



TRABAJO FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL

“EL PAPEL DEL TRABAJADOR/A SOCIAL EN EL ÁMBITO DE LA DROGODEPENDENCIA”

Autora:

Laura Rodríguez Romero

Tutoras:

María Jesús Irurtia Muñiz y Elena Betegón Blanca

**FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID
CURSO 2019 – 2020**

FECHA DE ENTREGA: 15 DE JUNIO DE 2020.

INDICE

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE	4
2. INTRODUCCIÓN	4
3. MARCO TEÓRICO.....	6
4. CAPITULO 1: DROGODEPENDENCIA.....	8
4.1. Conceptos	8
4.2. Tipos de drogas y efectos	10
4.3. Tipos de consumo	17
4.4. Factores de riesgo	18
4.5. Causas del consumo.....	23
4.6. Consecuencias del consumo	24
5. CAPITULO 2: ROL DEL TRABAJADOR/A SOCIAL	26
5.1. Prevención	26
5.2. Legislación.....	28
5.3. Plan Nacional sobre Drogas	29
5.4. Intervención del trabajador/a social	30
5.4.1. Trabajo social e intervención.....	30
5.4.2. Niveles de actuación.....	31
5.4.3. Fases, funciones y áreas de intervención.....	32
5.4.4. Protocolo de intervención desde el Trabajo Social.....	38
6. METODOLOGIA.....	42
7. RESULTADOS	43
8. CONCLUSIONES	46
9. REFERENCIAS.....	49
10. Anexos	52
10.1. Entrevista.....	52

10.2. Respuestas de las Trabajadoras Sociales 53

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. *Clasificación según su efecto en el SNC: los depresores.....10-11*

Tabla 2. *Clasificación según su efecto en el SNC: los estimulantes.....11-12*

Tabla 3. *Clasificación según su efecto en el SNC: los alucinógenos.....12-13*

Tabla 4. *Tipos de prevención según la conceptualización clásica y actual.....26-27*

INDICE DE SIGLAS

BOE: Boletín Oficial del Estado

CAD: Centro de atención Ambulatoria en Drogodependencias

CEAS: Centro de Acción Social

NIDA: National Institute on Drug Abuse

OMS: Organización Mundial de la Salud

PNSD: Plan Nacional sobre Drogas

PPI: Programa Personalizado de Intervención

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Resumen: El problema de las drogas, viene acaeciendo desde tiempos inmemorables, arrastrando consigo numerosas problemáticas que produce su consumo. Es por ello, que tanto las Instituciones públicas como privadas en materia de drogodependencia, juegan un papel clave tanto en la prevención como en la intervención con personas drogodependientes. En este trabajo se muestran los aspectos fundamentales en materia de drogodependencia, así como la labor que realiza el/la Trabajador/a Social en este ámbito mediante la intervención, para que los futuros Trabajadores/as Sociales, obtengan conocimientos en materia de drogas y aprendan como intervenir con este tipo de colectivo.

Palabras clave: Consumo, droga, drogodependencia, intervención, Trabajador/a Social.

2. INTRODUCCIÓN

“La drogodependencia viene considerándose desde la década de los años setenta como una autentica epidemia y como uno de los más graves problemas socio-sanitarios, debido al coste que representa en términos de vidas.” (Martin y Lorenzo, 1998, p. 2).

La heroína fue una de las principales drogas que tuvo su mayor impacto durante esa época y que causó además de miles de muertes, numerosas enfermedades contagiosas a causa de su consumo.

Según el estudio de investigación realizado, la implantación de las políticas de prevención del consumo de drogas y la intervención de las instituciones públicas y las entidades privadas que garantizan el tratamiento de las personas consumidoras, no son suficientes para paliar los consumos y las consecuencias que trae consigo esta problemática, pero si que se ha observado un gran descenso del consumo.

“Las drogodependencias son consideradas como un objeto propio del ámbito disciplinar y profesional del Trabajo Social, ya que en la intervención sobre ellas desempeña un papel de suma importancia el cambio social.” (Mayor, 1995).

El presente trabajo se realiza con la finalidad de conocer el papel desempeñado por el/la trabajador/a social en el ámbito de la drogodependencia en la provincia de

Valladolid, para que los futuros Trabajadores y Trabajadoras sociales, puedan hacer frente a las situaciones que se les presenten en su vida diaria con personas drogodependientes, así como llevar a cabo una intervención eficiente y de calidad.

Dicho trabajo se estructura en dos partes, por un lado, propone una revisión bibliográfica sobre la drogodependencia y la intervención de los Trabajadores Sociales en la misma y por otro lado, realiza un trabajo de investigación en cuanto a la actuación que realizan los/las Trabajadores/as Sociales en las organizaciones de la provincia de Valladolid.

En el capítulo 1 se realiza una conceptualización sobre los términos relacionados con la drogodependencia, así como se elabora una clasificación sobre los tipos de drogas y sus efectos. A continuación, se profundiza tanto en los factores del consumo como en sus causas y consecuencias. El fin de este capítulo es adquirir conocimiento en materia de drogas.

En el capítulo 2 se desarrollan los aspectos fundamentales para conocer cuál es el rol del Trabajador/a Social. Se hará hincapié en la prevención y se explicará la legislación que debe de conocer el Trabajador/a Social así como el Plan Nacional sobre Drogas, finalizando con la intervención del Trabajador/a Social, que a su vez se divide en cuatro subcapítulos en los que se explicará como interviene el/la Trabajador/a Social con personas drogodependientes, los niveles de actuación que existen para intervenir, las fases, funciones y áreas de intervención y como se desarrolla el protocolo de intervención desde el Trabajo Social.

Finalmente, mediante la implementación de la metodología cualitativa, a través de entrevistas semiestructuradas, realizadas a las Trabajadoras Sociales de dos organizaciones de la provincia de Valladolid, se analizarán los resultados hallados en éstas, con el objetivo de conocer el papel desempeñado por el Trabajador/a Social en el ámbito de la drogodependencia en la provincia de Valladolid a través de sus experiencias y con ello poder contribuir a través de los procedimientos de intervención realizados, a un mejor conocimiento de la intervención en materia de drogas.

3. MARCO TEÓRICO

El Trabajo Social desempeña una parte fundamental en el ámbito relacionado con la drogodependencia, ya que permite analizar el origen, la evolución, la conducta y las consecuencias que la drogodependencia genera en la persona consumidora, así como su entorno y desarrollo.

En el presente trabajo se pretende realizar una revisión en lo referente a la relación existente entre la drogodependencia y la directa relación de esta con el ámbito del Trabajo Social.

He decidido realizar este trabajo sobre la drogodependencia, porque es uno de los ámbitos a los que nos enfrentamos los trabajadores/as sociales en muchas ocasiones con personas que acuden a nuestro lugar de trabajo en busca de ayuda. También es importante conocer este tipo de colectivo, porque no existe gran concienciación sobre el tema, ya que, en algunas materias como sectores de intervención, hemos recibido información, pero no hemos profundizado lo suficiente como para llevar a cabo una intervención o tener la información necesaria para ello. Además, este colectivo, se enfrenta a numerosos problemas que conlleva la drogodependencia, que requieren una intervención eficaz por parte de los trabajadores/as sociales.

Este trabajo es muy importante para además de profundizar conocimientos a base de información, saber cómo se tiene que llevar a cabo una intervención social y saber cuál es el papel de un trabajador/a social en este ámbito. Dicho trabajo, estará destinado a futuros trabajadores/as sociales que estén interesados en este ámbito y puedan llevar a cabo una buena intervención con personas drogodependientes.

El objetivo general es conocer el papel desempeñado por el trabajador/a social en el ámbito de la drogodependencia en la provincia de Valladolid.

Los objetivos específicos son:

- Conocer los pasos más adecuados en la intervención con personas drogodependientes, para los futuros/as trabajadores/as sociales de las distintas organizaciones de la provincia de Valladolid.
- Analizar los datos que nos puedan ofrecer los trabajadores/as sociales en este ámbito de intervención.
- Adquirir conocimientos en materia de drogas.

La hipótesis que se relaciona con el objetivo general es que mediante la intervención social y los programas que se realizan a través de las organizaciones dirigidas a personas drogodependientes, se han disminuido los casos de drogodependencia que llegan a los distintos lugares de trabajo de los trabajadores/as sociales.

La hipótesis que se relaciona con el primer objetivo específico es que la intervención a través de la entrevista personal tanto con la persona como con la familia, el informe y el diagnóstico social, hace que el Trabajador/a Social pueda realizar un seguimiento detallado del caso y su evolución, para que la persona consiga salir de la situación, acercándose a la rehabilitación.

La hipótesis que se relaciona con el segundo objetivo específico es que las intervenciones en materia de drogodependencia realizadas por los Trabajadores/as sociales mejoran el funcionamiento y el desarrollo de las organizaciones.

La hipótesis que se relaciona con el tercer objetivo específico es que, a mayor información y conocimiento sobre las drogas y sus efectos, se incrementan las tasas de éxito en las intervenciones con personas drogodependientes.

Las competencias, basadas en el grado de Trabajo Social de la Universidad de Valladolid y aplicándolas a la materia de drogodependencia son las siguientes:

La competencia principal en materia de drogodependencia es apoyar a las personas que se encuentran en una situación vulnerable por problemas de drogodependencia.

Dentro de esta competencia, cabe destacar tres competencias específicas:

- Coordinarse de manera conjunta con otros profesionales para valorar las necesidades de la persona y crear una intervención para desarrollar su proyecto de vida.
- A su vez, el establecimiento de una buena práctica profesional en aquellas situaciones que entrañan riesgo para las personas drogodependientes puede permitir que las dificultades y obstáculos que aparezcan en el procedimiento sean más sencillos de solventar.
- En relación con las redes de apoyo para personas en situación de drogodependencia, la coordinación interprofesional, el conocimiento de la

materia específica, así como la buena práctica profesional, pueden crear mayores redes de apoyo a las personas drogodependientes.

4. CAPITULO 1: DROGODEPENDENCIA

4.1. Conceptos

Los conceptos que se encuentran en literatura sobre drogodependencia son muy variados, por ello, es necesario definir una serie de términos para poder entender la drogodependencia.

La drogodependencia fue definida, como tal, por primera vez por la OMS en 1964 como estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética y caracterizada por: 1) deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio; 2) tendencia a incrementar la dosis; 3) dependencia física y, generalmente, psicológica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga; 4) efectos nocivos para el individuo y para la sociedad. (Martin y Lorenzo, 1998, p. 5)

El concepto de droga ha aparecido a lo largo del tiempo, definido de diferentes maneras, es importante, distinguir el concepto de “droga” con el de “sustancia psicoactiva”.

El concepto de droga fue definido por la OMS en 1982 como:

“Toda sustancia de uso no médico con efectos psicoactivos que, introducida en un organismo vivo, es capaz de producir cambios en la percepción, en el estado de ánimo, en la conciencia y el comportamiento y susceptibles de ser auto-determinada.” (OMS, 1982, citado en Osuna, 2005, párr. 13)

La OMS define sustancia psicoactiva como:

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. “Psicoactivo” no implica necesariamente que produzca dependencia sin embargo en el lenguaje corriente, esta característica está

implícita, en las expresiones “consumo de drogas” o “abuso de sustancias” (OMS, 1994, p. 60).

Una vez definidos estos conceptos, podríamos entender por dependencia hacia una droga, el estado de necesidad que adquiere un individuo hacia la misma. Existen dos tipos de dependencia: física y psicológica.

Martin y Lorenzo (1998) definen dependencia física como: “Un estado caracterizado por la necesidad de mantener unos niveles determinados de una droga en el organismo, desarrollándose un vínculo droga-organismo.” (p. 9).

La dependencia psicológica es el deseo irresistible (estado de ansia o anhelo: [craving]) de repetir la administración de una droga para a) obtener la vivencia de sus efectos agradables, placenteros y/o evasivos (sedación, euforia, alucinaciones) y/o b) evitar el malestar que se siente con su ausencia. (Martin y Lorenzo, 1998, p. 11).

(Caudevilla, 2007) indica que la dependencia física se relaciona con el síndrome de abstinencia mientras que la dependencia psicológica se relaciona con el fenómeno de craving. (p. 5)

El síndrome de abstinencia es “el conjunto de signos y síntomas que aparecen al cesar bruscamente el consumo de una sustancia, y que desaparece al volverla a consumir.” (Caudevilla, 2007, p. 5).

Con relación a la drogodependencia, es necesario definir el concepto de tolerancia a las drogas.

