánica 8/1992, de 23 de diciembre, de modificación del Código Penal y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal en materia de tráfico de Drogas |
| Ley 15/2014, de 16 de septiembre, de Racionalización del Sector Público y otras medidas de Reforma Administrativa. En esta ley destacamos el artículo 20, la creación del consejo español de drogodependencias y adicciones |
| Real Decreto 2499/1979, de 19 de octubre, por el que se modifican determinados artículos del Real Decreto 3032/1978, de 15 de diciembre, sobre reestructuración de la Comisión Interministerial para el Estudio de los Problemas Derivados del Consumo de Drogas |
| Real Decreto 1030/2006, del 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud |
| Real decreto 1194/2011, de 19 de Agosto, por el que se establece el procedimiento para que una sustancia sea considerada estupefaciente en el ámbito nacional |

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

Real Decreto 200/2012 de 23 de Enero 2 le corresponde a la Delegación del Gobierno las funciones, coordinación de los servicios y de dirigir el Plan Nacional Sobre Drogas Estrategia nacional sobre adicciones 2017-2024 (END)

Plan de Acción sobre adicciones (2018-2020). (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad). Este plan nació en 1985 y a día de hoy sigue vigente y siendo uno de los más importantes en materia de drogas en nuestro país.

4.2.3 A nivel Autonómico:

Ley 3/1994, de 29 de Marzo, de prevención, asistencia e integración social de drogodependientes de Castilla y León

Ley 3/2007, de 7 de marzo, por la que se modifica la Ley 3/1994, de prevención, asistencia e integración social de drogodependientes en Castilla y León.

Decreto 59/2003 de 15 de mayo por el que se aprueba el II Plan Socio-sanitario de Castilla y León

Orden FAM 279/2018, de 5 de Marzo, por la que se regula la acreditación de los servicios de intervención con menores y jóvenes con consumo problemático de drogas y sus familias y de los servicios generales de información, orientación, apoyo y seguimiento a personas drogodependientes

Acuerdo 22/2017, de 25 de Mayo, de la junta de Castilla y León, por el que se aprueba el VII Plan Regional sobre Drogas (2017-2021)

4.2.4 A nivel Provincial y municipal

En cuanto al ámbito provincial, cabe destacar el **VII Plan Provincial sobre Adicciones 2019-2022** que desarrolla la Diputación de Valladolid, aprobado el 6 de Marzo de 2019 por la Comisión de Igualdad de Oportunidades y Servicios Sociales.

La Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León, otorga a las diputaciones provinciales la potestad de aprobar Planes Provinciales sobre Drogas, siempre que estos estén elaborados y ejecutados de acuerdo a los criterios propuestos por el Plan Regional Sobre Drogas.

Este Plan presta una especial atención a las adicciones sin sustancia. Pone el punto de mira en el mal uso de las TICS por parte de los jóvenes y adolescentes, la adicción al juego y la dependencia de internet.

El plan pone en marcha una intervención teniendo en cuenta la perspectiva de género, ya que afirma que el sexo es un factor de riesgo y que el consumo de drogas no afecta por igual a hombres y mujeres.

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

A nivel regional, para obtener datos sobre el consumo de drogas se utiliza la encuesta EDADES (Encuesta sobre alcohol y drogas de la población general de Castilla y León) y la encuesta ESTUDES (Encuesta sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas secundarias)

Los objetivos generales de este plan son:

- Informar, formar y prevenir sobre el consumo de drogas en adolescentes y jóvenes.
- Reducir la prevalencia de consumo de drogas.
- Reducir los problemas sociales que se derivan del consumo de drogas.
- Fomentar el ocio saludable y la educación en igualdad.

En cuanto al ámbito municipal, actualmente está vigente el **V Plan Municipal sobre drogas y otras Adicciones (2019-2023)**, aprobado el 2 de abril de 2019 por el Pleno Municipal.

Los ayuntamientos de la provincia también proporcionan respuestas concretas y eficaces al problema de las drogodependencias, crean programas y acciones estructuradas, coordinadas y planificadas. Estos ayuntamientos tratan de elaborar estrategias y líneas de trabajo que sean acordes con las estrategias autonómicas y nacionales.

Este plan tiene por objeto la prevención comunitaria sobre las adicciones y los daños y riesgos derivados de ellas. Incluye actuaciones destinadas a el uso adecuado de las TICS y a la ludopatía y el juego online.

En este plan se distinguen 8 áreas de actuación:

- Prevención comunitaria
- Prevención familiar
- Prevención escolar
- Prevención laboral
- Disminución de riesgos
- Control de la oferta
- Integración socio-laboral
- Formación

4.3 Marco Teórico: Contextualización de las drogas en España

4.3.1 Introducción:

Davenport-Hines (2003) relata que el uso de drogas no es algo actual, dado que la historia de la drogas remite a la propia historia de la humanidad. Distintas sociedades han conocido y usado para distintos fines, individuales o colectivos, diferentes productos químicos a fin de alterar sus estados de ánimo, estimularse, sedarse, modificar su percepción y diversos procesos cognitivos (citado en Gómez, Serena, Carrizo, Vida, Malacari, Pérez y Maculus, 2012).

Osuna (2005) sostiene que el fenómeno de las drogas ha ido evolucionando en el tiempo, acorde a las creencias, las culturas, las religiones... y también ha sufrido una evolución teniendo en cuenta los usuarios, las vías de consumo, el tipo de sustancias consumidas, la percepción social que se tiene de este fenómeno... Desde la antigüedad el consumo de sustancias se realizaba con diversos fines, podían ser religiosos, artísticos, espirituales, curativos, bélicos... Desde hace 40 años aproximadamente la drogodependencia se considera internacionalmente uno de los problemas más graves a nivel socio sanitario.

Torres, Santodomingo, Pascual, Freixa y Álvarez (2009) señalan que el desarrollo histórico de los problemas del consumo tenemos que relacionarlo con el contexto histórico del momento, tanto político, social, cultural, biológico... y con las formas de reacción ante esos problemas.

4.3.2 Antecedentes:

Torres et al. (2009 en su guía Historia de las Adicciones en la España contemporánea, realizan una síntesis sobre la evolución y el desarrollo del consumo de drogas en la historia de España. A continuación se recogen los diferentes periodos históricos y sus características más relevantes:

En el siglo XIX, tanto el alcohol y el tabaco, como otras drogas (morfina, codeína, cafeína, cocaína, heroína...) tuvieron un uso médico, y no se hablaba de su capacidad adictiva, esta se minimizaba o ignoraba. Por ello su uso fue extendiéndose y popularizándose, sin control. A finales del siglo XIX y principios del XX, se empezaba a hablar de los efectos negativos del alcohol, no ocurría lo mismo con el tabaco, del cual, no se tenía conciencia del daño que producía su consumo.

El alcohol es una droga transcultural desde hace 10.000 años. Por lo que al hablar de drogas, debemos centrarnos en primer lugar en el alcohol y analizar su evolución. En 1940 surgieron las primeras investigaciones sobre el alcoholismo y se empezaron a dar las condiciones para que fuese reconocido como una enfermedad, a través del síndrome de la dependencia.

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

Durante el siglo XIX y principios del XX, algunas de las sustancias psicótropas que existían desde tiempos inmemorables, se fueron expandiendo gracias a la química que facilitó su distribución y su venta. Además, pasaron de utilizarse con fines médicos, para darlas un uso más recreativo. En este tiempo, se empezó a hablar sobre las consecuencias tanto físicas y mentales que tenían el consumo de alcohol y el tabaco, y surgieron las primeras medidas legales para su control.

En los años 50 y 60 surgieron las primeras formas de abordar las adicciones, se crean recursos asistenciales y sociales públicos. Se produjeron movimientos de la sociedad que acabaron con la fundación de sociedades científicas relacionadas con esta problemática.

Entre los años 60 y 70 se produjo una expansión del consumo de drogas en España y de los problemas que estas acarreaban, coincidiendo con el periodo político de cambio hacia la democracia y las autonomías. Fue en 1972 cuando se celebró el congreso internacional sobre alcoholismo y toxicomanías. Y en 1985 cuando se puso en marcha el Plan Nacional sobre drogas para afrontar los problemas que derivaban de ellas.

Según Torres et al. (2009) “En los 90 y el principio del siglo XXI, hasta el 2005, se han producido modificaciones, tanto en el panorama de los consumos de sustancias y de las enfermedades relacionadas, como en la evolución científica y las posibilidades asistenciales y terapéuticas” (p. 38).

Slapak y Grigoravicius (2006) relata que a finales del siglo XIX y principios del XX, las ciencias de la salud y las ciencias sociales, incluyeron conceptos como el de drogodependencia y abuso de sustancias. Estos términos hacen referencia al vínculo patológico que un sujeto puede ejercer con las drogas. Este vínculo se caracteriza por un consumo compulsivo, que conlleva a los sujetos a sumirse en un deterioro progresivo de su salud física, mental y de sus relaciones sociales (citado en Gómez 2013).

4.3.3 Actualidad:

Según Gómez, Serena, Carrizo, Vida, Malacari, Perez, y Maculus (2012 citado en Gómez, 2013):

Las variaciones de los usos de drogas a lo largo de la historia dan cuenta de que no se puede reducir esta problemática a los efectos biológicos de la sustancia sobre el cuerpo del consumidor, delimitándose las explicaciones solo a la relación sustancia-sujeto, sino que requiere contemplar y analizar la diversidad de factores que intervienen. Se hace necesario un abordaje que introduzca la variable del contexto, como las diferencias entre los individuos, los grupos, las culturas y las condiciones materiales de existencia. Por ser estas diferencias las que dan las características particulares al consumo en determinados sectores, de acuerdo a la sustancia que se consume, las posibilidades de acceso, la percepción de riesgo y las expectativas sobre los efectos del consumo. De esta manera este fenómeno tiene que ser pensado en relación a las nuevas realidades y articulado a un contexto económico y político particular, es decir, en torno a una dominante cultural. (p.78).

Según Molina (2008) “Si bien en los últimos tiempos se ha mantenido el consumo de drogas que vienen utilizándose desde hace más de cuarenta años, lo que se ha producido es una variación en su modo de consumo” (p.10).

Estas transformaciones según Gómez et al. (2012) se debe al cambio de las significaciones sociales y determinantes contextuales (políticas, económicas, sociales). Se pone más hincapié en las significaciones que da una cultura propia a la droga, que en las propiedades de las sustancias y en la toxicidad de las mismas.

Torres et al. (2009) afirman que “en la actualidad, los consumos de drogas se producen en entornos recreativos y se inician en personas muy jóvenes, quienes en su mayoría conocen los riesgos de estas conductas, pero optan por ignorarlos” (p.9). El

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

fenómeno de la drogodependencia no se debe a un único motivo, si no que resulta de la interacción de diversos factores, partiendo del sujeto, la sustancia y el contexto.

La generalización de la problemática de consumo de drogas, su repercusión y tratamiento por parte de los medios de comunicación masivos han generado en nuestro país distintos intentos de respuesta por parte de profesionales de la salud, de educación, y de la comunidad en general (Gómez & Carrizo, 2008 citado en Gómez, 2013).

En la actualidad el consumo de drogas está sufriendo un aumento de manera progresiva, España es el primer país europeo en consumo de cocaína, este dato se ha duplicado en los últimos años, debido en parte al predominio de valores que se basan en la diversión, el placer, el sentido hedonista de la vida y la banalización del problema de consumo (Osuna, 2005).

4.4 Análisis de la problemática

A continuación, se analizan algunos datos actualizados sobre el consumo de drogas, que permitan conocer mejor la realidad y el alcance de esta problemática.

Si analizamos datos a nivel Europeo, según el informe 2018 que elabora anualmente el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (OEDT), se concluye que:

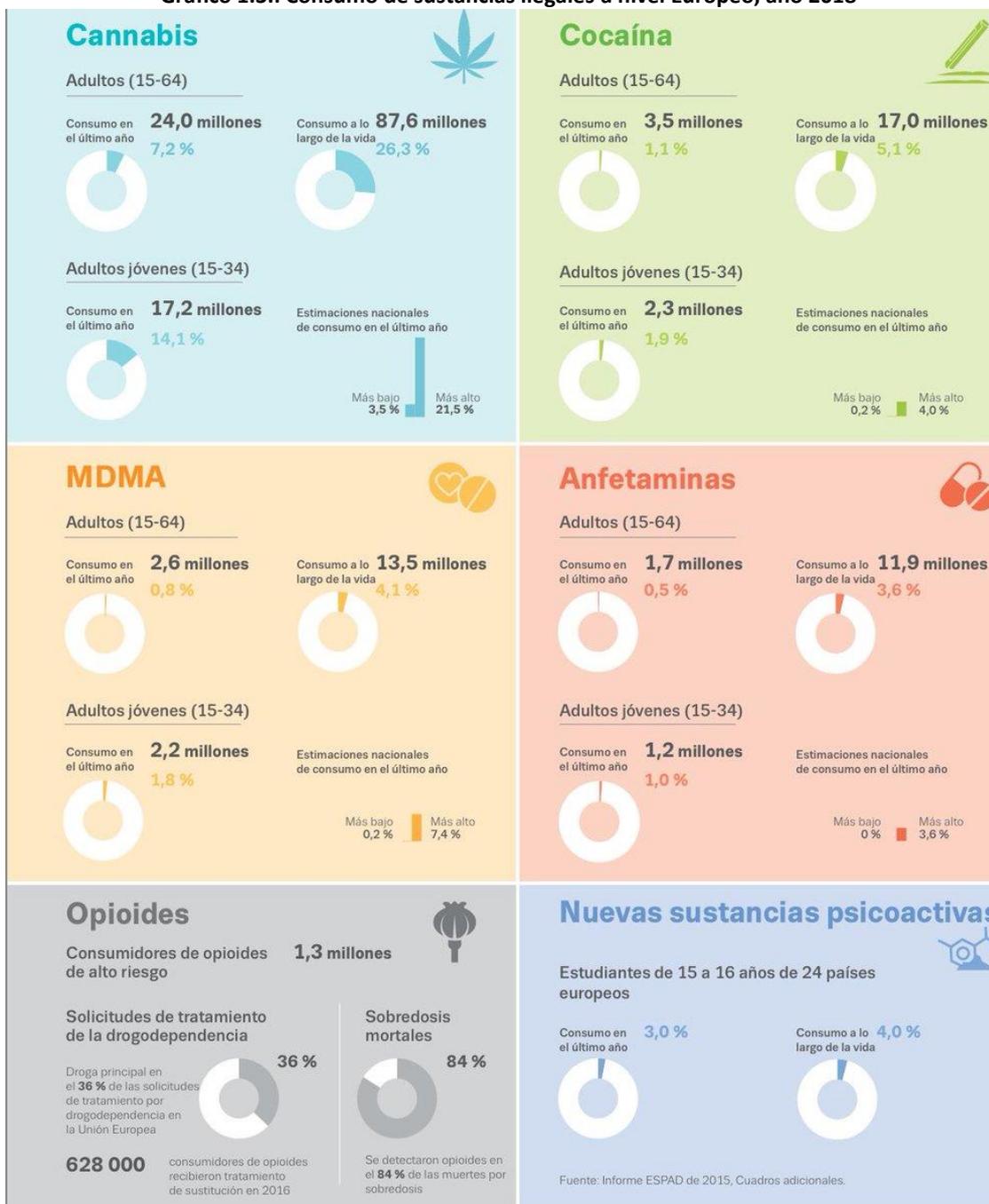
Se estima que poco más de una cuarta parte de la población de 15 a 64 años de la UE, más de 92 millones de personas, han probado drogas ilegales en algún momento de su vida. Según los informes, la experiencia de consumo de drogas es más habitual en hombres (56,0 millones) que en mujeres (36,3 millones). La droga que más se prueba es el cannabis (53,5 millones de hombres y 34,3 millones de mujeres), seguido muy de lejos por la cocaína (11,8 millones de hombres y 5,2 millones de mujeres), la MDMA (9,0 millones de hombres y 4,5 millones de mujeres) y la anfetamina (8,0 millones de hombres y 4,0 millones de mujeres). Los niveles de consumo de cannabis a lo largo de la vida difieren considerablemente entre países, oscilando entre alrededor del 41 % de los adultos en Francia y menos del 5 % en Malta. (p.41).

Según el OEDT (2018), actualmente, las nuevas sustancias psicotrópicas, siguen siendo un reto para el sistema de salud, por lo que en Europa se ha creado el Sistema de alerta temprana. Este sistema nos avisa de la importancia que tiene estar preparados para nuevos retos. Este sistema es reconocido internacionalmente como una herramienta que dota a Europa una capacidad de identificar y responder a la aparición de drogas. La legislación de la UE en esta materia, se ha reforzado recientemente, aumentando la velocidad de notificación e incorporando al sistema, nuevos proveedores de información. Las nuevas sustancias psicoactivas suponen a su vez, un reto cambiante para las políticas sobre drogas.

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

A nivel Europeo, el consumo de sustancias ilegales en 2018 es el siguiente:

Gráfico 1.3.: Consumo de sustancias ilegales a nivel Europeo, año 2018



Fuente: Observatorio Europeo de las drogas y las toxicomanías (2018).

La sustancia ilegal más consumida a nivel Europeo, con datos muy elevados y diferenciados en relación a otras sustancias ilegales, es el Cannabis, con 24 millones de personas consumidoras, en el último año. De las cuales 17,2 millones son adultos jóvenes.

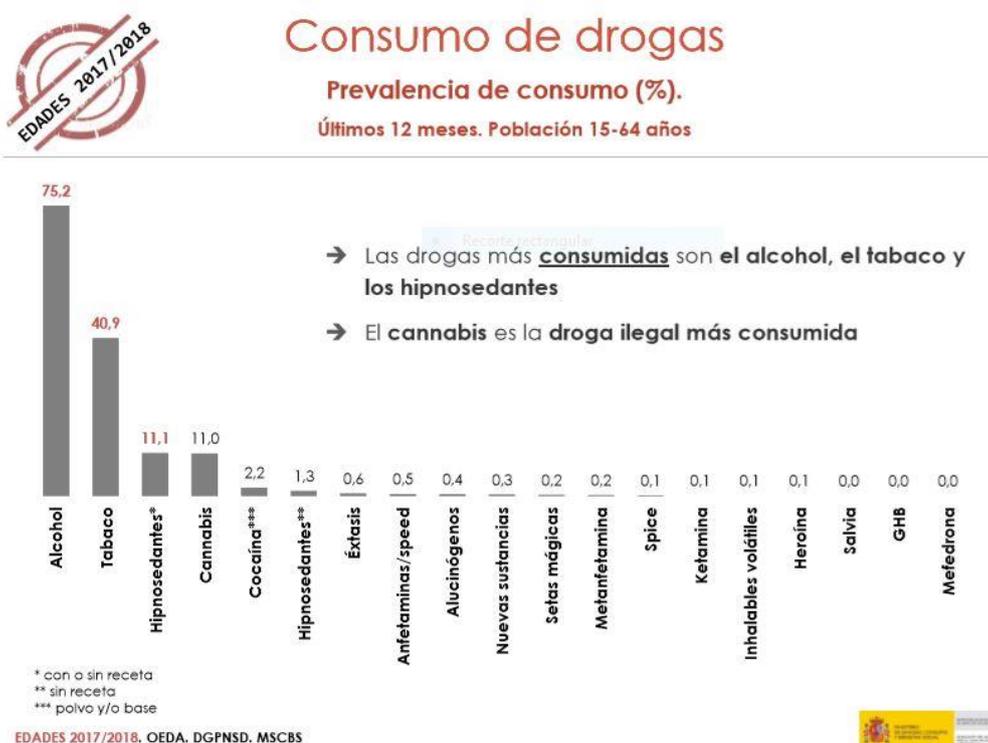
“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

La segunda sustancia ilegal más consumida con 3,5 millones de consumidores en el último año, es la Cocaína.

Para conocer algunos datos estadísticos sobre la problemática del **consumo de drogas** en el **ámbito nacional**, voy a recurrir a el Plan Nacional sobre Drogas que desde 1995 realiza, cada dos años, una encuesta sobre alcohol y drogas en España, que toma como muestra población entre 15-64 años residentes en hogares españoles.

En primer lugar, vamos a analizar las sustancias más consumidas en España según EDADES (2017-2018).

Gráfico 1.4.: Prevalencia del consumo de drogas por sexo en los últimos 12 meses en la población entre 15-64 años (%).



Fuente: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 2017/2018.

En esta tabla se observa cómo los mayores porcentajes de consumo corresponden a drogas legales, así, el 75,2% de la población entre 15-64 años, ha consumido alguna bebida alcohólica en el último año, siendo esta la sustancia psicoactiva más consumida en España en los años 2017-2018. La segunda droga legal más consumida es el Tabaco con un 40,9% de la población consumidora, y por último los hipnosedantes con un porcentaje de 11,1 de consumo entre la población en el último año.

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

Si observamos el consumo de drogas ilegales, la sustancia más consumida en el último año es el cannabis con el 11% de la población. En segundo lugar se encuentra la cocaína con un porcentaje claramente menor (2%). El resto de drogas ilegales tienen un consumo muy residual, por debajo del 1%, dentro de este tramo temporal.

Como conclusión podemos destacar que las drogas legales como el alcohol, el tabaco y los hipnosedantes son las que más se consumen entre la población de 15-64 años, muy por encima de las drogas ilegales como el cannabis y la cocaína.

La Organización Mundial de la Salud (2000) destaca que las drogas legales como el tabaco y el alcohol son las sustancias, que con diferencia, presentan porcentajes de consumo muy elevados en las sociedades industrializadas. Esto provoca la presencia de mayores problemas de salud pública. Es necesario resaltar la importancia de que la población no debería considerar que estas sustancias tienen un nivel de nocividad menor que las sustancias ilegales (citado en Pons, 2008, p.2-3).

A continuación se procede a comparar la evolución de los resultados desde los inicios de la encuesta del Plan Nacional sobre Drogas en 1995, hasta 2017, última fecha que cuenta con los datos más recientes:

Gráfico 1.5.: Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años (%). España 1995-2017

| | 1995 | 1997 | 1999 | 2001 | 2003 | 2005 | 2007 | 2009 | 2011 | 2013 | 2015 | 2017 |
|--------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Tabaco | - | 69,7 | 64,9 | 68,4 | 68,9 | 69,5 | 68,5 | 75,0 | 71,7 | 73,1 | 72,5 | 69,7 |
| Alcohol | - | 90,6 | 87,3 | 89,0 | 88,6 | 93,7 | 88,0 | 94,2 | 90,9 | 93,1 | 93,5 | 91,2 |
| Hipnosedantes con o sin receta | - | - | - | - | - | 8,7 | 15,4 | 13,4 | 19,5 | 22,2 | 18,7 | 20,8 |
| Hipnosedantes sin receta | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 2,7 | 4,1 | 3,0 |
| Cannabis | 14,5 | 22,9 | 19,6 | 23,8 | 29,0 | 28,6 | 27,3 | 32,1 | 27,4 | 30,4 | 31,5 | 35,2 |
| Éxtasis | 2,0 | 2,5 | 2,4 | 4,0 | 4,6 | 4,4 | 4,3 | 4,9 | 3,6 | 4,3 | 3,6 | 3,6 |
| Alucinógenos | 2,1 | 2,9 | 1,9 | 2,8 | 3,0 | 3,4 | 3,8 | 3,7 | 2,9 | 3,8 | 3,8 | 4,5 |
| Anfetaminas/speed | 2,3 | 2,7 | 2,2 | 2,9 | 3,2 | 3,4 | 3,8 | 3,7 | 3,3 | 3,8 | 3,6 | 4,0 |
| Cocaína (polvo y/o base) | - | - | - | - | - | - | 8,3 | 10,2 | 8,8 | 10,3 | 9,1 | 10,3 |
| Cocaína en polvo | 3,4 | 3,4 | 3,1 | 4,8 | 5,9 | 7,0 | 8,0 | 10,2 | 8,8 | 10,2 | 8,9 | 10,0 |
| Cocaína base | 0,3 | 0,4 | 0,4 | 0,5 | 0,5 | 0,6 | 1,8 | 0,9 | 0,9 | 1,0 | 0,8 | 1,3 |
| Setas mágicas | - | - | - | - | - | - | - | - | 2,4 | 1,9 | 2,0 | 2,4 |
| Metanfetaminas | - | - | - | - | - | - | - | - | 0,8 | 0,5 | 0,6 | 1,2 |
| GHB | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 0,6 | 0,6 | 0,5 |
| Heroína | 0,8 | 0,6 | 0,5 | 0,6 | 0,9 | 0,7 | 0,8 | 0,6 | 0,6 | 0,7 | 0,6 | 0,6 |
| Inhalables volátiles | 0,7 | 0,8 | 0,6 | 0,8 | 1,0 | 0,8 | 1,1 | 0,6 | 0,8 | 0,6 | 0,5 | 0,6 |

Fuente: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES)

En el alcohol y el tabaco se observa cómo se produce una estabilización del consumo a lo largo de los años. En 1997 el consumo de tabaco alcanza un porcentaje (69,7%) igual que en el periodo de 2017. En el caso del alcohol, hemos pasado de un 90,6% en 1997, a un 91,2% en 2017, cifra que solo ha aumentado en un 0,6%.

Así mismo, vemos como el consumo de cannabis se ha incrementado en 1,5 puntos respecto a los datos obtenidos en 2015. Esta sustancia ha aumentado su prevalencia de consumo, más del doble en 2017 con respecto a 1995.

A continuación, según la Encuesta sobre alcohol y drogas en España EDADES (1995-2017) se analiza el consumo de drogas teniendo en cuenta distintos **factores** como la edad de inicio de consumo, la edad de la población consumidora y el género:

➤ **Edad de Inicio de Consumo:**

La edad de inicio de consumo de las drogas legales como el alcohol y tabaco es de 16,6 años. Esta cifra se ha mantenido estable y no ha sufrido variaciones pronunciadas a lo largo de toda la historia.

La sustancia ilegal más consumida, el cannabis, tiene una edad de inicio de consumo de 18,4 años. Esta cifra se ha mantenido estable y no ha sufrido variaciones pronunciadas a lo largo de toda la historia. En cambio, los hipnosedantes, son la droga que tiene una edad de inicio de consumo más avanzada, la media es de 34,3 años para los que se consumen con receta médica y de 31,6 años para los que no tienen receta.

➤ **Diferencias en el consumo teniendo en cuenta la edad:**

La prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas una vez en la vida de tabaco y alcohol presenta diferencias significativas si ponemos en relación a dos grupos de edad, la población de 15 a 34 años y de 35 a 64 años.

En el caso del tabaco, el 73,4% de la población entre 34-64 años ha fumado alguna vez en la vida, este porcentaje disminuye hasta el 62,3 % en el caso de la población menor de 35 años. Esta diferencia entre ambos grupos se observa desde 2009 y ha ido aumentando desde el 2013, llegando actualmente al porcentaje máximo si lo comparamos con todo el periodo histórico.

En el caso de la sustancia ilegal más consumida, el cannabis, el 42% de la población entre 15- 34 años ha consumido esta sustancia alguna vez en la vida. El porcentaje para la población mayor de 35 años es de 31,8%, por lo que se observa que el porcentaje disminuye en 10,2 puntos. A lo largo de la historia el consumo de cannabis es más habitual entre la población menor de 35 años.