La OMS define tolerancia como:

Disminución de la respuesta a una dosis concreta de una droga o un medicamento que se produce con el uso continuado. Se necesitan dosis más altas de alcohol o de otras sustancias para conseguir los efectos que se obtenían al principio con dosis más bajas. [...] (OMS, 1994, p.62).

Por lo tanto, la tolerancia se basa en que para conseguir el mismo efecto que al principio, de la consumición de la droga, se necesita una mayor cantidad de esa misma droga.

4.2. Tipos de drogas y efectos

Existen diferentes tipos de clasificaciones de las drogas, según diferentes autores.

Caudevilla (2007) realiza una clasificación de las drogas:

- Según su status legal: pueden ser drogas legales e ilegales.
- Según su origen: pueden distinguirse drogas naturales (aquellas que aparecen de forma espontánea en la naturaleza) de drogas sintéticas (aquellas que requieren procesos físicos o químicos).
- Según diferentes autores: distinguen drogas duras (aquellas que son más peligrosas para la salud) de drogas blandas (aquellas que son menos peligrosas para la salud).
- Según el impacto que tengan en el SNC: por un lado, encontramos los estimulantes (activan o aceleran el SNC). Por otro lado, están los depresores (disminuyen el grado de actividad o funcionamiento del SNC) y por último los psicodélicos, que producen alteraciones perceptivas, también llamados alucinógenos.

Para una mejor aclaración, se clasificarán las drogas según el impacto que tienen en el SNC, distinguiendo entre depresores (Tabla 1.), estimulantes (Tabla 2.) y alucinógenos (Tabla 3.) para que permitan una mejor visualización y percepción de las mismas. La elaboración de las tablas es propia, basado en los contenidos registrados por el NIDA (2018).

Tabla 1.

Clasificación según su efecto en el SNC: los depresores

DEPRESORES		
CATEGORIA	EJEMPLOS	FORMA DE ADMINISTRACIÓN
Cannabis	<ul style="list-style-type: none">• Marihuana• Hashish	Fumado y en algunas ocasiones mediante alimentos vía oral.

Cannabinoides sintéticos	<ul style="list-style-type: none"> • K2 • Spice • Mamba negra 	Fumado y vía oral
Alcohol	<ul style="list-style-type: none"> • Tequila • Cerveza • Licores 	Bebido
Tranquilizantes/hipnóticos/sedantes	<ul style="list-style-type: none"> • Barbitúricos: (pentobarbital) • Benzodiacepinas: (diazepam, alprazolam) • Medicina para insomnio: zolpidem 	Vía oral
GHB	(Gamma Hidroxibutirato)	Vía oral a menudo combinado con alcohol
Opiáceos	<ul style="list-style-type: none"> • Heroína • Escopolamina (burundanga) • Codeína • Morfina • Metadona • Fentanilo 	Inyectado, fumado, inhalado, vía oral..
Inhalantes	<ul style="list-style-type: none"> • Pegamento • Gasolina • Aerosoles • Gases 	Inhalado

Nota: Elaboración propia basado en datos del NIDA (2018).

Tabla 2.

Clasificación según su efecto en el SNC: los estimulantes

ESTIMULANTES			
CATEGORIA	EJEMPLOS	FORMA DE ADMINISTRACIÓN	DE
Cocaína	<ul style="list-style-type: none"> • Cocaína • Crack 	Inhalada, fumada, inyectada	
Anfetaminas	<ul style="list-style-type: none"> • Speed • Goey • Elevadores 	Vía oral	
Metanfetaminas	<ul style="list-style-type: none"> • Cristal • Azul • Hielo 	Vía oral, inyectado, inhalado	
Éxtasis	(MDMA)	Vía oral	
Tabaco	<ul style="list-style-type: none"> • Nicotina 	Fumado, vaporizado	masticado,
Xantinas	<ul style="list-style-type: none"> • Cafeína • Teína • Teobromina 	Vía oral	

Nota: Elaboración propia basado en datos del NIDA (2018).

Tabla 3.

Clasificación según su efecto en el SNC: los alucinógenos

ALUCINOGENOS			
CATEGORIA	EJEMPLOS	FORMA DE ADMINISTRACIÓN	DE
Alucinógenos clásicos	<ul style="list-style-type: none"> • LSD • Hayahuasca • Hongos/setas • Psilocibina • Peyote (mescalina) 	Vía oral	

	<ul style="list-style-type: none">• 251-Nbome
Medicamentos disociativos	<ul style="list-style-type: none">• PNP Fenciclidina Vía oral, inyectado o• Ketamina inhalado• Salvia

Nota: Elaboración propia basado en datos del NIDA (2018).

Para describir los efectos que tiene cada droga, se hará mediante los grupos por los que se han clasificado y a su vez por cada categoría.

Según el NIDA (2018), Los depresores, retardan el funcionamiento del SNC, produciendo una alteración de la concentración. Producen relajación, sensación de bienestar y sedación. Dentro del grupo de los depresores, se van a describir los efectos que produce cada tipo de droga que propone el NIDA (2018).

- **Cannabis:** es una droga elaborada a partir de la planta Cannabis sativa, de la cual se elaboran las drogas llamadas marihuana y hashish. Algunos de los efectos más comunes a corto plazo que produce el cannabis son: euforia seguida de somnolencia, relajación, tiempo de reacción lento, problemas de equilibrio y memoria, dificultad para pensar, aumento del ritmo cardiaco y tensión arterial, aumento de apetito, ansiedad y desinhibición entre otros. A largo plazo puede conllevar a problemas de salud mental como psicosis o esquizofrenia, tos crónica, problemas respiratorios, trastornos emocionales, enfermedades pulmonares y alteraciones de ritmo cardiaco.
- **Cannabinoides sintéticos:** este tipo de droga se obtiene a través de mezclas de hierba que contienen productos químicos artificiales más peligrosos que el cannabis. Los cannabinoides sintéticos producen un aumento del ritmo cardiaco y de la presión arterial, vómitos, confusión, alucinaciones, ansiedad y paranoia.
- **Alcohol:** es una droga que inhibe las funciones cerebrales, cuyo componente básico de todas las bebidas alcohólicas es el etanol, con diferente concentración dependiendo de su proceso de elaboración. Aunque los efectos que produce el alcohol varían según cada persona, dependiendo de cuanto bebas, con qué frecuencia, la edad, el estado de salud... se pueden reflejar algunos efectos comunes como son el cambio de ánimo y de comportamiento,

alta presión sanguínea, debilitación del sistema inmunitario, puede presentar efectos desde euforia hasta depresión dependiendo de cuanto alcohol se ingiera. Algunos de los efectos a largo plazo, pueden ser cirrosis, fibrosis, cáncer de hígado etc...

- **Tranquilizantes, hipnóticos y sedantes:** este tipo de drogas se caracterizan porque suelen ser píldoras, capsulas o líquidos que producen somnolencia, dificultad para hablar, poca concentración, mareos, problemas de memoria, baja presión arterial y respiración lenta.
- **GHB, (Gamma hidroxibutirato):** es conocido también con el nombre de “éxtasis líquido” aunque no tiene nada que ver con el éxtasis. Los efectos que produce el GHB son inicialmente euforia y sensación de bienestar, sin embargo, minutos después puede aparecer la somnolencia. Otros efectos que puede ocasionar son las náuseas, pérdida de memoria, confusión, disminución de la respiración, de la temperatura y del ritmo cardiaco. Puede llegar a producir convulsiones, coma y la muerte.
- **Opiáceos:** los opiáceos provienen del opio. Son sustancias que imitan la actividad de las endorfinas que produce el organismo para disminuir el dolor. Dentro de esta categoría, la droga más conocida es la heroína. La heroína se elabora a través de morfina. A corto plazo, la heroína tiene efectos de euforia, náuseas, disminución del ritmo cardiaco y respiración lenta. A largo plazo, puede llegar a producir que las venas se colapsen, infecciones, estreñimiento y calambres estomacales, enfermedad hepática o renal y neumonía entre otros. Dentro de la categoría de los opiáceos, además de la heroína, se destaca la escopolamina (burundanga), la codeína, la morfina, la metadona y el fentanilo. Todas ellas, a corto plazo producen alivio del dolor, somnolencia, náuseas, estreñimiento y euforia. A largo plazo pueden producir mayor riesgo de sobredosis, pudiendo provocar la muerte.
- **Inhalantes:** se usa esta droga para referirse a disolventes, aerosoles, gases, gasolina, pegamento etc. Los efectos que producen a corto plazo pueden ser desde euforia hasta somnolencia, confusión, náuseas y mareos, dificultad para hablar y para coordinarse, desinhibición, aturdimiento, alucinaciones. A largo plazo pueden causar daño hepático y renal, daños en la médula ósea, daños

cerebrales, problemas de pensamiento, movimiento, visión y audición. Los inhalantes pueden causar convulsiones, coma y la muerte, ya sea por asfixia, por insuficiencia cardíaca u otros.

Asimismo, el NIDA (2018), indica que los estimulantes, aceleran el funcionamiento del SNC produciendo euforia, desinhibición, agresión, disminución del sueño, excitación e inquietud. Dentro del grupo de los estimulantes se van a describir los efectos que produce cada tipo de droga que propone el NIDA (2018).

- **Cocaína:** es una droga potentemente adictiva y peligrosa que proviene de las hojas de la planta de la coca. Los efectos a corto plazo son: euforia, aumento de energía, inquietud, aumento de la temperatura, del ritmo cardíaco y de la presión arterial, contracción de los vasos sanguíneos, pupilas dilatadas, dolor de cabeza, disminución del apetito, náuseas, agresividad, paranoia, psicosis. A largo plazo se puede perder el sentido del olfato, puede producir hemorragias y daños nasales, infecciones, puede provocar la muerte.
- **Anfetaminas:** son drogas que aumentan el estado de alerta, la atención y la energía. Los efectos a corto plazo que producen las anfetaminas son: aumento del ritmo cardíaco, vasos sanguíneos estrechos, pueden producir convulsiones. A largo plazo puede conllevar problemas cardíacos, psicosis, ira o paranoia.
- **Metanfetaminas:** es una droga extremadamente adictiva que provoca un aumento de la respiración y de la actividad física, disminución de apetito, aumento del ritmo cardíaco y de la presión arterial. A largo plazo provoca ansiedad, confusión, insomnio, agresividad, paranoia, alucinaciones y problemas dentales.
- **Éxtasis (MDMA):** es una droga sintética que puede provocar inhibición, aumento del ritmo cardíaco y de la temperatura, tensión muscular, náuseas, debilidad, escalofríos o sudoración, incremento de la autoestima, euforia, inquietud, confusión, deshidratación, insuficiencia renal o la muerte. A largo plazo puede producir depresión, problemas de atención y memoria, somnolencia y aumento de ansiedad.
- **Tabaco:** es una droga estimulante procedente de una planta. Uno de sus componentes, la nicotina, tiene una potente adicción, la cual genera

dependencia. A corto plazo, el tabaco provoca aumento del ritmo cardiaco, aumento de la respiración y de la presión arterial, sequedad de boca, aumento de la tos y pérdida de apetito. A largo plazo puede provocar un mayor riesgo de cáncer de pulmón, bronquitis crónica, enfermedades de corazón y de pulmones.

- **Xantinas:** son un conjunto de sustancias con propiedades estimulantes. Dentro del grupo de las xantinas, destacan la cafeína, la teína y la teobromina. A corto plazo provocan efectos como euforia, aumento de atención y concentración, aumento del ritmo cardiaco, disminución de fatiga, disminución del apetito. A largo plazo pueden aparecer trastornos gastrointestinales y cardiacos, dolores de cabeza y mayor nerviosismo.

De la misma manera, el NIDA (2018) señala que los alucinógenos, producen alteraciones perceptivas y distorsiones, pudiendo alterar el funcionamiento del cerebro, los pensamientos y el estado de ánimo. Los alucinógenos se pueden clasificar en alucinógenos clásicos y medicamentos disociativos. Dentro del grupo de los alucinógenos, se van a describir los efectos que produce cada tipo de droga que propone el NIDA (2018).

- **Alucinógenos clásicos:** son sustancias que causan distorsiones en las percepciones de la realidad de quien las consume. Los efectos que provoca una de las drogas más comunes en esta categoría, como es el LSD, son: alucinaciones, aumento de la temperatura, la presión arterial y el ritmo cardiaco, mareos e insomnio, pérdida de apetito, sequedad de boca, sudoración, debilidad, temblores, impulsividad y cambios emocionales rápidos. A corto plazo, los alucinógenos clásicos producen alucinaciones como ver, oír, tocar u oler cosas distorsionadas o que no existen, producen sentimientos intensos y cambios en el sentido y percepción del tiempo, energía, náuseas y mayor ritmo cardiaco. A largo plazo pueden producir psicosis, alteraciones visuales, pensamiento desorganizado, paranoia, alteraciones en el estado del ánimo y trastornos de percepción persistente de alucinógenos.
- **Medicamentos disociativos:** son sustancias que fueron inicialmente desarrolladas como anestésico general de cirugía. Los efectos de las drogas disociativas pueden variar según la cantidad de medicamento que se consume.