➤ **Consumo de drogas teniendo en cuenta el sexo:**

En primer lugar cabe destacar que el alcohol es la sustancia que obtiene una mayor prevalencia tanto entre los hombres (93,6%) como entre las mujeres (88,8%), habiendo sido consumida alguna vez en la vida por la gran mayoría de la población de ambos sexos.

Es el cannabis la sustancia para la que se obtiene la mayor diferencia de prevalencias entre ambos sexos (el 43,6% de los hombres han consumido cannabis alguna vez en la vida frente al 26,8% de mujeres), lo que se traduce en una diferencia de casi 17 puntos porcentuales. Evolutivamente, en esta edición se ha registrado en ambos sexos el máximo histórico de consumo de cannabis desde el año 2011.

Otra diferencia considerable es la registrada para el consumo de tabaco, siendo de más de 10 puntos porcentuales la diferencia entre la prevalencia de los hombres y de las mujeres (74,8% y 64,5%, respectivamente). Esta diferencia se ha mantenido bastante estable a lo largo de los años.

Finalmente, como ya se ha mencionado anteriormente, los hipnosedantes son la única sustancia por una mayor proporción de mujeres que de hombres, siendo la diferencia entre ambos sexos de alrededor de 10 puntos porcentuales. 1 de cada 4 mujeres ha consumido alguna vez en su vida hipnosedantes, frente al 15,9% de los hombres que manifiestan haberlos consumido alguna vez.

Gráfico 1.6.: Prevalencia del consumo de drogas por sexo en los últimos 12 meses en la población entre 15-64 años (%).



“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

Fuente: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EADAES), 2017/2018.

Al analizar esta problemática, también tenemos que tener en cuenta, la **percepción** que tiene la **sociedad** frente a este problema. La historia de las drogas ha estado muy ligada a la percepción que se tenía de ellas.

El consumo de sustancia concebido como problema aparece como resultado de un largo proceso de construcción social “que remite más a la percepción que se tiene del problema, que a los datos objetivos de la realidad” (Slapak & Grigoravicius, 2006. p. 244; citado en Gómez, 2013).

Algunas drogas como el alcohol, y en menor medida el tabaco y el cannabis, gozan de una mayor tolerancia a nivel social en la población en general (Caudevilla, 2007).

Según González (1987 citado en Vázquez, 2016), los principales **estereotipos** que tiene la población sobre las **drogas** son los siguientes:

En primer lugar, estereotipo sobre la concepción de qué es una droga. Esto hace referencia a la concepción que tiene la sociedad sobre las drogas legales e ilegales. Las primeras se conciben como sustancias que no producen desviación en el sujeto que la consume, en cambio, la sociedad interpreta al sujeto que consume sustancias ilegales, como el responsable de producir daños sociales que no se fundamentan científicamente.

En segundo lugar se encuentra el estereotipo de las propiedades demoníacas de las drogas, lo que se conoce el fetichismo de la sustancia. Esta concepción defiende la creencia de que hay unas propiedades externas a la sociedad que infectan el cuerpo social sano.

Por último, el estereotipo de que el consumo de drogas es una forma de expresarse en contra de la sociedad. Es decir, de que el consumo de drogas es una cultura a parte que va al margen de las normas sociales establecidas, esto se asocia sobre todo con el colectivo adolescente que se resisten y transgreden a las normas sociales.

Otro de los estereotipos más complejos, es aquel que achaca a la drogodependencia un alto contenido de rechazo y alarma por parte del resto de la sociedad.

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

CAPITULO 2: LA DROGODEPENDENCIA Y EL TRABAJO SOCIAL

5.1 Las Drogodependencias como objeto del Trabajo Social:

Las drogodependencias son un objeto propio del trabajo social, porque a la hora de intervenir sobre ellas, el cambio social, juega un papel fundamental. A su vez, tienen un carácter multidimensional, y se reconoce que dentro de ella hay un componente sociocultural (Mayor, 1995).

Así mismo, la sociedad científica española de estudios sobre el alcohol, el alcoholismo y las otras toxicomanías (2018) refiere que se tiene que atender el fenómeno de las adicciones desde una perspectiva multidisciplinar, en la que no se puede evitar dejar de hablar del importante papel que desarrollan los trabajadores sociales en esta área.

Según Mayor (1995), el papel del trabajador social es necesario y esencial, a la hora de comprender el origen y la forma en que se solucionan las drogodependencias, así como, la manera en la que hay que intervenir para que el trabajo resulte eficaz, y conseguir el fin último de reducir o eliminar este fenómeno.

Gutiérrez (2007 citado en Sixto-Costoya y Olivar, 2018), define el Trabajo Social en el ámbito de las adicciones como:

“Forma especializada de Trabajo Social que, mediante un proceso de acompañamiento social, tiene por objetivo el estudio y abordaje de los factores sociales que pueden propiciar la aparición de conductas adictivas, contribuir a su mantenimiento y/o favorecer su abandono; reduciendo los factores de riesgo del contexto social e incrementando los recursos del sujeto de naturaleza interactiva y psicosocial” (p.148).

La OMS (1978) redefine el concepto de salud, este pasa de ser no solo la ausencia de enfermedad o afecciones, si no un estado completo relacionado con el bienestar psíquico, físico y social. En ese momento, el trabajador social pasa a tener un papel importante en materia de salud, ya que entre sus función está la relacionada con mejorar el bienestar de las personas.

Este hecho supuso que la dimensión social se implementara en las disciplinas sanitarias, y que la intervención interdisciplinar se llevara a cabo en las intervenciones

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

de salud (Sociedad científica española de estudios sobre el alcohol, el alcoholismo y las otras toxicomanías, 2018).

Poco después, en 1985 en España se concreta el concepto de Toxicomanía. Se empiezan a dar soluciones no solamente de tipo asistencial, como se venían dando hasta ahora y se comienzan a investigar sobre la causa-origen y consecuencias-resultados relacionados con las toxicomanías (Santos, 1995).

Mayor (1995) indica que la drogodependencia es una conducta desviada, cambiante e interactiva. Con el término interactiva se refiere a que es una interacción dinámica entre factores personales, sociales y ambientales, con efectos biológicos, psicológicos y sociales.

Los criterios Según Mayor (1995), que se siguen para distinguir una conducta normal de una desviada son:

Tabla 2.1. : Criterios para distinguir el tipo de conducta



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Mayor (1995)

Teniendo en cuenta el criterio sociocultural de Mayor (1995) que afirma que las adicciones generan rechazo y falta de conformidad social, también podemos resaltar que la sociedad científica española de estudios sobre el alcohol, el alcoholismo y las otras toxicomanías (2018) expone que estas adicciones generan aislamiento y que hay

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

un riesgo elevado de exclusión social, por lo que no solo hay que trabajar con la desintoxicación y deshabituación de la persona, sino también en la reconstrucción de la vida de estas personas, integrándolas en la sociedad, y esta tarea es propia de los trabajadores sociales.

Por lo que podemos concluir que los **factores socioculturales** son decisivos en la adquisición, desarrollo y tratamiento de la drogodependencia. Estos factores pueden ser (Mayor, 1995):

Tabla 2.2: Tipos de factores socioculturales

| GENÉRICOS | INTERPERSONALES |
|--|---|
| Condiciones sociales o culturales de ciertos subgrupos sociales o las condiciones que se dan en las relaciones familiares, o interpersonales | Las relacionadas con el interaccionismo simbólico, el etiquetado social, la mediación social del proceso, la desviación de la norma, etc. |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Mayor (1995)

Los trabajadores sociales, son los encargados de analizar esos factores socioculturales y el marco social que influye en el individuo, y para ello es importante valorar factores tales como: la sustancia consumida, el individuo que la consume y el contexto (Sociedad científica española de estudios sobre el alcohol, el alcoholismo y las otras toxicomanías, 2018).

Son muchos los autores que analizan y estudian los factores que influyen en el drogodependiente, y la mayoría de ellos coinciden en que es muy importante interrelacionar los factores de la sustancia, el individuo y el contexto.

Según Caudevilla (2007), existen tres elementos básicos a tener en cuenta a la hora de valorar el consumo de drogas, tales como sustancia consumida, el individuo que la consume y el contexto.

Gráfico 2.1: Principales Factores que influyen en las adicciones



Fuente: Sixto-Costoya y Olivar (2018). Revista de Educación Social.

A) El individuo

A la hora de valorar el consumo, también hay que tener en cuenta las siguientes características propias del consumidor.

Tabla 2.3: Características de la persona que consume

| | |
|----------------------------|--|
| • EDAD: | Hay algunas diferencias biológicas que dan lugar a que se produzcan distintos efectos de las sustancias en hombres y en mujeres. |
| • SEXO: | El riesgo de desarrollar abuso o dependencia a una sustancia es mayor cuanto mas precoz sea el contacto con ella. |
| • PAUTA DE CONSUMO: | Según la frecuencia de consumo se va haciendo más intensa la tolerancia a la sustancia. |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Caudevilla (2007)

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

B) La sustancia:

A la hora de valorar el consumo de las drogas teniendo en cuenta la sustancia consumida, tenemos que ahondar en las siguientes características:

Tabla 2.4: Características de la sustancia consumida

| | |
|--|---|
| • TIPO DE SUSTANCIA: | estimulante, depresora, psicodélicas |
| • DOSIS: | -Dosis mínima eficaz (aquella a partir de la que se manifiestan los efectos buscados al consumir la droga) -Dosis mínima tóxica (Aquella a partir de la cual se inician los efectos tóxicos) |
| • VÍA DE ADMINISTRACION: | Oral, intramuscular, intravenosa, intranasal, pulmonar, transmucosa. (Dependiendo la vía así será la intensidad y rapidez de los efectos) |
| • ASOCIACION A OTRAS SUSTANCIAS: | Si se consumen varias drogas juntas, se incrementan los riesgos. |
| • VALORACION SOCIAL: | Si es una droga institucionalizada, tienen un reconocimiento legal y un uso normativo, la accesibilidad es mayor que si no es legal. |
| • POTENCIAL DE ABUSO Y DEPENDENCIA: | Aparición de dependencia física ante consumos continuados durante largo tiempo. Consumos crónicos, aparición de síndrome de abstinencia. |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Caudevilla (2007)

C) El contexto

El consumo de drogas es un fenómeno dinámico, evolutivo y social. El consumo se debe analizar teniendo en cuenta tres dimensiones del entorno

El Trabajo Social, como profesión, para su actuación divide el contexto en otras tres dimensiones tales como (Mayor, 1995; Gutiérrez, 2007; citado en Sixto-Costoya y Olivar 2018):

Gráfico 2.2.: Dimensiones del contexto social



Fuente: Elaboración propia a partir de Mayor (1995) y Gutierrez (2007), citados en Sixto-Costoya y Olivar (2018).

5.2 La intervención en drogodependencias desde el trabajo social:

5.2.1 Introducción:

Cuando hablamos de la intervención de los trabajadores sociales en materia de drogodependencias es imprescindible aludir a la figura del Trabajo Social Sanitario, ya que, el término adicciones actualmente se relaciona con el concepto sanitario, por lo que la intervención social relacionada con esta materia, se va a desarrollar por un Trabajador Social Sanitario (Jiménez, 2016).

A continuación se realiza una síntesis sobre la Guía de Intervención del Trabajo Social Sanitario que presentó en 2012 la Generalitat Valenciana. Monrós y Zafra (Coord.), (2012) refieren que:

La presencia de los trabajadores sociales en el ámbito sanitario en España, ocurrió hace más de 70 años. A pesar de ello los trabajadores sociales sanitarios, en muchas ocasiones, son difícilmente identificables tanto por los usuarios como por los diferentes profesionales que forman parte del sistema sanitario. En muchas ocasiones se tienen la concepción de que son meros gestores de recursos sociales, pero la visión más compleja defiende que su función es “analizar el entorno del paciente y proponer estrategias para facilitar desde ese entorno y/o con las ayudas externas necesarias las condiciones para afrontar los problemas de salud con una mayor garantía de éxito” (Monrós y Zafra (Coord.), (2012), p.8).

Se puede definir el Trabajo Social Sanitario como la actividad que se ocupa del estudio, diagnóstico y tratamiento de los aspectos psico-sociales del individuo, así como los factores sociales que concurren en el mantenimiento de la salud y en la aparición de la enfermedad de las personas, los grupos y las comunidades. El Trabajo Social Sanitario trata de dar soluciones a los problemas sociales que se originan debido a la presencia y el desarrollo de una enfermedad, con el objetivo de evitar los desequilibrios socio-familiares que puedan aparecer, como consecuencia del proceso de pérdida de salud y enfermedad, destacando que en la intervención, es esencial la participación de los pacientes y/o familiares, tanto en el proceso de atención individual como en la toma de decisiones terapéuticas.

El usuario con problemas de salud y enfermedad, recibe una atención integral por parte del sistema sanitario, a través de una valoración psicosocial y del diseño de un plan de atención integral por los diferentes profesionales que conforman el sistema. Estos profesionales forman un equipo multidisciplinar, en el que el Trabajador Social Sanitario, juega un papel muy importante en la valoración de los factores sociales del usuario.

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

En el protocolo de intervención de trabajo social en los centros de atención a las drogodependencias, Bermejo (Coord.), 2012), se describe la necesidad de abordar el problema de las drogodependencias de manera integral, debido a las múltiples causas que originan el problema y las diversas áreas de individuo que se ven afectadas. Por ello en la intervención con el sujeto, participarán diversas disciplinas profesionales, relacionadas con aspectos biológicos, psicológicos, sociales, ocupacionales de cada usuario. Estas no son intervenciones compartimentadas, desligadas una de la otra, al contrario, son intervenciones coordinadas, que se plantean desde una perspectiva de proceso dinámico, flexible y personalizado, una complementa a la otra, la mejora en un área, va a influir de forma positiva en las demás.