Pueden producir distorsiones visuales y auditivas, alucinaciones, sensación de flotación, ansiedad, pérdida de memoria, temblores, entumecimiento del cuerpo, angustia física y psicológica, pueden causar la muerte.

4.3. Tipos de consumo

Martin y Lorenzo (1998, pp. 16-17) señalan una clasificación sobre los tipos de consumo de drogas que se dividen en:

- Consumo Experimental: es un consumo que existe durante un corto periodo de tiempo. La droga puede ser probada una vez o varias, pero ya no se vuelve a consumir. Los motivos pueden ser: la curiosidad, el sentirse adulto, el sentirse parte de un grupo etc.,
- Consumo Ocasional: es un consumo de tipo intermitente y las cantidades del consumo pueden ser importantes, la principal motivación es la integración grupal. Pueden adoptarse otros propósitos como el deseo de obtención de un mayor rendimiento deportivo, académico, resistencia física, goce sexual etc., El consumo ocasional se caracteriza porque para la persona no es ningún inconveniente cual es el tipo de droga que prefiere consumir y en qué lugar quiere consumirla. Puede aumentar el peligro de desarrollar una drogodependencia si estas sustancias se consumen con frecuencia.
- Consumo Habitual: este tipo de consumo se da a diario, y realiza un doble propósito. Uno es aliviar el malestar psicorgánico que tiene la persona, y otro es mantener el rendimiento. Aunque las alteraciones de comportamiento son menores, la persona tiende a dedicar gran parte de su tiempo en pensar en la droga o buscarla para consumirla.
- Consumo Compulsivo: se trata de un consumo muy intenso que se produce varias veces a lo largo del día. Este consumo puede dar lugar a consecuencias relacionadas con la pérdida de trabajo, las rupturas afectivas, el vagabundeo, los actos delictivos etc., El consumidor puede llegar a no saber enfrentarse a sus problemas básicos de la vida diaria. Este tipo de consumo se realiza aisladamente y tiende a aliviar los síntomas de abstinencia que pueden aparecer al dejar de consumir la droga.

4.4. Factores de riesgo

“Se entiende por factor de riesgo «un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)»” (Clayton, 1992 citado en Becoña, 2002, p. 106.)

Madrid salud (s.f, pp. 4-13) clasifica los factores de riesgo del consumo de drogas en relación con:

- La propia sustancia
- Las características del individuo
- El contexto social
- Los factores microsociales: son los agentes que tienen influencia social especialmente intensa de personas o grupos que forman parte del entorno social más próximo (ambiente microsocio).
- Los factores macrosociales: macrosociales son determinantes de carácter socioestructural y se relacionan con las características culturales o sociales del contexto general en el consumo de drogas.

La sustancia en si misma no es un elemento fundamental; adquiere importancia en la medida en que cumple determinada función para el usuario de la misma y en el marco de un contexto que le otorga un significado concreto. No obstante, la composición química y la capacidad adictiva de algunas sustancias, hace que su consumo entrañe un riesgo. (Madrid Salud, s.f, p. 4)

Según Madrid Salud (s.f, pp. 5-8) Los factores de riesgo relacionados a las características del individuo son los siguientes:

- Edad: en algunas etapas como puede ser la adolescencia, pueden aumentar los riesgos de inicio del consumo de drogas.
- Baja autoestima: tiene una gran influencia en el consumo de drogas, porque es uno de los aspectos que más se daña según avanza el proceso de adicción y que necesita una gran atención durante la drogodependencia.

- Baja asertividad: si una persona no es capaz de mantener sus propias opiniones o de actuar según su forma de ser, es probable que no tenga las habilidades adecuadas para enfrentarse a las personas que le ofrecen una droga.
- Elevada búsqueda de sensaciones: caracterizada por una tendencia a experimentar nuevas e intensas sensaciones, sin darse cuenta de los riesgos que trae consigo.
- Lugar de control extremo: definida como una variable de la personalidad, en la cual las personas sitúan la causa de los sucesos que les ocurren, oscilando desde un lugar de control bastante externo, por ejemplo, consideran que las causas están externas a ellos mismos, en factores como la suerte, la sociedad etc. hasta un lugar interno como la inteligencia o el esfuerzo.
- Falta de conformidad con las normas sociales: numerosas conductas se intentan regular por la sociedad, como el consumo de drogas. Las personas transgreden las normas que regulan las sociedades, en este sentido, pueden verse sobrellevadas a consumir drogas por el propio hecho de incumplir las normas que impone la sociedad.
- Escasa tolerancia a la frustración: las personas que no son capaces de tolerar la frustración requieren la satisfacción inmediata de sus necesidades, así, las drogas pueden parecerles un medio más rápido o útil para conseguir el placer inmediato que buscan, ya que el que pueden lograr por otros medios es más difícil.
- Elevada necesidad de aprobación social: durante el proceso de socialización se aprende que la aprobación de las demás personas es uno de los refuerzos más importantes. Algunos individuos tienen mayor necesidad de obtener aprobación social y puede conllevar a una situación de extrema dependencia hacia su grupo, porque para conseguir la aprobación social, llevará a cabo su conducta en función de los demás, todo ello lo realizará sin tener en cuenta si se trata de un comportamiento adecuado e ignorando los riesgos que pueda conllevar.
- Dificultad para el manejo del estrés: algunos de los efectos de las drogas producen sobre el sistema nervioso sensaciones de relajación o bienestar, por

ello, cuando se tengan dificultades para controlar la sensación de ansiedad, es posible que se acuda al consumo de las drogas

- Insatisfacción con el empleo de tiempo libre: el tiempo libre que se tiene es un gran facilitador del consumo de drogas, ya que el hecho de pasar tiempo sin hacer nada, puede aumentar las posibilidades de consumirlas.
- Bajo aprovechamiento escolar (en el caso de adolescentes): la explicación de la influencia que tiene una deficiente trayectoria escolar puede estar en la interrelación que esta actividad guarda con el desarrollo de las capacidades intelectuales de las personas.
- Falta de habilidades sociales: las habilidades sociales configuran patrones de conducta que se han adquirido a través de la experiencia, algunas tienen una relación directa con la posibilidad de llegar a consumir drogas, como la habilidad de decir “no”.
- Falta de conocimientos acerca de las drogas: independientemente de un menor o mayor conocimiento de los riesgos que se derivan del consumo de drogas influya por si mismo en el consumo, la carencia de información es un factor de riesgo, porque dificulta que se tomen decisiones responsables en cuanto al consumo.
- Expectativas positivas respecto a las consecuencias de las drogas: tener expectativas muy positivas del consumo como por ejemplo esperar que mejore su comportamiento social gracias a las drogas, se relaciona con un mayor consumo de drogas.
- Falta de habilidades para tomar decisiones o resolver problemas: la toma de decisiones y la resolución de problemas, son procesos que pueden aprenderse, pero si una persona no aprende estas habilidades, la dificultad de resolver un problema puede acarrear una situación de malestar y una incapacidad en la que puede resultar más difícil resolver el problema. Las personas que en algún momento de su vida deban decidir si consumir drogas o no, se puede valorar el riesgo de que una persona no sea capaz de tomar decisiones adecuadas. También la ansiedad producida por no tener la habilidad para saber elegir la opción correcta o por la incapacidad para resolver problemas, puede conllevar a recurrir a las drogas.

- Actitudes favorables hacia las drogas: si las personas tienen actitudes favorables respecto al consumo de drogas, predispone favorablemente a la persona para que las consuma.
- Confusión con el sistema de valores: algunos valores como el éxito, el dinero o el poder pueden tener algún tipo de relación con el consumo de algunas drogas como por ejemplo la cocaína, mientras que valores como la búsqueda del placer o la diversión conllevan al consumo de otro tipo de drogas como la heroína, el alcohol y la marihuana.

En cuanto a los factores de riesgo relacionados con el contexto social, hay que tener en cuenta que el contacto con los demás es muy importante ya que los individuos aprenden las conductas no solo mediante la observación de las personas que actúan como modelos, sino también, a través del refuerzo que obtienen de los demás cuando aprueban el comportamiento realizado. El consumo de drogas no es distinto a otras conductas, está influido por diferentes procesos sociales que se establecen en los distintos ámbitos en los que una persona se relaciona con el resto de las personas como la familia, el trabajo o el grupo de amigos. Las influencias sociales que afectan al consumo de drogas tienden a ir más allá del ambiente inmediato, ya que las podemos ver reflejadas en fenómenos generales propios de sociedades más avanzadas como por ejemplo en la publicidad. (Madrid Salud, s.f, p. 9)

Los factores de riesgo microsociales: tienen en cuenta que los individuos se desenvuelven en diferentes ambientes, en los que se mantienen interacciones personales intensas y tienen una gran capacidad de influencia en la conducta de las personas. Dentro de los factores microsociales destacan los siguientes: (Madrid Salud, s.f, p. 9)

- Relacionados con el ámbito familiar:
 - Baja cohesión familiar
 - Clima afectivo inadecuado
 - Estilo educativo familiar
 - Consumo de drogas en el ámbito familiar
- Relacionados con el ámbito escolar:

- Falta de integración escolar
- Consumo de drogas en el medio escolar
- Relacionados con el grupo de iguales:
 - Consumo de drogas
- Relacionados con el ámbito laboral:
 - Organización del proceso productivo
 - Puesto de trabajo
 - Ambiente laboral

Los factores de riesgo macrosociales se relacionan con las características sociales o culturales del contexto social. Entre los factores de riesgo macrosociales destaca: (Madrid Salud, s.f, pp. 12-13)

- La disponibilidad de las drogas: tiene gran influencia en el consumo de las mismas, ya que cuanto mayor es la cantidad de drogas disponibles en el mercado, mayor es el número de consumidores y las cantidades consumidas. Algunos factores como el precio de las drogas y su regulación legal tienen mayor influencia en su consumo.
- Las actitudes sociales tolerantes hacia el consumo de determinadas sustancias: la sociedad tiene una postura confusa en cuanto a la producción y el consumo de drogas legales. Este consumo está incorporado a nuestra forma de vida, por lo que dificulta la toma de conciencia respecto a los riesgos derivados del consumo de drogas y en conjunto la sociedad se muestra tolerante con algunas prácticas insalubres.
- El sistema colectivo de valores: pueden facilitar el consumo de drogas algunos valores que comparten las sociedades modernas, como el dinero el poder o el éxito, que pueden conllevar a consumir determinadas drogas porque su consumo se ha convertido en un signo de pertenencia a un grupo social. El escepticismo y el hedonismo, puede llevar a la búsqueda de satisfacciones inmediatas que necesitan poco esfuerzo, aunque tengan riesgos. El individualismo y la falta de solidaridad pueden llevar al alejamiento de intereses sociales porque prefieren centrarse a través de las drogas en la búsqueda del placer individual.

- La falta de recursos o facilidades para el empleo saludable del tiempo libre: la carencia de alternativas para pasar el tiempo libre hace difícil disfrutar del tiempo de ocio de una forma saludable y positiva, por lo que las opciones se limitan al consumo de drogas.
- La planificación urbanística: el hacinamiento en barrios muy poblados, la acumulación de viviendas sociales, clases desfavorecidas o marginadas, pueden contribuir a generar un ambiente inadecuado que hace difícil la convivencia y que facilita la propagación de conductas inadaptadas como la violencia o el consumo de drogas.
- La publicidad de drogas legales: el desarrollo de estrategias publicitarias lleva a las personas a asociar sus inquietudes con el consumo de drogas. No solo hay que tener en cuenta la influencia de la publicidad directa, sino también las estrategias indirectas como la presencia de las drogas en las series televisivas.
- El inadecuado discurso social: gran parte de la población comparte contenidos referentes a las drogas que genera un discurso, el cual la sociedad acepta favoreciendo así el consumo de las mismas.

4.5. Causas del consumo

“Se ha considerado que muy diversos factores intervienen en la iniciación, el mantenimiento y la interrupción de la autoadministración de drogas causantes de dependencia” (OMS, 1975, p. 45)

La OMS (1975) indica que no ha podido demostrarse la existencia de una causa única, pero para explicar por qué se empieza a consumir drogas o porque se mantiene su consumo se han expuesto con mayor frecuencia los siguientes motivos o hipótesis.

Las personas que usan drogas causantes de dependencia parecen hacerlo por gran diversidad de razones, expresas o tal vez inconscientes, que varían de un momento a otro. Sin embargo, para que se inicie y continúe el consumo de drogas, con frecuencia aparecen uno o varios de los motivos siguientes. (p. 45)

- Satisfacer la curiosidad sobre los efectos de las drogas
- Adquirir la sensación de pertenecer a un grupo o de ser aceptado por otros
- Expresar independencia y a veces hostilidad

- Tener experiencias placenteras, nuevas, emocionantes o peligrosas
- Adquirir un estado superior de conocimiento de capacidad creadora
- Provocar una sensación de bienestar y tranquilidad
- Escapar de algo

Además de las causas que nos propone la OMS, otra institución como el NIDA (2018) señala que las razones por las cuales las personas consumen drogas son:

- Para sentirse bien. Las drogas pueden producir sensaciones intensas de placer. A esta euforia inicial le siguen otros efectos que varían según la droga que se consume. Por ejemplo, con estimulantes como la cocaína, después de la euforia siguen sensaciones de poder, autoconfianza y más energía. En contraste, a la euforia que causan los opioides como la heroína le siguen sensaciones de relajación y satisfacción.
- Para sentirse mejor. Algunas personas que sufren de ansiedad social, estrés y depresión comienzan a consumir drogas para intentar sentirse menos ansiosas. El estrés puede ser un factor importante para comenzar y continuar el consumo, y también influye en las recaídas (es decir, la vuelta al consumo de drogas) de los pacientes que se están recuperando de la adicción.
- Para desempeñarse mejor. Algunas personas sienten presión para mejorar su concentración en la escuela o el trabajo, o mejorar sus habilidades deportivas. Esto puede ser un factor en quien decide probar las drogas o continúa consumiéndolas, particularmente en el caso de estimulantes recetados o cocaína.
- Por curiosidad y presión social. En este sentido, los adolescentes en particular corren un mayor riesgo porque la presión de los compañeros puede ser muy fuerte. Los adolescentes son más propensos que los adultos a actuar en forma arriesgada o desafiante para impresionar a sus amigos y demostrar su independencia de los padres y las normas sociales.

4.6. Consecuencias del consumo

Existen diversas consecuencias que afectan al consumo de las drogas causando problemas en diferentes ámbitos:

Becoña (1999 citado en Ortiz, 2016, p. 13.) indica que las consecuencias más importantes son:

- De salud: ocasionados a través de producirse conductas de riesgo durante el consumo de drogas, o incluso después de este. Por ejemplo, el hecho de compartir la jeringuilla al autoadministrarse una droga o no usar preservativo en las relaciones sexuales. También son importantes enfermedades como la hepatitis, el SIDA, la desnutrición etc.,
- Escolares: desarrollados a través del deterioro intelectual que el consumo progresivo genera en la persona, así como un estado de dejadez en el cual, el consumidor puede tener un déficit en el rendimiento escolar.
- Económicas: surgidos por el gasto en sustancias para poder llegar a ellas. Cuando existe una gran dependencia hacia la droga, pueden perder cifras incalculables de dinero.
- Laborales: son problemas equivalentes a los problemas escolares pero reflejados en consumidores que mantienen una actividad laboral, afectando en este caso a su trabajo por no realizarle en las condiciones adecuadas.
- Legales: pueden ser a su vez consecuencia de los actos delictivos provocados por problemas económicos. El consumo está penado por ley, por lo que si una persona es detenida en posesión de drogas también conlleva consecuencias legales.

En cuanto a las consecuencias sociales y familiares, Sagñay (2012) en la revista médica del Instituto de neurociencias, señala que:

Los adictos a las drogas, con frecuencia se ven envueltos en agresiones, desorden público, conflictos raciales, marginación, etc. Cuando se comienza a necesitar más a las drogas que a las otras personas pueden arruinarse o destruirse las relaciones íntimas y perderse las amistades. Se suele dejar de participar en el mundo, abandonar metas y planes, dejar de crecer como persona, no intentar resolver constructivamente los problemas y recurrir a más drogas como “solución”.

El abuso de las drogas puede también perjudicar a otros, por ejemplo: el dinero con que son pagadas las drogas puede privar a la familia de satisfacciones vitales como comida o ropa. El discutir los problemas y situaciones de la adicción puede generar conflictos familiares. Las reacciones violentas a las

drogas pueden llevar al usuario a cometer asaltos e incluso asesinatos. (párr. 14)

5. CAPITULO 2: ROL DEL TRABAJADOR/A SOCIAL

5.1. Prevención

Las causas y factores de riesgo que llevan al consumo de drogas tienen una gran importancia, por ello es necesario prevenir de manera efectiva e intentar aplicar desde los medios y recursos que se disponen, una prevención capaz de evitar los daños que se puedan ocasionar. Por ello mismo es importante explicar en este apartado, la definición de prevención y los tipos de prevención que existen.

La prevención de drogodependencias se conoce como “un proceso activo de implementación de iniciativas tendentes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas.” (Martín, 1995, citado en Becoña, 2002, p. 66)

La prevención de drogodependencias se clasificaba en tres tipos: primaria, secundaria y terciaria, pero en los últimos años se pasa a diferenciarse en: universal, selectiva e indicada. A continuación, se presenta una tabla sobre estas clasificaciones según Becoña (2002).

Tabla 4.

Tipos de prevención según la conceptualización clásica y actual

CONCEPTUALIZACIÓN	TIPOS DE PREVENCIÓN	DEFINICIÓN
Clásica	Primaria	Se interviene antes de que surja el problema. Tiene como objetivo impedir el surgimiento del problema.
	Secundaria	El objetivo es localizar y tratar lo antes posible el problema cuya génesis no ha podido ser impedida con las medidas de prevención primaria.
	Terciaria	Se lleva a cabo una vez que el problema ha aparecido y

		su objetivo es evitar complicaciones y recaídas.
Actual	Universal	Es aquella que va dirigida a todo el grupo diana sin distinción.
	Selectiva	Es aquella que va dirigida a un subgrupo de la población diana que tienen un riesgo mayor de ser consumidores que el promedio de personas de esa edad. Se dirige, por tanto, a individuos de alto riesgo.
	Indicada	Es aquella que va dirigida a un subgrupo concreto de la comunidad, que suelen ser consumidores o que tienen problemas de comportamiento. Se dirige, por tanto, a individuos de alto riesgo.

Nota: Becoña, (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias.

Rodríguez, (2018) también diferencia otro tipo de clasificación según los ámbitos de intervención preventiva.

- **Ámbito escolar:** las acciones en el ámbito de la educación deben implicar a la comunidad (profesores, alumnos y padres). Los profesores tienen que contar con el apoyo de los profesionales que actúan sobre la prevención de drogas. Tiene que existir buen material preventivo. Cuando la familia y la comunidad apoyan los programas que se realizan adquieren un efecto positivo mayor que cuando solo se actúa desde el centro.
- **Ámbito familiar:** las actuaciones que se realizan sobre las familias fomentan las habilidades educativas y el fortalecimiento de vínculos familiares, conllevando a participar a los hijos/as en las actividades. Es primordial mejorar la entrada a las familias y conseguir ampliar su participación en los programas que se llevan

a cabo. La combinación de los programas dirigidos tanto a familias como a jóvenes incrementa los efectos positivos.

- **Ámbito laboral:** es necesario elaborar programas de intervención en este ámbito que prevengan el consumo de drogas. Los programas que se realizan deben ser eficaces y abordar la problemática acontecida por el consumo de drogas en los centros de trabajo. Para ello, se tiene que desarrollar la formación de mediadores, detección precoz y tratamiento de trabajadores con problemas de drogodependencia, desde una perspectiva rehabilitadora que no suponga la pérdida del empleo.
- **Otros ámbitos:** En el ámbito comunitario se tiene que fomentar los mensajes y normas de la comunidad contra la drogodependencia y motivar hacia modos de vida y alternativas de ocio y tiempo libre saludables. En el ámbito de la salud, se deben realizar las intervenciones encaminadas a una educación para la salud. En otros ámbitos las acciones preventivas deben tener en cuenta otros ámbitos de intervención como centros que reúnan población joven, centros penitenciarios o centros de protección de menores.

5.2. Legislación

Las actuaciones de los/las Trabajadores/as Sociales están encaminadas a resolver problemas sociales como es uno de ellos la drogodependencia. Para solucionar estas problemáticas lo hacen a través de un marco legislativo que deben cumplir, por ello es muy importante conocer la legislación, tanto en este ámbito, como en cualquier otro que desempeñe el Trabajo Social.

A continuación, se indica la legislación que se considera más importante de drogodependencia, en el ámbito estatal, autonómico, provincial y municipal.

- **Nivel estatal:**
 - Estrategia Nacional sobre adicciones 2017-2024, aprobada por acuerdo del consejo de ministros del día 9 de febrero de 2018. (Este acuerdo no ha sido publicado en el BOE)
- **Nivel autonómico:**

El papel del trabajador/a social en el ámbito de la drogodependencia.

- Ley 3/2007, de 7 de marzo, por la que se modifica la ley 3/1994, de 29 de marzo, de prevención, asistencia e integración social de drogodependientes en Castilla y León.
- 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).
- Nivel provincial:
 - VII Plan Provincial sobre Adicciones (2019-2021) que se desarrolla por la diputación de Valladolid, aprobado el 6 de marzo de 2019 por la Comisión de Igualdad de Oportunidades y Servicios Sociales.
- Nivel municipal:
 - V Plan Municipal sobre Drogas y otras Adicciones (2019-2023) aprobado el 2 de abril de 2019 por el Pleno Municipal.

5.3. Plan Nacional sobre Drogas

Es importante que los/las trabajadores/as sociales tengamos presente el PNSD, ya que además de recoger legislación en materia de drogodependencia, recaba información sobre el consumo de drogas.

El Ministerio del interior (2000) plantea el PNSD como una medida gubernamental creada en 1985 formada para coordinar y potenciar políticas en materia de drogas desde Administraciones Públicas y entidades sociales.

En cuanto a la situación actual de drogodependencias, se señalan a continuación las líneas de actuación:

- Fomentar una política de prevención que haga posible la disminución de la oferta y la demanda de drogas.
- Incentivar una red de centros para la rehabilitación de personas drogodependientes, promoviendo su incorporación a la vida social.
- Desarrollar las reformas legales que supongan un éxito en problemas relacionados con el consumo y tráfico de drogas.
- Coordinar conjunta y eficazmente la actuación de los organismos destinados al control de la oferta de drogas.

- Promover los programas y actividades de las instituciones autonómicas, locales y organizaciones no gubernamentales.
- Impulsar la responsabilidad y participación de los ciudadanos.

Asimismo, la Delegación del Gobierno realiza un documento donde se recogen las metas y objetivos que se pretenden alcanzar en las diferentes áreas de intervención del Plan. Surge así la Estrategia Nacional sobre Drogas, en la que se señalan diez características importantes a tener en cuenta:

1. Un plan participativo e integrador
2. Un plan global
3. Generalización de la prevención escolar
4. Prevención en el medio laboral
5. Normalización de la asistencia a los drogodependientes
6. Plena cobertura asistencial
7. Integración laboral de los drogodependientes
8. Investigación y formación
9. Observatorio español sobre drogas
10. Control de la oferta

5.4. Intervención del trabajador/a social

5.4.1. Trabajo social e intervención

La drogodependencia, forma parte de uno de los ámbitos de intervención a los que nos enfrentamos los/las trabajadores/as sociales en nuestra profesión.

Se puede considerar tal y como afirma Ander-Egg, (1992, citado en Mayor, 1995) que:

Las drogodependencias constituyen un objeto propio del Trabajo social, entendido éste como un campo interdisciplinar a través del que se desarrolla una acción social y se aplica una tecnología social para producir un cambio en el contexto social o en la interacción entre los sujetos y el contexto social. (pp. 213-214.)

Distintos autores como Losada, Márquez y Sebastián (1995) explican que

El Trabajo Social aborda el estudio e intervención de los problemas surgidos en la relación hombre/sociedad, en tanto en cuanto se producen desequilibrios o

desajustes entre el individuo y su entorno social, entre sus necesidades sociales y los recursos con los que cuenta para cubrirlas. (p. 125)

De esta manera, es determinante pensar que el Trabajo Social está implicado en la intervención con personas y con la sociedad, en tanto se produce algún tipo de desajuste en cuanto a sus necesidades.