La visión integral y holística permite valorar el estado clínico, funcional, cognitivo y social del paciente, por lo que no se tratan solo los problemas de salud del paciente sino también los factores sociales que pueden agravar o aligerar la enfermedad. Esta visión es imprescindible para los planes terapéuticos, a la vez son la base de los modelos de atención de ciertos colectivos como los ancianos frágiles, enfermos crónicos, personas con enfermedad mental, personas con enfermedades en el final de su vida, personas con problemas de adicción, mujeres o niños en riesgo de maltrato...

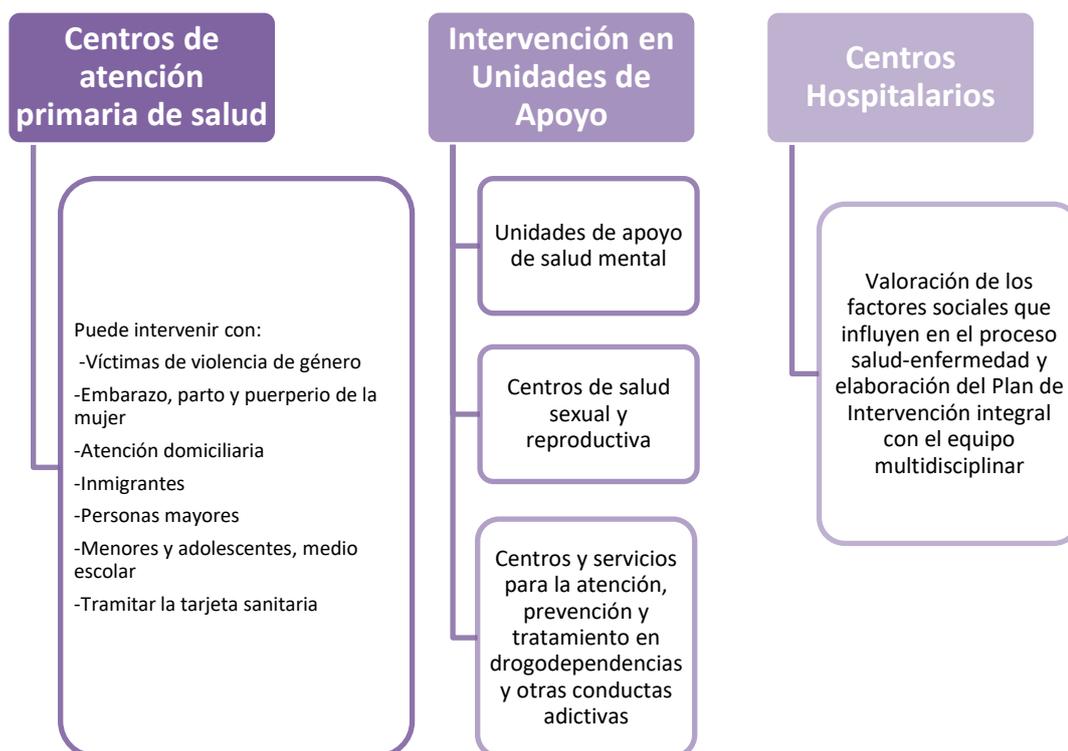
El trabajador social sanitario, trata de conocer las carencias y necesidades sociales de los usuarios y sus familias que afectan al binomio salud-enfermedad, a su vez es el encargado del equipo multidisciplinar en identificar las redes familiares y sociales y promover los recursos disponibles. Para todo ello realiza acciones de investigación, planificación, programación, educación, promoción, asesoramiento, gestión de recursos y prestaciones, prevención... todas ellas orientadas a recuperar y mantener la salud y a que los individuos y sus familias, los grupos y comunidades participen en las instituciones sanitarias.

Tras realizar la valoración y el diagnóstico social sanitario se identifican las situaciones de riesgo social que afectan al paciente y a su familia, y que tienen o pueden tener consecuencias en su salud. Tras ese diagnóstico se pasará a realizar un Plan de Intervención Individualizado para cada usuario y su familia, en el que se proporcionen los apoyos técnicos y estratégicos que ambos necesiten para mejorar su salud.

El trabajador social sanitario puede intervenir en:

Gráfico 2.3.: Niveles de Intervención del Trabajador Social Sanitario.

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”



Fuente: Elaboración propia a partir de datos tomados de (Monrós y Zafra (Coord.). 2012)

El trabajo Social en adicciones se lleva a cabo fundamentalmente en los Servicios Sociales especializados, que pueden tener titularidad pública o privada. La puerta de entrada a estos servicios son los Servicios Sociales básicos, que juegan también un papel fundamental, sobre todo para la detección inicial de la adicción (Sixto-Costoya y Olivar, 2018).

Tabla 2.5.: Servicios Sociales Especializados en materia de adicciones



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Sixto-Costoya y Olivar (2018).

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

Tal y como se destaca en el Protocolo de Intervención del Trabajo Social Sanitario, Bermejo (Coord.), 2012), la finalidad del Trabajo Social es la de promover cambios para conseguir el fin último de aumentar el bienestar del paciente y sus familias. Para ello se potencian las capacidades de los usuarios para que puedan superar los obstáculos que se les interponen y puedan vivir de un modo más plena en la sociedad. Para ello tratan de investigar los factores sociales de los usuarios y de su entorno.

La intervención en drogodependencias es la acción que realiza tanto el propio sujeto drogodependiente, los profesionales, paraprofesionales, institución, el estado, que esté orientada a eliminar o reducir las causas y los efectos de la drogodependencia. (Mayor, 1995)

El modelo de intervención debe de ser multidisciplinar, al igual que lo es el concepto de drogodependencia. El objetivo de la intervención en drogodependencias es controlar y eliminar el consumo de drogas, para lograr una normalización, optimización y adaptación al sistema. Para ello se trata de reducir los factores de riesgo del contexto social, por lo que surge la necesidad de incrementar los recursos de los que dispone el sujeto. (Mayor, 1995)

5.2.2 Factores de Riesgo en drogodependencias:

La Guía Para Familias del Instituto de Adicciones habla sobre los factores de riesgo en el consumo de drogas y clasifica a estos en tres grandes grupos:

Gráfico 2.4.: Factores de riesgo en el consumo de drogas.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Guía para familias del Instituto de Adicciones.

A) Factores de riesgo vinculados a la sustancia

La sustancia en sí misma no supone un riesgo. Constituye un riesgo importante dependiendo de la función que el individuo le dé a la sustancia y el contexto donde se consume. Hay sustancias que dependiendo de su composición química y su capacidad adictiva tiene más riesgo que otras.

B) Factores de riesgo vinculados a las características del individuo

Las características propias del individuo son uno de los factores más importantes del consumo de drogas, ya que esto se define como una conducta individual. El contexto

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

social puede incitar a la persona al consumo, pero siempre será la persona la que decida iniciar, dejar o mantener ese consumo.

Algunas de los factores de riesgo relacionados con las características del individuo son:

- Edad.
- Baja autoestima.
- Baja asertividad.
- Elevada búsqueda de sensaciones.
- Lugar de control externo.
- Falta de conformidad con las normas sociales.
- Escasa tolerancia la frustración.
- Elevada necesidad de aprobación social.
- Dificultad para el manejo del estrés.
- Insatisfacción con el empleo de tiempo libre.
- Bajo aprovechamiento escolar.
- Falta de habilidades sociales.
- Falta de conocimiento acerca de las drogas.
- Expectativas positivas respecto de las consecuencias del consumo de drogas.
- Falta de habilidades para tomar decisiones o resolver problemas.
- Actitudes favorables hacia las drogas.
- Confusión con el sistema de valores.

C) Factores de riesgo vinculados al contexto social

Gracias al contexto los individuos aprenden determinadas conductas. Las personas reciben muchas influencias sociales del entorno a través de:

- Los individuos más próximos a ellos (Ambiente microsociales)
- Las características de la sociedad en la que viven (Ambiente macrosociales)
 - Ambiente microsociales:

Se distinguen los siguientes factores de riesgo:

- Factores relacionados con el *ámbito familiar*:
 - Baja cohesión familiar
 - Clima afectivo inadecuado
 - Estilo educativo
 - Consumo de drogas en el ámbito familiar

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

-Factores relacionados con el *ámbito educativo*:

- Falta de integración escolar
- Consumo de drogas en el medio escolar

-Factores relacionados con *el grupo de iguales*:

- Consumo de drogas

-Factores relacionados con el *ámbito laboral*:

- Organización del proceso productivo
- Puesto de trabajo o tarea
- Ambiente laboral

- Ambiente macrosocial:

-Disponibilidad de droga

-Actitudes sociales tolerantes hacia el consumo de determinadas sustancias

-Sistema colectivo de valores

-Falta de recursos o facilidades para el empleo saludable del tiempo libre

-Planificación urbanística

-Publicidad de drogas legales

-Inadecuado discurso social

5.2.3 Fases del proceso de Intervención de los Trabajadores Sociales en Adicciones:

Son muchos los autores que diferencian tres fases fundamentales en el proceso de intervención de los trabajadores sociales en el ámbito de las drogodependencias. Estas son: la fase de prevención, la fase de intervención/ tratamiento para mantener la abstinencia y la fase de reinserción social.



“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

A) FASE DE PREVENCIÓN:

Según Mayor (1995) define esta fase como:

Esta fase puede **aplicarse de forma genérica**, no solo de manera individual. La prevención se puede realizar en diferentes contextos: social, laboral, educativo...etc

Si esta fase tiene éxito, no hará falta ningún tipo de intervención posterior, por ello supone la fase más **importante y decisiva**.

El objetivo de la prevención es **reducir los factores de riesgo e incrementar los recursos del sujeto**. Para reducir esos factores de riesgo hace falta actuar sobre los sujetos, su contexto y las drogas. Para incrementar los recursos del sujeto hace falta promover la adquisición de habilidades de control cognitivo y emocional, para ello es necesario cambiar actitudes, valores y creencias propias del sujeto.

B) FASE DE INTERVENCIÓN:

Esta fase se dirige principalmente a intervenir en el **consumo de drogas**.

Como ya hemos resaltado anteriormente, el modelo de intervención debe de ser **multidisciplinar**, al igual que lo es el concepto de drogodependencia. El objetivo de la intervención en drogodependencias es controlar y eliminar el consumo de drogas, para lograr una normalización, optimización y adaptación al sistema. Para ello se trata de reducir los factores de riesgo del contexto social, por lo que surge la necesidad de incrementar los recursos de los que dispone el sujeto (Mayor, 1995).

Según resalta Gutiérrez (2007 citado en Sixto-Costoya y Olivar, 2018), la reinserción social es uno de los objetivos más importantes de la fase de intervención.

C) FASE REHABILITADORA O DE REINSERCIÓN SOCIAL:

Según Mayor (1995), el trabajador social en adicciones tiene como objetivo, **integrar en la comunidad** a personas con problemas de adicciones. Para conseguir este objetivo se basa en intervenir sobre el alojamiento, la educación y el empleo. Es la fase final del proceso de intervención, esta fase no exige a las personas con problemas de adicciones una atención constante y de manera próxima, ya que no se relaciona con el consumo de drogas en sí misma. Es el periodo en el que el sujeto se encuentra en **fase de abstinencia**. Esta se da cuando se ha tenido éxito en la fase de intervención anterior.

El objetivo principal de esta fase es **mantener el control del consumo**. Supone hacer una readaptación de los drogodependientes a su entorno. Pretende conseguir la generalización de los comportamientos que el sujeto ha ido adquiriendo tiempo y de las diferentes situaciones que se le puedan presentar (Mayor, 1995).

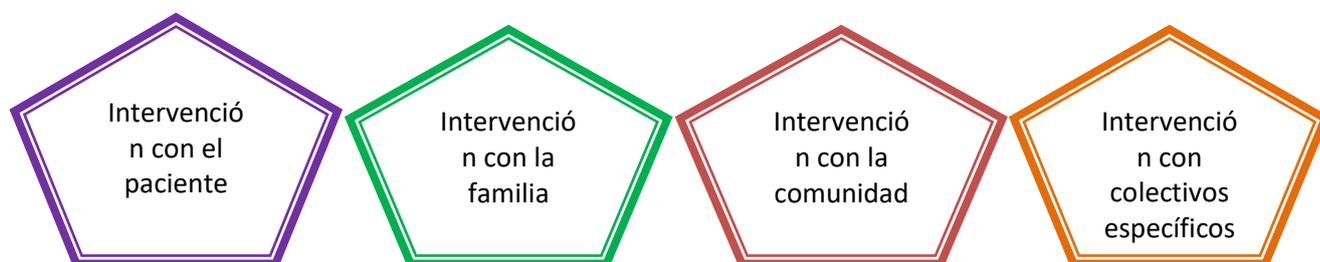
“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

La rehabilitación definida en el Plan Regional de Adicciones 2017-2021 realizado por la Junta de Castilla y León (2017) hace referencia al “proceso orientado a recuperar funcionalidades en las distintas áreas de la vida de la persona, áreas que, como se ha explicado anteriormente, suelen verse afectadas en mayor o menor medida por un problema de dependencia de las drogas”. (p.74).

5.2.4 Metodología y estrategias de intervención:

El trabajador social puede utilizar diferentes estrategias o métodos para intervenir. Así dependiendo del método que elija las intervenciones pueden ser:

Tabla 2.6.: Métodos de Intervención desde el Trabajo Social



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de el protocolo de Intervención (2012) y la Junta de Castilla y León (2017).

Según el Bermejo (Coord.). (2012) y el Instituto de adicciones (2017) con el Plan de Adicciones (2017-2021), las intervenciones pueden ser:

A) Intervención con el paciente:

Esta se puede realizar de manera individual o grupal.