Los tres mismos autores indican también que “la actuación del Trabajador Social debe impulsar que las personas, familias y grupos desarrollen las correctas respuestas emocionales, intelectuales y sociales necesarias para aprovechar sus recursos y superar sus limitaciones.” (p. 126)

Asimismo, afirma Mayor (1995) que el papel del trabajador social es fundamental y necesario para entender cómo se ocasionan y como se solucionan las drogodependencias e intervenir de una forma eficaz para poder eliminarlas.

5.4.2. Niveles de actuación

Es conveniente explicar que el sistema de Asistencia e Integración Social de la persona drogodependiente se estructura en tres niveles básicos de intervención, tal y como explica Rodríguez (2018, pp. 14-15)

- Primer nivel: se considera la puerta de entrada al nivel asistencial. Los recursos son más accesibles y las funciones que se llevan a cabo son la detección, la captación, la motivación y la derivación de las personas drogodependientes a otros recursos especializados para realizar un tratamiento o atención de las necesidades básicas sociales y sanitarias de la persona y su familia. Este nivel está constituido por los recursos de Atención Primaria de salud, los CEAS y recursos específicos desarrollados por asociaciones de ayuda y autoayuda y otras entidades.
- Segundo nivel: es el eje fundamental de la red asistencial. En este nivel se desarrolla la evaluación diagnóstica, y se planifican los planes terapéuticos además de llevar a cabo la incorporación social de las personas drogodependientes. Este nivel está compuesto por recursos específicos para el tratamiento de drogodependencias como el CAD, centros de día o programas en prisión. También se compone de los recursos especializados de carácter general como unidades psiquiátricas, servicios hospitalarios generales etc.,

- Tercer nivel: En este nivel se lleva a cabo la desintoxicación o deshabitación de la droga. Está formado por recursos específicos con un alto nivel de especialización para el tratamiento en régimen residencial de las personas drogodependientes. Se accede a ellos mediante la derivación del segundo nivel. Estos pueden ser: unidades de desintoxicación hospitalaria y comunidades terapéuticas acreditadas.

5.4.3. Fases, funciones y áreas de intervención

Mayor (1995) propone tres fases que debe realizar el/la trabajador/a social en el proceso de intervención:

La primera fase es la prevención y la única si tiene éxito, por lo que es la más decisiva. Dos hechos significativos influyen en esta fase: puede aplicarse de forma masiva y no solo individual y evita crecientes dificultades acerca de los problemas de la drogodependencia. También tiene dos dificultades: la amplitud de los factores de riesgo se relaciona negativamente con la eficacia de la intervención y no permite un fácil control de los resultados. El objetivo de la prevención consiste en disminuir los factores de riesgo e incrementar los recursos de las personas para que se haga frente a esos factores de riesgo.

Para reducir los factores de riesgo, se necesita actuar sobre la persona, sobre la droga y sobre el contexto ambiental.

Incrementar los recursos de la persona, tiende a modificar en el sentido adecuado, creencias, actitudes y valores, el desarrollo de habilidades y la facilitación de relaciones interpersonales.

El proceso de prevención se caracteriza por el control de la oferta, es decir, suprimir la disponibilidad de la droga, mediante medidas que impidan o dificulten la producción de la misma, medidas legales que controlan el tráfico de drogas y medidas policiales.

La segunda fase es la intervención propiamente dicha, la cual se constituye en torno a dos objetivos: la supresión del consumo o la reducción del consumo. Se considera que el segundo objetivo carece de sentido, porque lo que se pretende desde el primer momento es la supresión del consumo de la droga. Por otra parte, existe otro objetivo que consiste en sustituir una determinada droga por otra, cuyos efectos sean más benignos para la persona, aunque puede justificarse, desde el punto de vista de la drogodependencia, no saldría de ella. La intervención sigue un proceso:

- a) Frente al uso de drogas, se lleva a cabo la intervención temprana porque todavía no se ha llegado a la habituación o dependencia de la misma. Se incluye en el proceso de intervención porque está ligada al consumo y es el primer paso para llegar al abuso o dependencia de la sustancia.
- b) Frente al abuso, la intervención pretende suprimirle. En las drogas que no crean dependencia, el abuso es el grado máximo. Esta intervención recibe el nombre de deshabituación porque son equivalentes el abuso y la habituación.
- c) Frente a la dependencia, la intervención tiene dos objetivos: reducir o suprimir el consumo de drogas y suprimir los síntomas del síndrome de abstinencia.
- d) La intervención es un proceso que se pone de manifiesto en el momento posterior a estas fases de intervención. No basta con suprimir o reducir el consumo de drogas, se necesita lograr que la conducta abstinentes se mantenga en el tiempo. Se tiene que evitar las recaídas y hay que hacer frente a los efectos colaterales. En esta fase se inicia el proceso de generalización, sin cuyo logro no se considera que la intervención haya tenido éxito.

La tercera fase es la reinserción, la cual se inicia cuando la conducta abstinentes está implantada y ha tenido éxito. El objetivo de esta fase es la reincorporación de la persona drogodependiente a sus contextos naturales, familiares, laborales, comunitarios y sociales. La persona tiene que reducir las demandas e incrementar los recursos. En esta fase se trata de lograr los nuevos comportamientos, mantenerse sin recaídas.

Una vez desarrolladas las fases que considera Mayor (1995) en la intervención con drogodependencias, se van a explicar las funciones de los/las trabajadores/as sociales en las distintas áreas de intervención según otros autores citados anteriormente.

Es conveniente aclarar que las funciones de los/as trabajadores/as sociales en el ámbito de la drogodependencia, puede estar condicionado por muchos factores, como bien indican Losada et. al (1995). Estos factores pueden ser tanto los cambios producidos en el contexto del Trabajo Social, como el papel designado a los Servicios Sociales especializados para la atención de las drogodependencias.

También creen que en muchos casos no será posible llevar a cabo una recuperación o superación del problema sin que se produzca algún cambio en los estilos de vida de las

personas, por ello mismo, puede implicar tener que realizar alguna modificación en la vida de la persona, con la ayuda de los recursos existentes.

Losada et. al (1995) reflejan las funciones que realizan los/las trabajadores/as sociales en las distintas áreas de intervención:

- Funciones en el área de consumo de drogas:
 1. Conocer como ha ido evolucionando el consumo a lo largo de la historia (contexto socioambiental y familiar y su influencia sobre la persona)
 2. Conocer la situación actual de la persona y de su familia ante el tratamiento. (ver la posición de la persona en cuanto a sus motivaciones, expectativas y su grado de implicación, así como su nivel y capacidad de influencia de su familia en el tratamiento)
 3. Conocer las variables sociales externas que pueden repercutir en el proceso del tratamiento. (la problemática social relacionada con el consumo, las pérdidas económicas, laborales o de vivienda, las detenciones o encarcelamientos etc., y la influencia de las redes sociales con grupos de iguales, asociaciones etc.,)
 4. Realizar las actividades adecuadas tanto en la valoración y gestión del caso, como en los recursos y servicios necesarios.
- Funciones en el área familiar: La familia actúa como modelo de referencia en el aprendizaje de las conductas de los miembros que la componen, siendo la misma un determinante básico de transmisión de valores. Es fundamental durante la intervención, su implicación y colaboración activa. Las familias atendidas por drogodependencias muestran una serie de características comunes, como pueden ser déficits para buscar soluciones falta de establecimiento de límites, confusión en la autoridad, sentimiento de culpa, aislamiento, pocas muestras de afecto, falta de comunicación, interacciones rígidas, conflictos de forma sistemática etc., Las funciones en esta área se dividen en tres partes: funciones de conocimiento, funciones de intervención y funciones de carácter normalizador.
 - A) Funciones de conocimiento:
 1. Elaborar la historia socio-familiar para conocer su estructura y características.

2. Analizar de qué forma los familiares han detectado el consumo de drogas.
3. Conocer el posicionamiento que tiene la familia ante el consumo de drogas de algún miembro.
4. Considerar las alteraciones que se producen en las relaciones familiares como discusiones o enfrentamientos, prestando atención a los sentimientos de rechazo.
5. Detectar obstáculos de la familia que impiden el desarrollo del usuario.
6. Evaluar la situación familiar y los problemas que existen en sus relaciones.

B) Funciones de intervención

1. Informar a la familia sobre como quienes somos y cuáles son nuestras funciones, transmitiendo la importancia de la participación de la familia durante el tratamiento.
2. Transmitir la totalidad del problema y su pluricausalidad. Situar a la familia en el presente y explicarles los factores de riesgo que han podido empujarles al consumo.
3. Informar a la familia de lo que trata el proceso terapéutico como tratamiento biopsicosocial.
4. Facilitar el aprendizaje de pautas terapéuticas y educativas que pueda ayudarles en su relación familiar.
5. Fomentar la creación de grupos de familias de aquellos usuarios que abandonan el tratamiento.

C) Funciones de carácter normalizador

1. Facilitar la recuperación de los hábitos saludables de la familia, así como la mejora de la comunicación y el fomento del interés por compartir tiempo de ocio entre el individuo y la familia.
2. Aprender a reconocer los problemas que se producen en la familia y conseguir situar el problema.
3. Favorecer que la familia y el individuo elaboren objetivos y metas realistas adecuadas a su situación con los recursos que disponen.

4. Motivar a los miembros de la familia hacía otras actividades al margen del proceso de tratamiento.
 5. Explicar a la familia las actividades que tiene que realizar el individuo en las últimas fases de tratamiento sin obstaculizar el proceso.
- Funciones en el área educativa: el contacto con las drogas se produce muchas veces desde edad temprana, lo cual provoca fracasos o abandonos en los estudios. Las funciones en esta área son:
 1. Conocer el nivel educativo y formativo que se ha obtenido (conocer las habilidades, dificultades, capacidades, logros conseguidos etc.,)
 2. Valorar la posibilidad de que continúen la formación académica o profesional reglada, orientándoles si fuera necesario.
 3. Motivar a la persona acerca de la educación y la cultura, para que pueda participar en los acontecimientos de su comunidad.
 - Funciones en el área laboral: se suelen dar importantes niveles de consumo de drogas en el medio laboral en el que actúan determinadas características ambientales y organizativas (estrés, rotación horaria, frustración inseguridad etc.,) del mismo como desencadenante de estos consumos. Las funciones en esta área son:
 1. Conocer, estudiar y valorar su historia laboral y su situación actual, así como la estabilidad laboral, incidentes laborales, responsabilidad en el cumplimiento de tareas, e intereses actuales laborales.
 2. Valorar que papel cumple el trabajo en su desarrollo personal (independencia económica, integración social, autoestima, sentirse útil etc.,) hay que informarse de los trabajos a los que pueda tener acceso en base a que pueden ser favorecedores del consumo de drogas.
 3. Valorar la conveniencia de la persona al ámbito laboral en función de la situación en la que se encuentre en su proceso de rehabilitación, con el fin de poder evitar decisiones precipitadas de la persona que pueden influir de forma negativa.
 4. Elaborar un programa básico para incorporarse laboralmente en los casos en los que se considere conveniente su incorporación a un trabajo. Ese programa consta de: orientación laboral básica sobre los trabajos que se

adecuen a las características de la persona, motivación de la persona hacia la necesidad de una formación laboral previa, información y orientación hacia recursos prelaborales o laborales facilitando su inclusión y seguimiento de la evolución de la persona.

- Funciones en el área relacional y de ocupación del ocio y el tiempo libre: la calle es el lugar de encuentro entre los amigos y es donde se inician los primeros consumos de drogas. Cuánto más tiempo la persona consume drogas, mayor es el proceso de aislamiento y deterioro de las capacidades personales en cuanto al aspecto relacional familiar, laboral o social, lo que produce una decadencia en las capacidades de comunicación. Los usuarios tienen un gran vacío de actividades de ocio. Utilizan el tiempo libre para pasarlo en lugares propensos a la monotonía y pasividad lo que conlleva al consumo de drogas. La decisión de la persona en cuanto a abandonar el consumo de drogas supone adoptar cambios en el tipo de vida que realiza sobre las formas en las que se relaciona, las personas con las que mantiene contacto, el ambiente en el que se encuentra y las actividades que lleva a cabo. La intervención en esta área es muy importante porque favorece una resocialización para construir relaciones y disfrutar del ocio y tiempo libre de una manera diferente sin la presencia del consumo de drogas. Las funciones en esta área son:
 1. Conocer y analizar al usuario en función de sus relaciones sociales, así como las actividades que realiza con las mismas. También es necesario conocer cuáles son las aficiones o intereses del usuario y en que emplea el tiempo libre.
 2. Conocer los recursos, dispositivos o actividades que puedan cumplir un papel fundamental en esta área.
 3. Modificar y favorecer el abandono del ambiente y amistades relacionadas con el consumo de drogas, estimulando el conocimiento de nuevas amistades que no consuman drogas.
 4. Sensibilizar a la familia e intentar cambios de actitudes en ella frente al usuario, motivándoles en la apreciación de sus cambios y valorando su transformación frente a la ausencia de drogas.