-Intervención Individual con el paciente:

La técnica más utilizada en intervención social es la *entrevista*. A través de una serie de entrevistas se pone en marcha las estrategias de actuación que se estimen oportunas para llegar a conseguir los objetivos que se han dispuesto en el Plan de Intervención Individual.

El tipo, la duración y la frecuencia de las entrevistas se van a realizar en función de los objetivos que se quieran conseguir en cada una de ellas.

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

El trabajador Social debe tener una escucha activa y ser capaz de sacar conclusión de la información que le facilite el paciente. Debe también apoyar al paciente para que consiga solucionar sus problemas, para ello intensificara en todo momento la motivación al tratamiento. Además ofrece información, asesoramiento, orientación y apoyo sobre los distintos temas de interés del paciente, como por ejemplo: ocio y estilo de vida saludable, participación social, acceso a empleo, conocimiento de los recursos disponibles...

El objetivo de la intervención individual es evitar que se desarrolle un consumo, y en los casos en los que este ya se ha iniciado, tratar de reducirlo o eliminarlo. Las intervenciones individuales pueden complementarse con otras grupales.

-Intervención Grupal con los pacientes:

Son aquellas actividades que se realizan con grupos que tienen intereses o necesidades comunes. El grupo es una herramienta terapéutica, que facilita a los profesionales la gestión de los tiempos de los que disponen y ayuda a los pacientes pertenecientes a ese grupo a crear vínculos positivos entre ellos, que les ayudaran en el proceso de cambio.

El Trabajador Social puede ser el coordinador del grupo, o trabajar con otros profesionales colaborando con ellos.

Los grupos se pueden clasificar según:

- El objetivo del grupo.
- El colectivo al que se dirige.
- La sustancia principal de abuso.

Hay varios tipos de grupos:

- Grupos de acogida/inicio.
- Grupos de educación para la salud.
- Grupos de prevención de recaídas.
- Grupo técnico de ocio.

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

Las actividades grupales tendrán una duración y una frecuencia distinta en función del tipo de grupo y los objetivos que este tenga. Es necesario distinguir también entre grupos abiertos o cerrados (Junta de Castilla y León, 2017).

B) Intervención Familiar:

Tal y como se observa en el Plan de Adicciones (2017-2021) realizado por el Instituto de Adicciones (2017), este tipo de intervención es una *actuación prioritaria* para el trabajador social, pero no siempre es posible desarrollarla, bien porque el paciente no quiere que se intervenga con su familia o por escasa motivación de la familia para participar en el proceso.

Como ya se ha expresado anteriormente en este trabajo, la familia constituye un apoyo que resulta fundamental para el drogodependiente. La intervención familiar se puede realizar a familias que tengan a uno de sus miembros ingresado en el centro de atención a la drogodependencia o familias que acuden a buscar apoyo e información y cuyo familiar afectado, se resiste al tratamiento.

La entrevista es la técnica por excelencia para trabajar con la unidad familiar. Al igual que con el paciente, la intervención con las familias se puede realizar de forma individual y grupal. Estas entrevistas tienen la finalidad de ayudar a las familias a restablecer la salud y el equilibrio de la unidad familiar.

-Individual:

La duración de las entrevistas varía en función de las necesidades. Es esencial que se produzca una escucha activa y confianza por parte del profesional, de manera que la comunicación de los problemas se haga con mayor facilidad por parte de la familia.

-Grupal:

Los grupos de familias se crean en función de los objetivos que se pretenden conseguir, teniendo en cuenta las diferentes fases del proceso de intervención.

C) Intervención con la Comunidad:

Este tipo de intervención se detalla según Castrillo, Díez, Escaja, García, González... Concepción (2013) en el Documento de Consenso sobre las funciones del profesional del trabajo social sanitario en el sistema de salud de Castilla y León:

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

Esta intervención consiste en realizar actividades en el ámbito de la comunidad que tienen como fin promover la participación y capacitación del individuo y de la comunidad, para fomentar la autorresponsabilidad y el auto-cuidado, para garantizar una mejora de la salud, el bienestar y la calidad de vida de todas las personas.

Hay que tener en cuenta como base de esta intervención la importancia de que no se puede desligar a las personas de su entorno familiar, geográfico, institucional o socio-relacional en el que habitan.

Las personas con problemas de adicciones suelen tener unos vínculos sociales muy escasos o débiles, ven los problemas como algo ajeno a ellos y a la realidad en la que viven, no tienen sentimiento de pertenencia. Este tipo de sentimientos en relación con el consumo de sustancias incrementan la exclusión y el aislamiento social.

Para reconstruir esos vínculos sociales es necesario, hacer una intervención con la comunidad, para que desaparezcan la exclusión que sufren los consumidores y esos pensamientos y sensaciones negativas que la comunidad tiene hacia el consumo.

El Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid recoge como principios y criterios importantes para intervenir con la comunidad, la integración y normalización y la participación comunitaria.

Entre las actuaciones que los trabajadores sociales de los CAD realizan con la comunidad podemos citar:

-Difundir la labor y realidad de los centros de atención a drogodependientes, a grupos de jóvenes y docentes, sensibilizándoles de los riesgos de consumo de drogas.

-Participar en Comisiones de Apoyo Familiar y Equipos de Trabajo de Menores en las que, se tomen decisiones conjuntas sobre casos concretos y se establezcan mecanismos de coordinación entre los diferentes servicios e instituciones (salud mental, recursos educativos, sanitarios, asociaciones del barrio y/zonas, servicios sociales) Bermejo (Coord.), 2012).

D) Intervención con colectivos especiales:

El instituto de Adicciones de la comunidad de Madrid (2017) con el Plan de Adicciones (2017-2021) propone que entre las personas con problemas de adicciones existen diferentes colectivos de población. Este tipo de intervención se realiza con colectivos con necesidades específicas.

Los profesionales deben hacer una intervención prioritaria con este tipo de colectivos, adaptando y asignando los recursos a sus necesidades.

Se pueden distinguir los siguientes colectivos:

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

- Adolescentes y jóvenes
- Mujeres en especial situación de vulnerabilidad
- Pacientes con bajo potencial de cambio que requieren tratamientos prolongados
- Pacientes con patología dual
- Drogodependientes sin hogar
- Personas con necesidades especiales debido a diferencias de origen, cultura o idioma
- Personas con conflictos legales o judiciales.

Si alguno de los pacientes con los que se interviene pertenece a alguno de estos colectivos, la intervención debe hacerse con mayor esfuerzo e importancia, ya que habrá que atender más necesidades sociales.

5.3 Funciones y objetivos del trabajador social sanitario:

5.3.1 Introducción

Según Losada, Márquez y Sebastián (1995) las funciones de los Trabajadores Sociales en drogodependencias dependen de múltiples factores, pero dos de ellos han influido más en la configuración de estas funciones:

-La conceptualización del concepto de drogodependencia y de sus modelos teóricos:

Gracias al modelo biopsicosocial por el cual se decía que la drogodependencia, no tenía solo una causa, si no que era un fenómeno multicausal, se introdujo esta materia en el marco de lo social y la necesidad de intervenir en él.

- Los cambios en las pautas de consumo:

Estas han ido cambiando a lo largo del tiempo, se ha producido un fuerte crecimiento del consumo de alcohol entre los jóvenes, aparición de las drogas de diseño, se ha consolidado el poli-consumo... etc. Estos cambios han llevado a que se modifiquen a su vez las características de la población consumidora, entre las que destacan: la reducción significativa de la edad de inicio de consumo y el fuerte deterioro socio-sanitario que experimentan el colectivo de drogodependientes. Esta consecuencia está haciendo que se modifique tanto el tipo de demandas de los usuarios, como las intervenciones de los servicios asistenciales.

El trabajador social se encarga de abordar y atender los problemas que surgen en relación al binomio hombre/sociedad, cuando se presentan desajustes y/o desequilibrios entre las necesidades de los usuarios y los recursos que tienen para hacerlas frente. La función del trabajador social es la de fomentar el bienestar social del individuo, para ello aplica el método científico y tiene como objetivo hacer frente a la situación de necesidad y desigualdad de los individuos, grupos o comunidades. (Losada, Márquez & Sebastián, 1995)

Los múltiples factores y la gran cantidad de efectos que conlleva la drogodependencia hacen patente la necesidad de múltiples profesionales que den respuesta a todas las áreas (familiar, educativa, relacional, laboral...etc.) y niveles (individual, familiar, grupal y social). Para intervenir en drogodependencias es necesario realizar un trabajo multidisciplinar en el que esté presente tanto un psicólogo, un sanitario, un trabajador social y uno ocupacional, entre otros. Todos ellos deben tener un objetivo común, deben estar delimitadas sus funciones para cada uno de ellos y debe existir un canal para que se puedan comunicar (Losada et al., 1995).

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

Castrillo et al. (2013) definen que la misión del trabajador social, que forma parte de un equipo asistencial, es la de realizar una valoración social del usuario y del entorno, estableciendo estrategias de intervención y atendiendo la problemática socio-familiar del usuario, familia o comunidad. Estas actuaciones están dirigidas a la promoción y prevención de la salud y tratan de garantizar una atención integral a la población.

5.3.2 Los objetivos del Trabajador Social sanitario:

Según Zamanillo y Gaitán (1991 citado en Losada et al., 1995), el objetivo de los trabajadores sociales “es que las personas con problemas de drogodependencias y los que con ellos conviven, alcancen un grado de autonomía tal que les permita movilizar sus propios recursos, desarrollar una vida saludable y socialmente normalizada, siendo capaces de transformar activamente su realidad” (p.126).

Según la Federación Internacional de Trabajadores Sociales citado en Losada et al. (1995) los objetivos y funciones principales de los trabajadores sociales son:

- Participar en el diseño y ejecución de políticas sociales.
- Instrumentalizar y complementar la base teórica a partir de la práctica.
- Fomentar las condiciones posibles y necesarias para que se produzca el ajuste entre la demanda social y los recursos sociales.

Castrillo et al. (2013) recogen como objetivos del trabajador social, los siguientes:

-El objetivo general del trabajo social sanitario es promover los cambios necesarios en el usuario y su entorno, que les garanticen tener calidad de vida y puedan afrontar por sí mismos los problemas que se les presentan. Para ello se tratará de desarrollar las capacidades psicosociales del usuario, que les permitan abordar su situación personal y favorecer la utilización de los recursos personales y del medio.

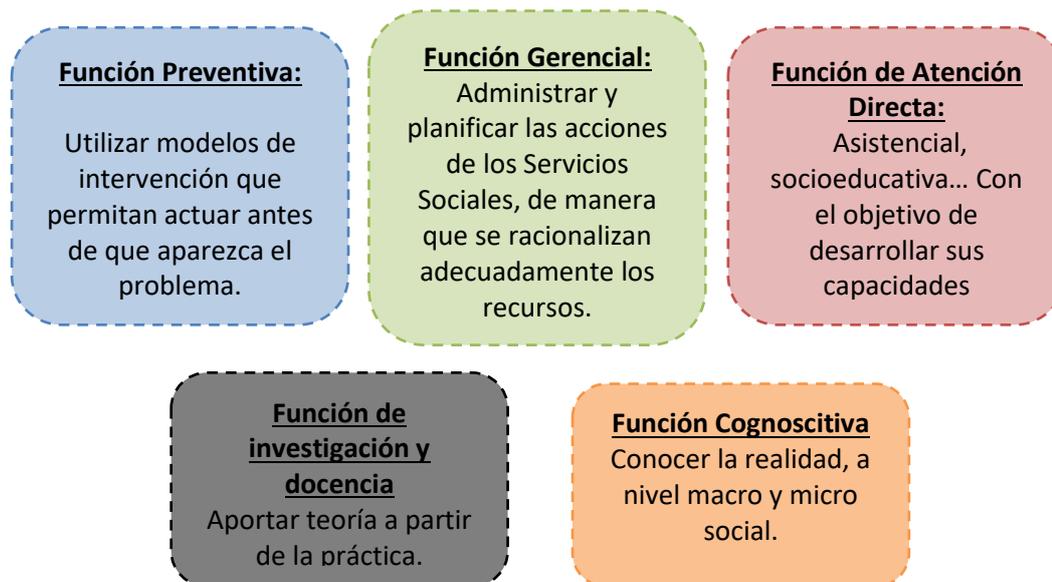
-Los objetivos específicos, vendrán determinados según el ámbito asistencial en el que se desarrollen: atención primaria, atención hospitalaria, salud mental u otros.

5.3.3 Las funciones del Trabajador Social Sanitario:

Las funciones de los Trabajadores sociales en drogodependencias van encaminadas a la atención directa a los drogodependientes y a sus familias, y a la participación en actividades de carácter preventivo y comunitario que proponen los equipos de intervención. Tal y como describe Losada et al. (1995) las funciones generales del trabajador social son:

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

Tabla 2.7.: Funciones Generales del Trabajador Social



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Losada et al. (1995)

Estas funciones vienen más detalladas en el documento de Consenso sobre las funciones del profesional de trabajo social sanitario. Castrillo et al. (2013) recoge como funciones del trabajador social sanitario:

1. Incorporar y favorecer la inclusión de la perspectiva social en todas las actividades, ámbitos asistenciales y profesionales de los centros sanitarios.
2. Identificar los factores y situaciones de riesgo social relacionados con la salud en individuos, familias y comunidad.
3. Realizar el estudio y elaborar el plan de intervención social que complete la atención integral del proceso de salud-enfermedad como parte del trabajo en equipo.
4. Participar en la elaboración, desarrollo, implantación y evaluación de los procesos asistenciales, así como en los programas de salud y la cartera de servicios, aportando la dimensión social.
5. Proporcionar orientación, apoyo psicosocial y asesoramiento a la persona enferma, a la familia y a la comunidad.
6. Promover la utilización adecuada de los recursos del Sistema de Salud tanto en su gestión como en la cooperación con otros sistemas asistenciales, con el fin de garantizar la continuidad de cuidados y la sostenibilidad de los recursos públicos.