5. Fomentar el desarrollo de habilidades de comunicación y toma de decisiones propias y autónomas frente a la presión social.
 6. Sensibilizar sobre la importancia de ocupar el tiempo libre de forma individual y familiar, proporcionando alternativas de ocio, lúdicas y creativas que potencien el desarrollo del usuario.
 7. Facilitar el ingreso del usuario en recursos normalizados.
 8. Establecer una coordinación con los recursos y personal voluntario para que puedan colaborar.
- Funciones en el área jurídico-legal: el abuso de drogas viene relacionado con acometer actividades delictivas como pueden ser delitos contra la propiedad, hurtos, robos con intimidación, tráfico de drogas etc., Las funciones en esta área son:
1. Conocer la organización jurídica, legislación y reglamento penitenciario relacionado con los problemas de drogodependencia.
 2. Conocer y coordinar los recursos externos relacionados con la drogodependencia (departamentos de Trabajo Social penitenciario, programas de intervención en juzgados de guardias, equipos de tratamiento de toxicómanos penitenciarios etc.,)
 3. Valorar como afecta la situación jurídico-penal en la motivación y en el inicio y desarrollo del tratamiento.
 4. Informar a las familias de los recursos externos especializados para su orientación.
 5. Facilitar pautas a la familia para que pueda relacionarse con la persona que está en la cárcel y preparar cuando sea posible su libertad, la vuelta al entorno familiar y social

5.4.4. Protocolo de intervención desde el Trabajo Social

El protocolo de intervención desde el Trabajo Social en los centros de atención a las drogodependencias del Instituto de Adicciones recoge los aspectos más importantes que hay que tener en cuenta para intervenir con personas drogodependientes, por ello, se presentan las etapas de intervención que sugiere el protocolo, y que se deberían poner en práctica.

El/La trabajador/a social en el proceso de atención integral, debe abarcar las cinco etapas que propone el Instituto de Adicciones (2012) en el protocolo de intervención:

1. Atención a la demanda inicial
2. Valoración interdisciplinar
3. Evaluación multidimensional y diseño del PPI
4. Desarrollo del PPI
5. Coordinación

A continuación, se desarrollan cada una de las etapas que propone el Instituto de Adicciones (2012)

1. Atención a la demanda inicial

La demanda que se produce en los centros de atención a las personas drogodependientes se realiza mediante la recepción y la acogida.

La recepción supone el primer contacto que tiene la persona con el centro, la cual incluye la recogida de datos iniciales y la asignación de una primera cita con un técnico.

La acogida es la primera entrevista que se realiza con el técnico. También el/La Trabajador/a Social tiene el primer contacto con la persona a través de la entrevista de acogida en la que se pretenden cumplir unos objetivos previstos en el Plan de Adicciones según el Instituto de Adicciones (2012):

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

El profesional que realice la primera entrevista de acogida debe elaborar un primer análisis de la demanda del usuario y de su familia.

2. Valoración interdisciplinar

Asimismo, el Instituto de Adicciones (2012), señala que en esta etapa se valora al paciente en las áreas sanitaria, psicológica, social y ocupacional. Se realiza una evaluación del paciente en función de las dimensiones que señala el modelo de atención integral (salud y auto cuidados, psicopatología, consumo, familiar, socio-relacional, formativo-laboral y de ocio). En el área social es en la que el/la trabajador/a social recoge los datos e información necesaria sobre el usuario, su medio social y su entorno para elaborar un diagnóstico social. El diagnóstico social se completa con información sobre:

- La droga o drogas de las que abusa
- La frecuencia, gravedad y duración del problema
- La forma en que el paciente y su familia viven el problema-situación y como lo afrontan
- La forma en la que se plantea la demanda
- El conocimiento sobre si ha habido intentos de solución previos
- La motivación
- La forma de acceso

La información recogida se complementa con la propuesta de intervención social que se realice. El instrumento más importante del que el/la trabajador/a social dispone para recoger de forma sistemática la información es la historia social, a través de esta se recoge la información imprescindible para la valoración.

El/la Trabajador/a Social debe tener en cuenta variables del usuario que pueden suponer un riesgo de exclusión social. Estas variables son:

- Situación familiar
- Trayectoria formativo-laboral
- Situación económica y grado de autonomía personal
- Red social y análisis de sus riesgos o potencialidades
- Nivel de arraigo, participación e integración social
- Características del tipo de ocio y gestión del tiempo libre
- Situación judicial
- Situación administrativa
- Características del medio y el entorno
- Situación convivencial

En resumen, los pasos del trabajador/a social en la valoración son:

- a) Recoger información necesaria para completar la historia social y contrastar la información mediante contactos y coordinación.
- b) Recabar información sobre otras variables no específicas del Trabajador/a Social.
- c) Elaborar un primer diagnóstico social de la situación del usuario y propuesta de intervención desde el área social para el diseño del PPI.
- d) Aportar la información para la valoración interdisciplinar del usuario.

3. Evaluación multidimensional y diseño del PPI

El Instituto de Adicciones (2012), indica que la evaluación multidisciplinar se realiza por el equipo interdisciplinar una vez obtenidas las perspectivas profesionales sobre el usuario. A partir de los resultados de la evaluación se diseña el PPI, el cual debe incluir:

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

Cuando se ha elaborado el diseño, el PPI debe estar consensuado con el usuario y es fundamental presentar al paciente y a la familia los resultados de la valoración multidimensional para concretar el programa de intervención

4. Desarrollo del PPI

El Instituto de adicciones (2012), propone que una vez diseñado el PPI y consensuado con el usuario, comienza el proceso de intervención y su desarrollo, así como la puesta en práctica de la metodología, las estrategias, las actuaciones específicas necesarias y los recursos de apoyo al tratamiento que sean convenientes.

Incluye un seguimiento y una evaluación continua del PPI por parte el equipo terapéutico.

El nivel de la intervención social va a depender de la presencia de factores de riesgo, por lo que cuanto mayor es la presencia de riesgo de exclusión social, mayor es el nivel de intervención del trabajador/a social.

5. Coordinación

De la misma manera, el Instituto de Adicciones (2012) recoge que el objetivo de la coordinación es unir los criterios de intervención y completar las actuaciones que se deben realizar, así como el propio trabajo en red.

En los centros de atención a las drogodependencias, los/as Trabajadores/as Sociales realizan dos tipos de coordinación:

- Internas: reuniones entre los miembros del equipo interdisciplinar de valoración y seguimiento con el fin de diseñar e implementar el PPI de los casos nuevos y llevar a cabo el seguimiento y la evaluación de los usuarios en tratamiento.
- Externas: coordinaciones que se mantienen con técnicos de otros recursos, ya sea de la red de adicciones o se trate de recursos comunitarios.

El/la Trabajador/a social también se coordina con los servicios que no pertenecen a la red de drogodependencias, pero que son derivados usuarios drogodependientes para potenciar el trabajo realizado desde todos los recursos. Se pueden coordinar de esta manera con:

- Servicios sociales
- Recursos específicos de la red de personas sin hogar, mujer, menores, jóvenes etc.,
- Centros de Atención Primaria de Salud
- Juzgados, centros de inserción social, centros penitenciarios
- Hospitales
- Organizaciones sociales

6. METODOLOGIA

La investigación se basa en la recogida de los datos proporcionados por las Trabajadoras Sociales en el ámbito de la intervención de la drogodependencia, concretamente se procederá a analizar esta problemática en la ciudad de Valladolid.

- Muestra/sujetos: Como muestra se escogió a las dos Trabajadoras Sociales de las dos organizaciones de Valladolid, para que aportaran desde sus diferentes puntos de vista e información sobre la intervención en materia de drogodependencia.

- **Material/Instrumento:** Se ha utilizado el método cualitativo, concretamente la entrevista, en la que se estudian las percepciones y opiniones de las dos Trabajadoras Sociales que se sitúan en las distintas organizaciones de la provincia de Valladolid. A través de la entrevista, semiestructurada, siendo esta la principal técnica como recogida de datos, se han elaborado 12 preguntas basadas en un guion preestablecido, con la finalidad de integrar en el trabajo de investigación las diferentes percepciones de las trabajadoras sociales, para la consecución de los objetivos formulados al inicio del TFG.
- **Procedimiento:** Una vez que se contactó telefónicamente con las Trabajadoras Sociales de los distintos centros, se les explicó en qué consistía el trabajo de investigación y se les propuso realizar la entrevista. Declararse el Estado de Alarma en todo el ámbito nacional como consecuencia de la pandemia global generada por la COVID 19, las entrevistas que previamente habían sido programadas de forma presencial, debieron ser realizadas por medios electrónicos, siendo la técnica más similar a la entrevista presencial. La colaboración de las dos Trabajadoras Sociales ha servido para conocer sus experiencias, opiniones e interpretaciones sobre la intervención con personas drogodependientes.
- **Análisis de datos:** Las respuestas de las entrevistas que se realizaron han sido analizadas para la obtención de la información necesaria para la investigación, la cual se obtiene de los datos de las propias entrevistas. Las preguntas que se realizaron (ANEXO 10.1) fueron las realizadas en las entrevistas, y el análisis de las mismas queda reflejado en el apartado de resultados.

7. RESULTADOS

En este apartado, se presentan los resultados obtenidos del análisis de las respuestas de las Trabajadoras Sociales (ANEXO 10.2) de las entrevistas formuladas a las Trabajadoras sociales de las dos organizaciones de la provincia de Valladolid.

En la primera pregunta, se observa, que en la primera organización resalta la desigualdad de los consumidores en cuanto al sexo ya que la mayor parte son

hombres, frente a una pequeña parte de mujeres y en cuánto a la edad explica la gran variedad que existe según la sustancia que se consuma poniendo de ejemplo los más jóvenes como consumidores de cannabis frente a personas adultas como consumidoras de cannabis y heroína. En la segunda organización no se concretan perfiles según sexo, pero coinciden en la variedad según la edad ya que también explica que los jóvenes consumen cannabis, frente a las personas adultas con sustancias como cocaína y heroína, por lo que los datos de esta pregunta entre ambas organizaciones son muy similares.

En la segunda pregunta, las respuestas que ofrecen son similares a las de la primera pregunta y las dos Trabajadoras Sociales afirman que se empieza por el alcohol y el cannabis, y se va encaminando hacia drogas más “duras” como la cocaína o la heroína. La primera Trabajadora Social destaca que el género no influye en la elección de la sustancia, mientras que la segunda no hace hincapié en el aspecto del género.

En la tercera pregunta, ambas Trabajadoras Sociales informan sobre la importancia de trabajar con el entorno y los familiares. Resaltan el apoyo que se les debe ofrecer tanto a las familias como a la red social de amigos, o pareja. Las dos organizaciones tienen un grupo para padres en el que se reúnen para tratar los temas del consumo de la persona drogodependiente, por lo que, en este aspecto se observa la similitud en cuanto al funcionamiento con el entorno y la familia.

En la cuarta pregunta, existe una gran diferencia entre las funciones que realiza la primera Trabajadora Social y las que realiza la segunda. Como bien explica la primera, las funciones que realiza son de acogida, de seguimiento, respuestas puntuales, elaboración de informes, seguimientos judiciales, grupo de padres y trabajo con el centro penitenciario, mientras que la segunda Trabajadora Social, no realiza funciones de Trabajo Social, sino que lleva a cabo trabajo de terapia, se trabaja desde lo social, se ayuda a conseguir recursos, pero no cumple con las funciones de Trabajadora Social, sino, que todos los profesionales de la organización no tienen un único trabajo exclusivo sobre su profesión, es decir, entre todos hacen todo.

En la quinta pregunta, ambas nos explican que existe un plan individualizado, aunque la primera lo llama plan individualizado de tratamiento, pero ambos son similares y las actividades que realizan en las distintas organizaciones también van encaminadas a lo mismo, ya que se apoyan en una terapia y se realiza el Plan Individualizado de Intervención según las necesidades de cada persona.

En la sexta pregunta, la primera Trabajadora Social explica que no hay ningún tipo de proceso secuencial, si no que se trata de lograr la normalización del estilo de vida a través de una serie de objetivos, mientras que la segunda Trabajadora Social habla de fases durante el tratamiento, en las que se mencionan orientación, conocimiento y mantenimiento por lo que en esta pregunta si que se ve una gran diferencia de los procesos.