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

7. Fomentar la participación de profesionales de salud en actividades comunitarias que corresponsabilizan a la ciudadanía en la creación de entornos más saludables.

8. Facilitar la comunicación y coordinación con el Sistema de Servicios Sociales y con otros sistemas que garanticen una atención integral, evitando la prestación de servicios inconexos.

9. Participar y fomentar actividades de promoción y prevención de la salud, dirigidas a individuos, familias y comunidad, así como a colectivos específicos por causa de enfermedad o exclusión social.

10. Participar en los planes de formación continuada, de la formación pregrado y posgrado, así como diseñar y colaborar en proyectos de investigación relativos a la salud y factores psicosociales.

11. Registrar la actividad realizada y emitir cuando sea preciso el correspondiente informe social.

5.3.4 Funciones específicas del Trabajador Social en cada una de las Áreas de intervención:

Con el fin de concretar más sobre el rol de los Trabajadores Sociales en un centro de drogodependencias, vamos a recoger, a continuación, un breve resumen de cada una de las dimensiones que se analizan en la valoración multidisciplinar y las funciones específicas que tienen los trabajadores sociales dentro de cada una de ellas.

Según Losada et al. (1995) las áreas de intervención de los trabajadores sociales son:

1. Consumo de drogas:

- Las funciones del trabajador social en el área de consumo de drogas son:

-Conocer la historia del consumo y como ha ido evolucionando (El contexto socio-ambiental y los elementos personales en el inicio y la influencia que han tenido sobre el individuo)

-Conocer la situación actual del individuo y su familia ante el tratamiento. (Motivación, expectativas del individuo, el nivel de influencia de su familia, grupos de iguales u otros...etc.)

-Conocer las variables sociales externas que pueden influir en el tratamiento (No contar con empleo o recursos económicos, pérdida de vivienda, estancia en la cárcel...)

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

-Realizar actuaciones según la valoración del caso de acuerdo con los recursos y servicios sociales necesarios.

2. Dimensión Familiar:

La familia constituye el grupo de referencia para el aprendizaje de conductas y el desarrollo integral del individuo. Influyen en la personalidad del individuo, en sus creencias, ideas, actividades, relaciones..., ya que la familia se encarga de transmitir valores, creencias, comportamientos...

Nuestra función en esta área es conseguir la implicación y participación activa de la familia a lo largo de todo el proceso de tratamiento y desarrollo de los recursos del individuo.

Las familias afectadas por el problema de la drogodependencia suelen tener unas características comunes, tiende a ser un sistema cerrado, con déficits a la hora de buscar soluciones a los problemas. Suelen aislarse de su entorno. En ellas hay poco afecto y comunicación, muchas órdenes y exigencias. Se cuestionan las formas de vida de cada uno. Surgen conflictos que se dan de manera sistemática.

El problema que presentan este tipo de familias, de manera general son:

- Falta de límites y normas claras
- Confusión en saber quién es la figura de autoridad, los padres no ejercen su rol.
- Falta de comunicación, no se da diálogo en la familia, por lo que es difícil resolver los problemas.
- Sentimiento de culpa por parte de los padres, que se sienten responsables de la situación de su hijo y creen que han fallado en su educación.
- Familias que no aceptan o no entienden la drogadicción, ya que tienen poca información sobre el tema o porque tienen miedo a enfrentarse a la situación.

- Las funciones en esta área son:

A-Funciones de conocimiento:

Elaborar una historia socio-familiar para conocer el entorno del drogodependiente, a estructura y características de la familia. Analizar cuando se ha detectado el consumo de drogas y como, y cuál es el posicionamiento de su familia ante ese consumo.

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

Ver si las relaciones familiares presenta algún tipo de enfrentamiento o discusión, ya que estas hacen que se produzcan sentimientos de rechazo al drogodependiente, de no refuerzo de su conducta positiva...etc.

Analizar si existe algún obstáculo que impidan a drogodependiente desarrollarse, por ejemplo padres alcohólicos con situaciones delictivas, o en situación de marginación familiar...

B-De intervención directa:

La familia es un objeto de intervención y un agente terapéutico, ya que muy importante la colaboración familiar en el periodo de tratamiento del drogodependiente. Es importante informarles de quiénes somos y cuál va a ser nuestro trabajo, para que no tengan falsas expectativas, ya que suelen esperar soluciones rápidas y es importante avisarles de que el periodo de intervención se va a realizar en distintas fases y que cada una necesita un tiempo determinado.

Es a su vez importante informarles del problema y trabajar con ellos para averiguar cuáles han sido las posibles causas.

Al ser un agente terapéutico debemos intervenir con la familia para darles las habilidades y conocimientos necesarios para participar en el proceso terapéutico. Así como pautas terapéuticas que les ayuden en la relación familiar, como por ejemplo establecer normas de horarios, tareas domésticas, comunicación familiar, manejo de dinero....; establecer nuevos hábitos familiares y relacionales para conseguir un nuevo estilo de vida

Según Coletti (1987 citado en Losada, 1995): “la familia puede ser agente y motor de su propio cambio, ya que un cambio en el sistema familiar puede ser el método más eficaz para cambiar al paciente” (p.132).

En nuestra intervención debemos hacerles ver que la motivación al drogodependiente es básica, por lo que su implicación en el proceso terapéutico es esencial.

También es importante intervenir con los familiares de aquellos sujetos que han fracasado en el tratamiento y no quieren abandonar la droga, en estas situaciones es muy eficaz intervenir creando grupos formados por estos familiares afectados, donde puedan exponer y compartir sus situaciones.

-De carácter normalizador:

Las funciones que tendríamos serían las de:

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

-Restaurar hábitos familiares saludables.

-Aprender a identificar los problemas que surgen en el ámbito familiar.

-Fomentar que la familia y el drogodependiente creen objetivos y metas propias, que sean posibles y acordes a la situación.

-Intentar que el grupo familiar se interese por actividades que estén fuera de las pautadas en el proceso terapéutico; que la familia entienda los sentimientos de miedo, angustia...que puede tener el drogodependiente durante su tratamiento y que le apoye.

3. Dimensión Educativa:

Como hemos visto anteriormente, las estadísticas muestran como cada vez el consumo de drogas se produce a edades más tempranas, lo que lleva asociado muchos problemas de abandono y absentismo escolar.

- Las funciones en esta área son las de:

-Conocer el nivel educativo, las dificultades y capacidades que tiene el usuario.

-Valorar el modo y la posibilidad de reanudar los estudios, motivándoles y orientándoles.

4. Dimensión Laboral:

La mayoría de drogodependientes con los que intervenimos suelen compaginar una actividad laboral poco cualificada con el consumo de drogas. Incluso algunos, debido al inicio de consumo a edades tempranas no han desarrollado ningún empleo. El paro y el ocio no deseado conllevan no solo la falta de medios económicos sino el progresivo deterioro de las habilidades personales, que conforman conductas asociales y antisociales.

En el medio laboral también se dan importantes niveles de consumo de drogas. Hay diversas características que influyen en el aumento de estos niveles como el estrés, los trabajos peligrosos, las malas condiciones laborales, etc, por lo que es importante tener en cuenta la relación entre el consumo de drogas y la situación laboral.

- Las funciones del Trabajador social en esta área son:

-Conocer y valorar la historia laboral y la situación actual del usuario. Hacer hincapié en aspectos como la estabilidad laboral, los incidentes que se han producido y su alcance, el nivel de responsabilidad del cumplimiento de las tareas, si se ha producido absentismo, cualificaciones laborales...

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

-Conocer el papel que tiene el trabajo en el desarrollo personal del usuario.

-Valorar la posibilidad de que se incorpore o no al mercado de trabajo en función de la fase del tratamiento en la que se encuentre.

-Elaborar un programa básico de incorporación laboral, para trabajar con el usuario las expectativas adecuadas de trabajo. El trabajador social ofrece orientación laboral básica en trabajos que se adapten mejor a las necesidades y características del sujeto; motivación al sujeto para desempeñar un trabajo normalizado remunerado; información y orientación de recursos pre-laborables y su inclusión en ellos; seguimiento de la reincorporación a la vida laboral.

5. Área relacional y de ocupación del ocio y tiempo libre:

La calle es un punto de encuentro habitual para el consumo de drogas, sobre todo en jóvenes. Es el ambiente donde se inician los primeros consumos. En ella se relacionan con sus iguales y suele ser un lugar donde se hacen frente a los conflictos familiares, problemas económicos...

El nivel de aislamiento está relacionado con el nivel de consumo, cuanto mayor es el tiempo de consumo, mayor aislamiento y deterioro de las capacidades personales se da. Este deterioro de las capacidades afecta fundamentalmente al marco familiar, laboral y de las relaciones sociales que tenga el consumidor, y hace que se produzca una importante disminución en las capacidades de comunicación verbal, de sentimientos y de afecto.

Los usuarios suelen tener pocas actividades de ocio. El ocio entre los drogodependientes suele basarse en pasar el tiempo en ambientes propensos a la monotonía y pasividad.

El abandono del consumo de drogas conlleva un cambio en el estilo de vida, cambio en la forma y las personas con el que el individuo se relaciona, en los ambientes que suele frecuentar, en las actividades que realiza... el objetivo es que se produzcan con el tiempo, cambios más profundos de actitudes.

La intervención en esta área es muy importante ya que su objetivo es producir una reinserción social del individuo y estarán encaminadas a la incorporación progresiva a un nuevo estilo de vida.

- Para ello las funciones que realizan los trabajadores sociales en esta área son:

-Conocer las relaciones sociales que tiene el usuario, conocer los recursos y actividades que puedan ser efectivos para el usuario en esta área.

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

-Sensibilizar y modificar el cambio de ambiente y de amistades relacionados con el consumo de drogas, sensibilizar a la familia e intentar que se produzca un cambio en sus actitudes con el drogodependiente, favoreciendo que se eleve su autoestima.

-Fomentar el desarrollo sus habilidades de comunicación y toma de decisiones.

-Sensibilizar y motivar a que desarrolle una actividad de ocio para cubrir el tiempo libre.

-Estimular y facilitar el ingreso en recursos normalizados.

6. Área jurídico legal:

El consumo de drogas aparece en la mayoría de los casos relacionado con actividades delictivas. La financiación del consumo de algunas sustancias con lleva un precio muy elevado, por lo que gran parte de drogodependientes tienen alguna incidencia legal. La mayoría son delitos de robo, hurtos, tráfico de drogas, para conseguir ese dinero con el que financiar la droga.

- Las funciones de los trabajadores sociales en estas áreas son:

-Conocer la legislación y el reglamento relacionado con la drogodependencia

-Conocer y coordinar los recursos relacionados con esta problemática

-Valorar como afecta esa situación judicial a la motivación frente a su tratamiento y su desarrollo

-Informar a la familia sobre recursos externos que estén especializados para su asesoramiento

-Facilitar habilidades y pautas para la relación de las familias que tengan a algún ser querido en prisión en régimen interno y prepararles para cuando el familiar regrese al medio familiar y social.

5.4 Protocolo de intervención del Trabajo Social en los centros de atención a las drogodependencias:

En este apartado se presentan los aspectos más importantes que recoge el protocolo de intervención del Trabajo social en los centros de atención a las drogodependencias de la comunidad de Madrid, Bermejo (Coord.), 2012):

En él se define la **finalidad del Trabajo Social** como:

Es la investigación de las condiciones sociales de las personas, grupos, colectivos y contextos que en interacción con su medio presentan dificultades en su desarrollo global, promoviendo cambios a través de la intervención que resuelvan dichos problemas, potencien las capacidades de las personas para vivir en sociedad de modo más pleno y modifiquen aquellos impedimentos sociales que puedan obstaculizarlo. (p.7).

El trabajador social interviene en múltiples áreas y ámbitos, pero es una profesión que tiene como base la **acción social**. Esta disciplina tiene gran importancia en drogodependencias especialmente en el tratamiento de las personas afectadas, ya que interviene en aspectos como la participación activa en la sociedad, las relaciones sociales, la integración laboral y social del usuario. Pero también trabaja con las familias, el medio social más próximo y la sociedad en general.

En el ámbito nacional, el referente normativo institucional es el **Plan Nacional sobre Drogas** de 1985. A partir de esta normativa, se hace referencia a las competencias en materia de drogodependencias que tiene las distintas Corporaciones Locales. La administración local tiene las siguientes funciones:

1. El desarrollo de políticas específicas de prevención en materia de drogodependencias, fundamentalmente en el ámbito comunitario.
2. Procurar la integración social de los usuarios de drogas en base al desarrollo de planes de formación profesional y empleo.
3. Elaboración y puesta en marcha de medidas de limitación de la oferta y disponibilidad, fundamentalmente de drogas legales.