En la séptima pregunta, ambas no tienen muy claro cuál es el porcentaje de abandono en el centro pero lo que si que recalcan es que muchas personas que abandonan el tratamiento, luego vuelven. En el caso de la segunda Trabajadora Social, si que aporta a través de un ejemplo, que si son 100 personas, llegan a terminar el tratamiento 10, por lo que se estaría hablando de un 80% de personas que abandonan el tratamiento.

En la octava pregunta, coinciden ambas en que las personas drogodependientes abandonan el centro por fracasos personales, pero si que existe una gran diferencia. En la primera respuesta, se observa que suele ser por dificultades en el horario, por empleo o indecisión, rupturas.. mientras que la segunda afirma que es por cansancio, porque creen que ya están rehabilitados.

En la novena pregunta, las dos Trabajadoras Sociales hacen una coordinación y cada una explica que tipo de coordinación realiza. La primera Trabajadora Social describe la coordinación con centros como Caritas, refugiados, CEAS, Aclad. La segunda Trabajadora Social, a través de la Junta, se coordina con diferentes entidades de Valladolid, también menciona el CEAS como punto de coordinación, hasta coordinadores de centros de Salud.

En la décima pregunta, la primera Trabajadora Social mantiene que hay dos opciones, que no se supera la dependencia o que transcurrido un tiempo desde el último consumo se hablaría de una desaparición de la dependencia. La segunda se remite a la Junta, especificando que después de seis meses se podría decir que ya ha superado la dependencia, aunque ella piensa que sería a partir de un año, por lo que se ven varias opiniones muy diferentes respecto a esta cuestión.

En la undécima pregunta, la primera organización cuenta con un programa de empleo dirigido a personas drogodependientes y la segunda organización tiene un centro de servicio de orientación laboral y ayudan a la persona a reorientar su situación laboral, elaborar curriculums y aprender a hacer entrevistas entre otras cosas, por lo que la segunda tiene bastantes más recursos que la primera.

En la duodécima pregunta se aprecia que la presencia del COVID19, ha supuesto bastantes problemas en las organizaciones, ya que han tenido que cerrar sus centros y hablar con sus usuarios de forma virtual, reflejan que recibir apoyo de esta manera no es igual que de manera presencial. A pesar de esto, se les ha podido dar respuesta desde el centro, a través de videoconferencias o por teléfono, pero muchas de las personas han entrado en crisis económicas o sociales y pueden haber sufrido alguna recaída, por lo que, es algo que naturalmente ha afectado a todos.

8. CONCLUSIONES

Tras la realización de la revisión bibliográfica sobre la drogodependencia y el rol del Trabajador/a Social y la elaboración del trabajo de investigación, se han extraído una serie de conclusiones que se proceden a desarrollar.

Como punto de partida, es necesario destacar la importancia de la drogodependencia como objeto del Trabajo Social y es por ello, que el rol del Trabajador/a Social es cada vez más importante en la sociedad, atendiendo a la labor que lleva a cabo con personas drogodependientes, ya que facilita la reinserción de las mismas, y las ayuda a superar problemas relacionados con la adicción, ofreciéndolas así una buena calidad de vida.

Otro punto importante a considerar, es la importancia de los factores y consecuencias, ya que se ha podido apreciar, que la drogodependencia viene determinada por una serie de factores tanto internos como externos a la persona, que la motivan a iniciar el consumo de una o varias drogas y una vez que la persona ya ha desarrollado la dependencia a la sustancia, se crean diversas consecuencias que la propia dependencia genera en el individuo así como en su entorno, que causan problemas en el ámbito sanitario, escolar, económico, laboral, legal, social y familiar entre otros.

Asimismo, se ha podido observar que el conocimiento sobre los diferentes tipos de drogas existentes y sus efectos secundarios que las mismas generan, es fundamental para poder realizar una correcta y deontológica intervención por parte de los/las profesionales del Trabajo Social.

El conocimiento en materia de drogas no es suficiente por sí mismo, ya que también se deben tener en cuenta los ámbitos jurídicos y de prevención, para que el/la Trabajador/a Social tenga las herramientas necesarias para guiar a la persona a la que realiza la intervención. La prevención se torna fundamental para poder alertar de manera efectiva, a través del marco legislativo vigente, de las actuaciones que deben tenerse en cuenta desde el Trabajo Social con el único objetivo de poder mejorar la calidad de vida de las personas.

Haciendo referencia a los objetivos planteados, se puede señalar la consecución del objetivo general, ya que se ha podido conocer la labor desempeñada por el/la Trabajador/a Social en el ámbito de la drogodependencia en Valladolid, algo que permite conocer de forma fehaciente la realidad más próxima que nos rodea. Gracias a las entrevistas realizadas a las Trabajadoras Sociales de las dos organizaciones de esta provincia, se ha podido obtener información directa y veraz en relación a las funciones que realizan en sus respectivos centros, así como llegar a comprender las fases de la intervención social que realizan en las personas drogodependientes, algo que ha arrojado resultados analizables y que sin duda aportan mayor conocimiento a los actuales y futuros Trabajadores/as Sociales.

En este trabajo se planteaban varios objetivos, el primero de ellos ha permitido conocer los pasos que se siguen en la intervención con personas drogodependientes, aunque ha quedado patente que estos pueden ser diferentes en función del centro al

que pertenezcas, teniendo todos en común como objetivo la reinserción y mejora de la calidad de vida de las personas con drogodependencia.

En relación al segundo de los objetivos, y tras analizar los resultados se ha logrado obtener el enfoque realizado desde las distintas percepciones de las Trabajadoras Sociales en materia de drogodependencia.

En lo que respecta al tercer objetivo específico, el cual perseguía adquirir un mayor conocimiento en materia de drogas, se ha logrado mediante la revisión bibliográfica, debido a que se han consultado las fuentes adecuadas para ello.

La hipótesis enmarcada en el objetivo general queda confirmada, al obtener como resultados, que la intervención y los programas llevados a cabo desde las organizaciones dirigidas a personas drogodependientes, han experimentado una tendencia decreciente en las intervenciones en casos de drogodependencia dentro de los propios centros.

La hipótesis que abarca el primero de los objetivos también queda confirmada porque desde las distintas organizaciones entrevistadas, se elabora una entrevista personal y familiar, además del informe y el diagnóstico social, así como un programa individualizado de intervención acorde a las necesidades de la persona, que permite que la persona consiga salir de la situación acercándose a la rehabilitación.

La hipótesis obtenida del segundo objetivo específico se confirma porque mediante el análisis de la información que aportan las Trabajadoras Sociales, las intervenciones que se realizan en materia de drogodependencia, demuestran que se produce una mejoría en el funcionamiento de las organizaciones.

La última hipótesis reflejada en el tercer objetivo específico, no se confirma debido a que a son pocas las personas que finalizan el tratamiento en el centro, por lo que a mayor información y conocimiento sobre drogas no han aumentado las tasas de éxito en las intervenciones significativamente.

De Miguel, (2018) realizó investigaciones previas en el ámbito de la intervención desde el Trabajo Social en materia de drogodependencia, pero no desde el mismo enfoque que el presente trabajo ya que se puede observar que la realización de su trabajo de investigación se basa en el análisis de las variables sociales que afectan al consumo de drogas y como afectan a cada individuo, utilizando como metodología la recogida de datos de usuarios y la recogida de información de las historias clínicas de pacientes

que comenzaron el tratamiento mediante tablas de datos y reuniones individuales colectivas. El presente trabajo, se realiza mediante entrevistas a Trabajadoras Sociales poniendo énfasis en la intervención desde sus respectivas posturas profesionales. En definitiva, queda patente la relevancia y fundamental papel de la intervención realizada de forma correcta y minuciosa por parte de los/las Trabajadores/as Sociales en el desarrollo positivo y la reinserción de las personas con drogodependencia.

9. REFERENCIAS

- Ayuntamiento de Valladolid. *V Plan Municipal sobre drogas y otras Adicciones (2019-2023)*. Valladolid. Recuperado el 29 de mayo de 2020 de: <http://valladolidsindrogas.net/wp-content/uploads/2019/05/V-PLAN-WEB-DROGAS-DEFINITIVO-2019-2023.pdf>
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado de: <file:///C:/Users/acer/Downloads/Bases%20Cientificas%20Para%20La%20Preveccion%20De%20Las%20Drogodependencias%20-%202002.pdf>
- B.O.E nº 80 (2007) *Ley 3 de 2007. Por la que se modifica la ley 3/1994, de 29 de marzo, de prevención, asistencia e integración social de drogodependientes en Castilla y León*. Madrid, España. Recuperado el 29 de mayo de 2020 de: <https://www.boe.es/eli/es-cl/l/2007/03/07/3>
- Caudevilla, F. (2007). *Drogas: Conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo*. Grupo de intervención en Drogas semFYC. Recuperado de: <http://www.comsegovia.com/pdf/cursos/tallerdrogas/Curso%20Drogodependencias/Drogas,%20conceptos%20generales,%20epidemiologia%20y%20valoracion%20del%20consumo.pdf>
- De Miguel, Vivas, I.C., (2018). *La intervención del trabajador social en un centro de drogodependencia en la provincia de Soria*. (Trabajo Fin de Grado). Universidad de la Rioja. Recuperado de: https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE004189.pdf

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

Recuperado el 29 de mayo de 2020 de:

<https://accionesocial.diputaciondevalladolid.es/plan-provincial-de-drogas>

Instituto de adicciones (2012). *Protocolo de intervención desde el Trabajo Social en los centros de atención a las drogodependencias del instituto de adicciones*.

Ayuntamiento de Madrid. Recuperado de:

<https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/buenasPracticas/protocolos/pdf/ProtocoloIntervSocial.pdf>

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). Mayo 29 de 2017. Recuperado el 29 de mayo de 2020 de:

https://familia.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100Detalle/1246988963464/_/1284828004507/Comunicacion

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

Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de:

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/40467>

Losada, M.J., Márquez, P., y Sebastián, P. (1995). Aproximación a las funciones de los trabajadores sociales de los centros de atención a las drogodependencias.

Cuadernos de Trabajo Social. Servicio de publicaciones Universidad Complutense, Madrid, (8), 123-139. Recuperado de:

<https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS9595110123A/8412>

Madrid Salud (sin fecha). *Factores de riesgo en el consumo de drogas: Guía para familias*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid. Recuperado de:

<http://www.madridsalud.es/serviciopad/descargas/factoresRiesgo.pdf>

Martin del Moral, M. y Lorenzo Fernández, P. (1998). Conceptos fundamentales en drogodependencias. En P. Lorenzo, JM., Ladero, JC., Leza, y I, Lizasoain. (Eds.)