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

4. Ejecución de la función inspectora y de la potestad sancionadora, así como la cooperación de la policía local.

5. Coordinación de las intervenciones en materia de drogas a nivel local.

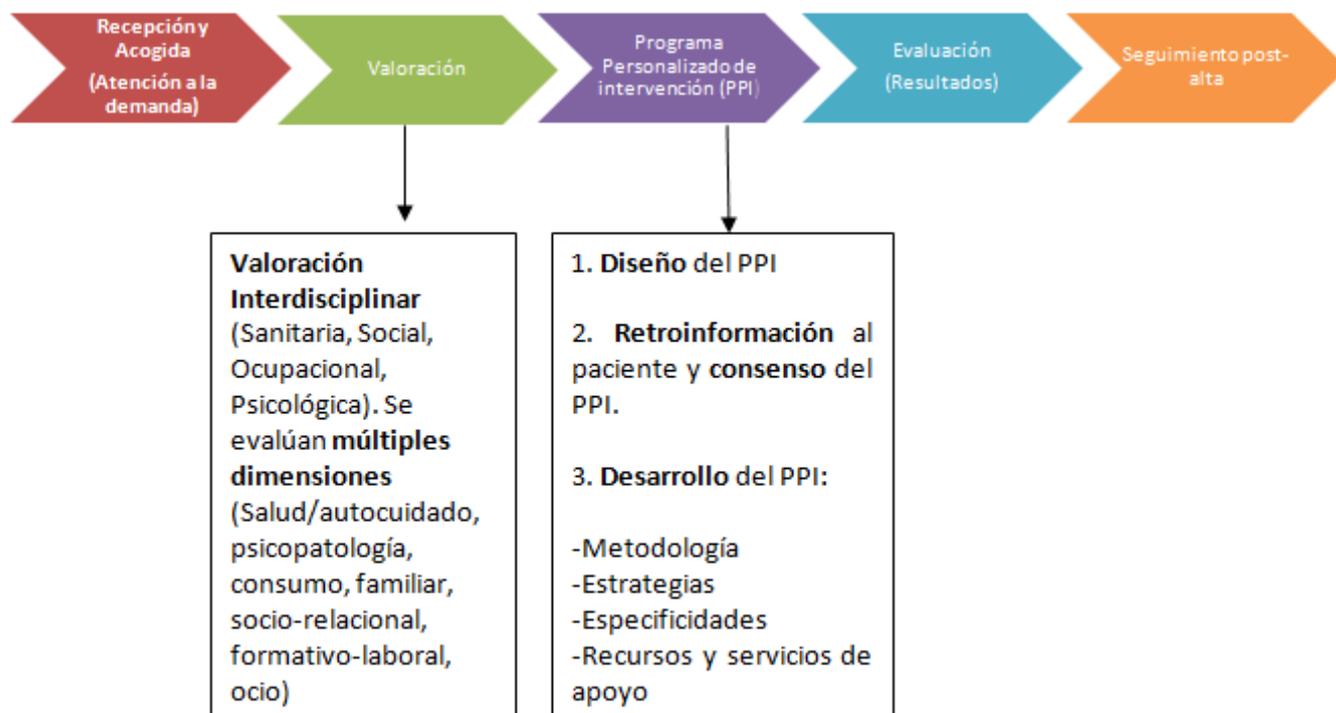
El tipo de asistencia que se presta a las personas con problemas de adicciones es integral y se produce en una serie de etapas interrelacionadas entre sí y que se dan de manera simultánea. Esta asistencia se presta a nivel de la comunidad autónoma, teniendo siempre en cuenta como criterio preferente la proximidad al domicilio del usuario y a su entorno, promoviéndose los servicios y programas asistenciales de régimen ambulatorio.

La intervención tiene como objetivo último la integración social del drogodependiente. Para conseguir este fin, son muy importantes las redes sociales generales que tenga el individuo y el apoyo que reciba por parte de su familia y entorno afectivo.

Posteriormente, se muestra un diagrama para comprender mejor las diversas etapas que se dan a la hora de intervenir con un usuario con problemas de adicciones:

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

Gráfico 2.5.: Proceso de atención integral a las drogodependencias.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Protocolo de Intervención

A continuación, se describen en qué consisten cada una de las etapas del protocolo de intervención, también recogidas en el Plan de Adicciones 2017-2021, elaborado por el Instituto de Adicciones (2017):

A) **Recepción y acogida (Atención a la demanda inicial):**

Las demandas de los Centros de atención a los drogodependientes se asisten mediante las actuaciones de recepción y acogida.

-La recepción, es el primer contacto que tiene el drogodependiente con el centro, esta la realiza el personal administrativo. Consiste en recoger los datos iniciales del usuario y asignarle una primera entrevista con un técnico del centro.

-La acogida es el primer contacto que tiene el paciente con alguno de los profesionales del centro. Es una entrevista que la pueden realizar los trabajadores sociales u otros profesionales. Consiste en hacer un primer análisis de la demanda que realiza el paciente y o su familia, en ella se presta especial atención a las motivaciones y expectativas que tiene el paciente para afrontarse al tratamiento.

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

Se pretende cumplir una serie de objetivos que están previstos en el Plan de Adicciones:

- Escucha activa de la demanda.
- Recabar información mínima imprescindible.
- Comprobar si existe motivo de prioridad en la atención.
- Dar información y orientar sobre actuaciones posibles.
- Generar empatía y establecer el vínculo terapéutico.
- Motivar al paciente para iniciar el proceso de atención.
- Asignar cita o citas con los profesionales que vayan a intervenir en la valoración.

B) Valoración Interdisciplinar:

En esta etapa se hace una valoración de los aspectos sanitarios, psicológicos, sociales y ocupacionales, que resulta esencial para establecer el plan de tratamiento. Se pretende conocer y hacer una evaluación del paciente en función de 7 dimensiones que destaca el modelo de atención integral del Plan de Adicciones (salud y auto-cuidados, psicopatología, consumo, familiar, socio-relacional, formativo-laboral y de ocio).

La información referida al área social, es recabada por los trabajadores sociales. A través de una serie de entrevistas se realiza un *diagnóstico social* del paciente y de su entorno. Este diagnóstico pretende conocer las características del sujeto, reflejando cual es su situación/ problema, sus dificultades/ necesidades, y las fortalezas o puntos fuertes del sujeto sobre los que poder guiar la intervención.

El instrumento más importante para el Trabajador Social es la *Historia Social* que nos permite recoger información de forma sistémica sobre el paciente. La intervención es un proceso dinámico, este instrumento nos permite recoger información inicial y complementarla más adelante, a lo largo de todo el proceso de tratamiento, con el fin de que la información se encuentre siempre actualizada.

Se pretende conocer información a cerca de:

- La droga o drogas de las que abusa o depende
- La frecuencia, gravedad y duración del problema.
- La forma en que el usuario y su familia viven la situación-problema y el modo en que son capaces de afrontarla.
- La forma en que se plantea la demanda (prestando especial atención a las demandas implícitas). Es importante conocer lo que el paciente y/o la familia identifican como problema y la forma en que lo presentan.
- Conocer si ha habido intentos previos de solución y cuáles han sido.
- La motivación
- La forma de acceso

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

El trabajador social debe conocer si el paciente pertenece a alguno de los colectivos con necesidades especiales que suponen un mayor riesgo de exclusión.

C) Evaluación multidisciplinar y diseño del Programa Personalizado de Intervención (PPI):

Los datos recogidos sobre las diferentes dimensiones son puestos en común por los distintos profesionales que forman parte del equipo multidisciplinar, lo que permite hacer posteriormente una evaluación multidisciplinar.

A partir de los resultados de esta evaluación, el equipo diseña un programa personalizado de intervención (PPI) adecuado a la situación del paciente, que deberá incluir:

- Los objetivos que se pretenden conseguir con la intervención.
- Las actividades a desarrollar para la consecución de dichos objetivos.
- Los recursos de apoyo que se consideran necesarios.

Los objetivos que se pretenden conseguir son compartidos por todos los profesionales, cada uno de ellos tiene diferentes estrategias y técnicas de intervención que resultan complementarias.

El Trabajador Social se encarga de asesorar al equipo sobre las necesidades sociales y los recursos de apoyo más adecuados para conseguir los objetivos del PPI.

Es muy importante consensuar con el paciente el diseño del PPI. Es necesario presentar al paciente y a su familia los resultados de la evaluación multidimensional, para concretar y definir con ellos cual será el programa de intervención.

Una vez diseñado y consensuado el PPI, comienza el desarrollo del mismo. Se pone en práctica la metodología o actuaciones específicas y los recursos necesarios en función de las necesidades y de la evolución de cada paciente. El desarrollo del PPI implica además una evaluación continua y seguimiento del mismo, por parte de los profesionales

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

5.5 Sistema de asistencia e integración social del drogodependiente en Castilla y León:

Está regulado por la ley 3/94, de 29 de Marzo, de prevención y asistencia e integración social de drogodependientes en Castilla y León y el posterior Acuerdo 22/2017, de 25 de mayo, de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueba el VII Plan Regional sobre Drogas (2017-2021).

Tal como se define en la ley 3/94, de 29 de Marzo, la atención a drogodependientes en España, se realiza a través de una serie de recursos y centros, existentes en las diferentes Comunidades Autónomas, tal y como refiere el Plan Nacional sobre drogas, Junta de Castilla y León (2017).

En Castilla y León el sistema de asistencia se dispone en el artículo 16 de la citada ley, y se estructura en tres niveles básicos de intervención.

El plan regional sobre drogas (2017-2021) realizado por la Junta de Castilla y León (2017) desarrolla detalladamente el sistema y sus distintos niveles. El Sistema que se presenta a continuación incluye una oferta de programas, servicios y centros asistenciales suficiente y de calidad para el tratamiento de los problemas derivados del abuso y dependencia del alcohol, tabaco y resto de las drogas.

Primer nivel:

Es la puerta de entrada al sistema, los recursos son los más accesibles para el drogodependiente.

Se encargan de la detección, captación, motivación y derivación de drogodependientes a los servicios especializados para iniciar tratamiento, y de la atención de las necesidades sociales y sanitarias básicas de la persona drogodependiente y de su familia.

Los centros y servicios de este nivel son:

- Equipos de Atención Primaria de Salud (E.A.P.S.)
- Centros de Acción Social (CEAS)
- Centros específicos de primer nivel (Servicios generales de información, orientación, apoyo y seguimiento de personas drogodependientes).
- Servicios de mediación, orientación, asesoramiento y motivación en el ámbito laboral.

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

-Servicios de orientación y asesoramiento a personas drogodependientes con problemas jurídico-penales.

-Servicios de atención de emergencia social para personas con drogodependencia.

Segundo nivel:

A través de este nivel gira buena parte del proceso de asistencia al drogodependiente.

Se compone de centros ambulatorios de asistencia, que tienen la función de desarrollar los planes individualizados de tratamiento especializado.

Los recursos ambulatorios de referencia son los centros específicos de asistencia ambulatoria a drogodependientes, llamados CAD, también denominados Servicios de asistencia sociosanitaria ambulatoria a personas con drogodependencia.

Este nivel se caracteriza por ser muy flexible y tener gran cantidad de recursos, cada uno cuenta con un nivel de especialización en drogodependencias, entre ellos podemos destacar:

- Unidades para el tratamiento del alcoholismo.
- Servicios especializados de tratamiento del tabaquismo.
- Unidades o consultas específicas de tratamiento del tabaquismo.
- Centros de día para drogodependientes.
- Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD).
- Programas asistenciales en centros penitenciarios.
- Servicios de formación y apoyo para la integración socio-laboral de personas con drogodependencia.

Tercer nivel:

Está constituido por recursos específicos con un alto nivel de especialización para el tratamiento en régimen residencial de las personas drogodependientes.

Está integrado por los siguientes recursos:

- Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH).
- Unidades de patología dual.
- Comunidades terapéuticas para drogodependientes (Servicios de asistencia residencial en comunidades terapéuticas para personas con drogodependencia).
- Centros residenciales para la rehabilitación de alcohólicos (Servicios de asistencia residencial para personas con problemas de alcoholismo).
- Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP).

1. CONCLUSION:

Llegados a este punto, tras a ver profundizado en el ámbito de las drogas y en su consumo, así como en el papel que tiene el trabajador social en esta problemática, procedo a sacar las siguientes conclusiones.

El concepto de droga ha cambiado a lo largo de la historia y son muchos los autores que lo definen. A su vez, la clasificación de las drogas es muy amplia, sin embargo, cabe destacar la distinción que se realiza según los efectos que producen en el sistema nervioso central (Estimulantes/ Depresoras/ Alucinógenas).

El DSM-5 supone un giro en el ámbito de las drogodependencias, los conceptos de abuso y dependencia son sustituidos por el de Adicciones y pasan a relacionarse con el trastorno relacionado con sustancias.

En cuanto a la normativa consultada, cabe destacar la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 y el Plan de Acción sobre Adicciones 2018-2020.

Las drogas han existido siempre, aunque no siempre se han usado para los mismos fines. El consumo de drogas ha ido evolucionado en el tiempo en relación con el contexto histórico del momento. En los años 50-60 surgieron las primeras formas de atender las adicciones y en los años 60-70 se produjo una expansión de ese consumo. Actualmente la prevalencia de consumo se mantiene con respecto a tiempos pasados, lo que ha cambiado es el modo de consumir. Las nuevas sustancias psicotrópicas suponen un reto para el sistema sanitario y social.

El alcohol es una droga transcultural presente desde tiempo inmemorial. Los datos de prevalencia de consumo actuales en España (2017-2018) indican que el 75,2 % de la población ha consumido alcohol en el último año. A su vez el 40% de la población consumió tabaco y el 11% de la población Cannabis. Por lo que podemos concluir que las drogas legales son las más consumidas en nuestro país y es importante que concienciamos a la población de la nocividad de estas. En Europa, hay 92 millones de personas que han probado las drogas ilegales a lo largo de su vida.

Para estudiar la problemática del consumo de drogas hay que tener en cuenta la diversidad de factores de riesgo que hay y los efectos que estos producen en función de la sustancia consumida, el individuo que la consume y el contexto.

La drogodependencia es objeto del trabajo social, y que en ella hay una dimensión social o componente socio-cultural.

El consumo de drogas se debe a múltiples factores interrelacionados, que generan múltiples efectos, por lo que la manera de atender este fenómeno debe ser multidisciplinar, interdisciplinar e integral. El trabajador social es una figura esencial en el equipo multidisciplinar.

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

Actualmente el término adicciones está muy relacionado con el concepto sanitario, por lo que a la hora de atender las adicciones hablaremos del Trabajador Social Sanitario. Este se ocupa de abordar los factores sociales que generan conductas adictivas.

La figura del trabajador social sanitario apareció hace más de 70 años, pero en muchas ocasiones, son difícilmente identificables por parte de los usuarios e incluso por el resto de profesionales. Así mismo, se tiene la concepción de que son meros gestores de recursos pero esto no es así, entre otras funciones se encuentran la de acompañamiento social y la relación de ayuda al usuario. Además se encargan de analizar los factores sociales, las redes de apoyo, el entorno del paciente para identificar situaciones de riesgo e intervenir sobre ellas, para conseguir como fin último mejorar el bienestar del usuario.

Las adicciones generan aislamiento y riesgo grave de exclusión. Es responsabilidad del trabajador social hacer frente a estas situaciones, puede ser un agente relevante en la prevención del consumo de drogas e integración del usuario a su entorno, ya que se trata de una profesión que fomenta el cambio social y lucha por los derechos de las personas y por mejorar su bienestar social y calidad de vida a través de las distintas intervenciones y en base a recursos de los que dispone.

El trabajador social es el encargado, junto a otros profesionales del diseño y desarrollo del Plan de Intervención Individualizado, se puede encargar de la recepción y acogida en los centros de drogas, para mantiene con el drogodependiente una primera entrevista donde realiza una valoración interdisciplinar en función a siete dimensiones: Salud y auto-cuidados, psicopatología, consumo, familiar, socio-relacional, formativo-laboral y de ocio.

Es el encargado de recabar información referida al área social y de llevar a cabo un diagnóstico social del paciente y del entorno, en el que se especifiquen sus dificultades, necesidades, fortalezas y puntos fuertes sobre los que guiar la intervención.

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

2. BIBLIOGRAFIA

APA (1988). *Breviario DSM-III-R: Criterios diagnósticos*. Barcelona: Masson, p.352.

APA (2001). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-IV-
Texto Revisado*. Madrid: Elsevier España, p. 1088.

APA (2018). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.
Madrid: Editorial Médica Panamericana, p. 960.

Becoña, E. (2014). Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos.
*Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. Revista
Iberoamericana de Psicosomática, (110), 58-61*. Recuperado de:
<http://www.editorialmedica.com/download.php?idart=598>

Bermejo, M. V. (Coord.). (2012). *Protocolo de intervención desde el Trabajo Social en los
centros de atención a las drogodependencias del instituto de adicciones*. Instituto
de adicciones. Madrid: Ayuntamiento de Madrid. Disponible en:
<http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/buenasPracticas/protocolos/pdf/ProtocoloIntervSocial.pdf>

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

Castrillo, J. L., Díez, T. J., Escaja, M. A., García, J. M., González, E., González, R.,...Concepción, M. (2013). *Documento de Consenso sobre las funciones del profesional de trabajo social sanitario en el sistema de salud de Castilla y León*. Valladolid: Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/documento-consenso-funciones-profesional-trabajo-social-san>

Caudevilla, F. (2007). *Drogas: Conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo*. Grupo de Intervención en Drogas semFYC. Disponible en: <http://www.comsegovia.com/pdf/cursos/tallerdrogas/Curso%20Drogodependencias/Drogas,%20conceptos%20generales,%20epidemiologia%20y%20valoracion%20del%20consumo.pdf>

Coletti, M. (1987). Teoría y Epistemología del Tratamiento: Relación de las Toxicodependencias. *Comunidad y Drogas, Monografía, (1)*, 11-20.

Davenport-Hines, R. (2003). La búsqueda del olvido. Historia global de las drogas. Editorial Turner. *Journal of Community Psychology, (27)*, 257-280.

Gómez, R.A. & Carrizo, M. (2008). Transformaciones en el mercado y consumo de drogas en Córdoba. *Periódico hoy la universidad (38)*, . Argentina: Universidad Nacional de Córdoba.

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

Gómez, R. A., Serena, F., Carrizo, M., Vida, E., Malacari, S., Perez, D. y Maculus, I., (2012).

Introducción al campo de las drogodependencias. Córdoba, Argentina: Editorial

Brujas.

Disponible

en:

https://www.researchgate.net/publication/263966265_Introduccion_al_campo_de_las_drogodependencias

Gómez, R. A. (2013). *Drogas, consumo y época: Alcohol en atracón (BINGE),*

Policonsumo y adicciones sin sustancias. Los nuevos fenómenos y sus desafíos.

Buenos Aires: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Disponible

en: <https://www.aacademica.org/000-054/291.pdf>

González, C. (1987). Drogas y Control Social. *Poder y Control*, (2), 49-65.

Gutiérrez, A. (2007). *Drogodependencias y Trabajo Social*. Madrid: Ediciones Académicas.

Jiménez, A. (2016). *El papel del trabajador social en los equipos integrales de los centros*

ambulatorios de atención a drogodependientes en la Comunidad de Madrid.

(Tesis Doctoral). Madrid: Universidad Complutense. Recuperada de:

<https://eprints.ucm.es/38754/1/T37602.pdf>

Kramer, J. F. y Cameron, D. C. (1975). *Manual sobre dependencia de las drogas.*

Ginebra: Organización mundial de la salud.

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

Lewin, L. (1924). *Phantastica: Drogas narcóticas, estimulantes y visionarias*. Madrid: Amargord, p. 331.

Losada, M. J., Márquez, P.; Sebastián, P., (1995). Aproximación a las funciones de los TS en centros de atención a drogodependientes. *Cuadernos de Trabajo Social, Servicio de Publicaciones Universidad Complutense, Madrid, (8)*, 123-139. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/download/CUTS9595110123A/8412>

Martínez, M. y Rubio, G. (2002). *Manual de drogodependencias para enfermería*. Valladolid: Ed. Díaz Sanz Recuperado de <https://library.biblioboard.com/content/114b4111-7093-4d84-9680-d7aae25512e5>

Madrid Salud: Instituto de Adicciones. *Factores de riesgo en el consumo de drogas: Guía para familias*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid. Disponible en: <https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Salud/Publicaciones%20Propias%20Madrid%20salud/Publicaciones%20Propias%20ISP%20e%20IA/PublicacionesAdicciones/ficheros/factoresRiesgo.pdf>

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

Madrid Salud: Instituto de Adicciones. *Plan de Adicciones (2017-2021)*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid. Disponible en: <http://madridsalud.es/wp-content/uploads/2017/10/PlanAdicciones2017-2021.pdf>

Mayor, J. (1995). Las drogodependencias como Objeto del Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social. Universidad Complutense, Madrid, (8)*, 213-239. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=119444>

Molina, M. C., (2008). Evolución histórica del consumo de drogas: concepto, clasificación e implicaciones del consumo prolongado. *International e-journal of criminal sciences*, 2(2), 30. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4876021>

Monrós, M. J. y Zafra, E. (Coord.). (2012). Guía de Intervención de Trabajo Social Sanitario. Valencia: Generalitat Valenciana. Disponible de: [http://publicaciones.san.gva.es/cas/prof/guia ITSS/Guia Intervencion Trabajo Social Sanitario.pdf](http://publicaciones.san.gva.es/cas/prof/guia_ITSS/Guia_Intervencion_Trabajo_Social_Sanitario.pdf)

Nowlis, H. (1975). *La verdad sobre la droga*. Editorial: Unesco.

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2018). *Informe Europeo sobre*

Drogas: Tendencias y novedades. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la

Unión Europea. Disponible en:

http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TD_AT18001ESN_PDF.pdf

Organización Mundial de la Salud (1969). Comité de expertos en farmacodependencia.

Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (1978). *Atención primaria de Salud: Conferencia*

Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (1994). *Glosario de Términos de Alcohol y Drogas*.

Madrid: Ministerio de Sanidad y consumo, Gobierno de España. Ed: OMS.

Disponible en:

https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud (2000). *Plan de acción europeo sobre el alcohol*.

Copenhague: Oficina Regional de la OMS.

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

Osuna, J. M., (2005). Drogas: ¿un fenómeno en evolución? *Carel: Carmona : Revista de estudios locales*, (3), 1269-1291. Recuperado de:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2328625>

Oughourlian, J. (1977). *La persona del toxicómano*. Barcelona: Herder

Pascale, A. (2010). *Uso problemático de drogas. Aspectos médico-toxicológicos. Conceptos generales*. “Abordaje multidisciplinario sobre la problemática del consumo de drogas”. Uruguay: Ed. SND.

Pons, J. (2008). Modelos interpretativos del consumo de drogas. *Polis-investigación y análisis sociopolítico y psicosocial*, 4(2), pp.157-186.

Portero, G. (2015). DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias. ¿Son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense?. *Cuad Med Forense* ;21(3-4):96-104. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/cmfv21n3-4/02_original01.pdf

Santos, C. (1995). Toxicomanías y Trabajo Social, una introducción. *Cuadernos de Trabajo Social*, (8), 103-107. Madrid: *Servicio de Publicaciones. Universidad Complutense de Madrid*. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/viewFile/CUTS9595110103A/8409>

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

Sixto-Costoya, A. y Olivar, A. (2018). Educación Social y Trabajo Social en Adicciones:

Recuperar el territorio colaborando. *Revista de Educación Social (RES)*, (26), 141-

158. Recuperado de: [http://www.eduso.net/res/26/articulo/educacion-social-y-](http://www.eduso.net/res/26/articulo/educacion-social-y-trabajo-social-en-adicciones-recuperar-el-territorio-colaborando)

[trabajo-social-en-adicciones-recuperar-el-territorio-colaborando](http://www.eduso.net/res/26/articulo/educacion-social-y-trabajo-social-en-adicciones-recuperar-el-territorio-colaborando)

Slapak, S. & Grigoravicius, M. (2006) Consumo de Droga: La construcción social de un problema social. *Anuarios de investigaciones (14)*, pp. 239- 249.

Sociedad Científica española de Estudios sobre el alcohol, el alcoholismo y las otras toxicomanías (2018). *El trabajo social, imprescindible en la intervención de la*

persona con adicción. Madrid: Socidrogalcohol. Recuperado de:

[http://www.socidrogalcohol.org/ultimas-noticias/414-el-trabajo-social,-](http://www.socidrogalcohol.org/ultimas-noticias/414-el-trabajo-social,-imprescindible-en-la-intervenci%C3%B3n-de-la-persona-con-adicci%C3%B3n.html)

[imprescindible-en-la-intervenci%C3%B3n-de-la-persona-con-](http://www.socidrogalcohol.org/ultimas-noticias/414-el-trabajo-social,-imprescindible-en-la-intervenci%C3%B3n-de-la-persona-con-adicci%C3%B3n.html)

[adicci%C3%B3n.html](http://www.socidrogalcohol.org/ultimas-noticias/414-el-trabajo-social,-imprescindible-en-la-intervenci%C3%B3n-de-la-persona-con-adicci%C3%B3n.html)

Torres, M. A., Santodomingo, J., Pascual, F., Freixa, F. y Álvarez, C. (2009). *Historia de las*

adicciones en la España contemporánea. Barcelona: Sociedad Científica

Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías

(Socidrogalcohol). Disponible en:

[http://www.pnsd.mscbs.gob.es/en/profesionales/publicaciones/catalogo/bibli](http://www.pnsd.mscbs.gob.es/en/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/HistoriaAdicciones_EspContem.pdf)

[otecaDigital/publicaciones/pdf/HistoriaAdicciones_EspContem.pdf](http://www.pnsd.mscbs.gob.es/en/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/HistoriaAdicciones_EspContem.pdf)

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

Vázquez, A. (2016). Acerca de las nominaciones del consumo de drogas en tiempos de medicalización. *Anuario de investigaciones*, XXIII, 197-204. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3691/369152696020.pdf>

Zamanillo, T y Gaitán, L. (1991). *Para comprender el Trabajo Social*. Navarra: Verbo Divino.

Bibliografía leyes:

Ayuntamiento de Valladolid. *V Plan Municipal sobre drogas y otras Adicciones (2019-2023)*. Valladolid. Disponible en: <http://valladolidsindrogas.net/wp-content/uploads/2019/05/V-PLAN-WEB-DROGAS-DEFINITIVO-2019-2023.pdf>

Diputación de Valladolid. *VII Plan Provincial sobre Adicciones (2019-2022)* Valladolid.

Junta de Castilla y León (2017). Acuerdo 22/2017, de 25 de mayo, de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueba el VII Plan Regional sobre Drogas (2017-2021). Disponible en: https://familia.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100Detalle/1246988963464/_/1284828004507/Comunicacion

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

(Ley Nº3, 1994), de 29 de Marzo, de prevención y asistencia e integración social de drogodependientes en Castilla y León. Disponible en:
<http://www.diputaciondevalladolid.es/extras/ciudadanos/accion-social/plan-drogas/documentosydescargas/ley.pdf>

Ministerio de Sanidad, Consumo y bienestar social. *Estrategia Nacional sobre Adicciones (2017-2014)*. Ed. Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Disponible en:
<http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209 ESTRATEGIA N.ADICCIONES 2017-2024 aprobada CM.pdf>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad (2019). *Legislación Española sobre drogas*. Plan nacional sobre drogas. Normativa de Ámbito Autonómico: Índice Cronológico. Gobierno de España: (3), 77. Disponible en:
http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/legislacion/docs/LA_CRONO.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad (2019). *Legislación Española sobre drogas*. Plan nacional sobre drogas. Normativa de Ámbito Nacional: Índice cronológico. Gobierno de España: (1), 20. Disponible en:
http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/legislacion/docs/LE_CRONO.pdf

Ministerio de Sanidad, consumo y bienestar social. *Plan Nacional sobre Drogas (2017): Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES, 1995-2017)*. Madrid:

“El papel del trabajador social en materia de drogodependencias”

Gobierno de España. Disponible en:

http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES_2017_Informe.pdf