Drogodependencias, farmacología, patología y legislación (pp. 1-25). Madrid:

Editorial Médica Panamericana, S.A. Recuperado de:

https://web.vocespara.info/comparte/2017_vcs/Drogodependencias_y_adicciones/OK_Terminos_en_adiccion.pdf

Mayor, J. (1995). Las drogodependencias como objeto del Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social*. Servicio de Publicaciones Universidad complutense, Madrid, (8),

- 213-239. Recuperado de:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=119444>
- Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno (2000). *Plan Nacional sobre Drogas*. Recuperado de:
<https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/pndfolleto2000.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y bienestar social. *Estrategia Nacional sobre Adicciones (2017-2024)*. Ed. Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado de:
<https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209 ESTRATEGIA N.ADICIONES 2017-2024 aprobada CM.pdf>
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2018). *Commonly abused drug charts*. Recuperado el 25 de febrero de 2020 de: <https://www.drugabuse.gov/drugs-abuse/commonly-abused-drugs-charts>
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2018). *Las drogas, el cerebro y la conducta: la ciencia de la adicción. ¿Por qué la gente consume drogas?* Recuperado el 15 de abril de 2020 de: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/abuso-y-adiccion-las-drogas>
- Organización Mundial de la Salud (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno de España para el Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado de:
https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- Ortiz, M. (2016). *La drogodependencia en Andalucía en la primera década del siglo. El rol del trabajador social*. (Trabajo Fin de Grado). Universidad de Jaén. Recuperado de: <http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/2532/1/TFG-Ortiz%20Toledano,%20Mar%C3%ADa.pdf>
- Osuna, J.M., (2005). Drogas: ¿un fenómeno en evolución? *Carel: Carmona: Revista de estudios locales*, (3), 1269-1291. Recuperado de:
http://www.carmona.org/publicaciones/carel/2004_8.pdf

Rodriguez, C. (2018). *Tema 5: Trabajo Social y adicciones sociales. Material no publicado.* Recuperado de:

[file:///C:/Users/acer/Desktop/UNIVERSIDAD/SEGUNDO%20CUATRIMESTRE/TF
G/MATERIAL/TEMA%205%202018doc.pdf](file:///C:/Users/acer/Desktop/UNIVERSIDAD/SEGUNDO%20CUATRIMESTRE/TF%20G/MATERIAL/TEMA%205%202018doc.pdf)

Sagñay, J. (05 de junio de 2012). ¿Qué son las drogas? Las consecuencias de su uso. *Instituto de neurociencias.* Recuperado de:

[https://institutoneurociencias.med.ec/component/k2/item/845-drogas-
consecuencias](https://institutoneurociencias.med.ec/component/k2/item/845-drogas-consecuencias)

10. Anexos

10.1. Entrevista

ENTREVISTA A LOS/LAS TRABAJADORES/AS SOCIALES DE LOS CENTROS DE DROGODEPENDENCIAS

1. ¿Qué tipo de perfiles según edad y sexo suelen acudir al centro de drogodependencias?
2. ¿Qué tipo de drogas se consumen en función de la edad y el sexo entre las personas que acuden al centro?
3. Además de la persona que tiene problemas de drogodependencia ¿se interviene con la familia, las relaciones sociales u otro tipo de personas relacionadas con el usuario? ¿Cómo se interviene con esas personas?
4. ¿Qué tipo de trabajo realiza el trabajador/a social? ¿Cuáles son las fases de la intervención que realiza el/la trabajador/a social en el centro de drogodependencias?
5. ¿Existe un programa personalizado de intervención? ¿Qué actividades realizan los usuarios en dicho programa?
6. ¿Se sigue algún tipo de proceso secuencial hasta la reinserción? ¿Cuál?
7. ¿Qué nivel de porcentaje de abandono tienen los usuarios en el centro?
8. ¿Cuáles considera que son los motivos por los que los usuarios abandonan el tratamiento/intervención en el centro?
9. ¿Existe una coordinación de los trabajadores/as sociales con otros profesionales o centros? ¿Qué tipo de coordinación tienen?
10. ¿Después de cuánto tiempo se considera que una persona ha superado la dependencia?
11. ¿Existe alguna ayuda o conexión para la reinserción laboral de los usuarios?
12. ¿Cómo ha afectado el COVID 19 a los usuarios y al centro? ¿Se les ha podido dar una respuesta desde el centro?

10.2. Respuestas de las Trabajadoras Sociales

Respuesta 1:

-TS 1: "80% de hombres frente a un 20% de mujeres, es un dato que no varía significativamente con el paso de los años, las edades ahora mismo varían mucho según la sustancia de consumo, siendo los más jóvenes los consumidores de cannabis (menores de 20 años), de entre 25 y 40 años los de cocaína y mayores de 35 heroína, la mayoría de los pacientes son de esta última sustancia como droga principal y llevan muchos años en tratamiento superando muchos de ellos los 45 años."

-TS 2: "Tenemos perfiles muy variados, no te sabría decir un perfil único porque tenemos dos centros, uno para gente de 12 a 20 años generalmente consumidores de alcohol y cannabis y a partir de 20 años tenemos una variedad muy amplia predominando el alcohol, la cocaína y ha habido un repunte de heroína."

Respuesta 2:

-TS 1: "El género no influye en la elección de la sustancia. En cuanto a la edad, la escalada comienza por sustancias legales como el alcohol y en segundo lugar las consideradas blandas como el cannabis o las drogas de diseño."

-TS 2: "Es muy variado, la mayoría de las personas son policonsumidoras, no vienen con una única sustancia, pero en edades más jóvenes está más asociado alcohol, cannabis, cocaína y drogas de diseño y en edad más adulta más policonsumidor, mezcla de cocaína con heroína, pero la mayor parte podríamos decir que alcohol, cannabis y cocaína."

Respuesta 3:

-TS 1: "Siempre recomendamos que el paciente acuda acompañado a las consultas por la familia a ser posible conviviente, a lo que nosotros podamos ofrecer información y ayudemos a relajar, a mantener la situación y que al mismo tiempo también nos de la versión externa que el paciente no puede ofrecernos sobre si mismo. Existe la figura del familiar responsable, con la que contamos para la correcta dispensación de la medicación que se ofrece al paciente. Intentamos un correcto seguimiento del tratamiento y un apoyo para el paciente. Contamos con un grupo de padres, nos reunimos cada quince días y tratamos la comunicación con los hijos, dudas en torno al consumo, manejo de estrategias de protección, autoestima y relajación. Es un grupo que dirige una de las Trabajadoras Sociales del centro pero en los que los padres y

madres se han de sentir como si de un grupo de autoayuda se tratara. Tiene un espacio de expresión común, entienden lo que dicen y lo que sienten. Se trata de un espacio único en el que pueden expresar lo que en otros contextos no pueden.”

-TS 2: “Normalmente intentamos intervenir con su entorno socio-familiar, si vienen acompañados por la familia (padres, pareja, hermanos) y si son amigos también se interviene con la red social, se les apoya en la medida de sus posibilidades porque tenemos grupos para los familiares y redes sociales, que son presenciales que una vez a la semana suelen venir a estos grupos y luego se hace trabajo con la persona que tiene el problema, su familia y nosotros. Por un lado, hay grupos donde están todos los padres, hermanos o la familia, pero no está el usuario y por otro lado hay grupos unifamiliares con la familia y demás, a través del teléfono o en función de las posibilidades de la familia porque muchos están trabajando y no tienen disponibilidad, pero si hay un contacto. El apoyo social y familiar es fundamental para la rehabilitación de la persona, desde ahí se trabaja bastante con ellos.”

Respuesta 4:

-TS 1: “Se trata de un Centro Sanitario y por lo tanto no es una intervención similar a la que se puede desarrollar en Servicios Sociales básicos. Las funciones principales son:

- 1) Acogida del paciente: es la primera entrevista de valoración del caso. Información sobre tratamiento, proceso de abstinencia, asesoramiento a la familia, disminuir nivel de ansiedad del paciente con respecto al recurso y expectativas...*
- 2) Seguimiento conjunto con el equipo, reuniones periódicas.*
- 3) Respuestas a demandas puntuales: autorizaciones: facilitar recogida de medicación, derivación a otros recursos por vacaciones, trabajo, motivos familiares, demandas sociales: información y derivación a recursos sociales básicos CEAS, apoyo en la preparación de documentación, apoyo en búsqueda de diferentes cuestiones como alojamientos, requisitos...con nuevas tecnologías.*
- 4) Elaboración de informes a petición del paciente, abogados, juzgados.*
- 5) Seguimientos judiciales: sustituciones de condenas privativas de libertad por tratamientos en Centros ambulatorios: Periódicamente hemos de elaborar informes que recojan la información del seguimiento del tratamiento del paciente en cuestión.*
- 6) Grupo de padres: Intervención con las familias.*

7) Trabajo en el Centro Penitenciario: grupo de jóvenes y grupo de intervención y prevención en drogodependencia. Como Trabajadoras Sociales desarrollamos sesiones de habilidades sociales, ocio, empleo y motivacionales.”

-TS 2: “No funcionamos como Trabajadoras Sociales, no hacemos funciones de Trabajadoras Sociales. Todos hacemos trabajo de terapia con los usuarios y familiares, cada uno da el punto de vista, el Trabajador Social más desde el ser social, se trabaja más con los usuarios la parte de recursos, búsqueda de ayudas, si hay que hacer la tarjeta sanitaria etc.. pero en principio no hay un trabajo exclusivo. Se está empezando a poner en marcha, cuando los usuarios vienen por primera vez, que el Trabajador Social les reciba para apoyarles en esta parte social de recursos o ayudas. No se tiene muy definido el/la Trabajador/a Social, el/la psicólogo/a, el/la pedagogo/a, Todos trabajamos en equipo y hacemos una tarea más bien conjunta.”

Respuesta 5:

-TS 1: “Seguimos las fases establecidas en el protocolo de intervención de la Junta de Castilla y León. Dichas fases fueron consensuadas por un equipo formado por profesionales de las entidades que trabajan esta área en la comunidad: demanda, acogida, valoración bio-psico-social.

PIT: Plan Individualizado del tratamiento: diagnóstico y objetivos terapéuticos en las distintas áreas de trabajo.

Firma de contrato terapéutico: se establecen las actividades personalizadas: asistencia a citas médicas y psicológicas periódicas, realización de controles de detección de drogas en orina periódicos, toma de la medicación prescrita, asistencia a otros recursos (empleo, CEAS, Asociaciones... con el fin de profundizar, mejorar o trabajar aspectos que no son propios de un Centro de Atención a Drogodependientes)

Instauración del tratamiento, seguimiento médico-sanitario, farmacológico y psicológico-social.

Los profesionales médicos dan el alta médica y los profesionales de la psicología el alta terapéutica.”

-TS 2: “Tenemos un servicio de orientación terapéutica que es donde ellos llegan y hay una persona o dos del equipo que les atienden, se le hace un diagnóstico de su situación a nivel social, laboral familiar, medico, psiquiátrico.. se hace una historia de un estudio de la situación, un diagnóstico, y desde ahí elaboramos una serie de

objetivos y realizamos el plan de intervención individualizado de tratamiento. Nos marcamos objetivos en todas las áreas y actividades a desarrollar en función de los objetivos. Todas las personas del tratamiento tienen este plan individualizado, y las actividades son muy variadas dependiendo de la situación, pero todos tienen grupos de autoayuda para trabajar su problema de adicción y luego actividades deportivas que son necesarias para el tema de salud, otras son más talleres de simulación cognitiva, para trabajar toda la parte cognitiva que ha podido estar lesionada por la drogodependencia, trabajamos habilidades sociales, prevención de recaídas, tema de apoyo a la inserción laboral, talleres de gestión emocional hay muchas actividades en función del plan de cada usuario. Es muy amplia la atención que reciben, y aparte de la atención terapéutica, psicológica y demás también tenemos la atención médica y psiquiátrica que les apoya en aquellos casos que lo necesiten.”

Respuesta 6:

-TS 1: “El trabajo a realizar es transversal, a lo largo del proceso terapéutico. No existen fases para trabajar el restablecimiento de las relaciones sociales, familiares, laborales.. sino que se trata de lograr la normalización del estilo de vida desde el inicio.

Ha de cumplir objetivos como manejo adecuado de la medicación, abstinencia de sustancias psicoactivas, detección precoz de sintomatología de ansiedad, aumento de la autoestima, estancia en la fase de decisión del cambio y puesta en marcha (de la rueda del cambio), estabilidad laboral, mejora en relaciones familiares, recuperación de relaciones, cumplimiento de normas básicas como la higiene, los horarios, el autocuidado etc..”

-TS 2: “Una persona entra y hacemos el plan de intervención y le asignamos un tratamiento. Tenemos tratamientos ambulatorios que están en el centro de día o tenemos tratamientos residenciales que es la comunidad terapéutica que están internos (gente que no puede dejar de consumir y quedan aquí de forma interna). Ellos van pasando como con fases del tratamiento, el tratamiento tiene orientación, conocimiento y mantenimiento. A lo largo de todo el tratamiento trabajamos mucho la inserción sociolaboral, trabajamos con ellos en que recuperen amistades, a la familia, en el tema laboral es muy importante que se reciclen, para que cuando ellos salgan del centro, la mayoría de las personas que salen con el alta terapéutica tienen ya una cierta autonomía a nivel laboral, que hayan encontrado trabajo, se hayan asentado en

un piso compartido etc, se trabaja todo hasta el final. La inserción es fundamental, porque si solo les apoyas a que dejen de consumir, pero no les apoyas en la inserción laboral y social pueden volver a recaer.”

Respuesta 7:

-TS 1: “No me atrevo a dar un dato concreto. No hablamos tanto de abandonos como de separación temporal de procesos de cambio, precisamente por la indecisión que todos presentamos ante cambios importantes de nuestras vidas. Te remito a la rueda del cambio de Prochaska y Diclemente, en la que las fases del cambio avanzan y retroceden hasta estabilizarse en la decisión. Hay un pequeño porcentaje que nunca regresa a nuestro Centro, pero no podríamos asegurar que ha abandonado los intentos por superar su adicción. El paciente puede solicitar reinicio de tratamiento las veces necesarias.”

-TS 2: “Pues el porcentaje, no te sabría decir, pero es un porcentaje alto de abandono de gente que inicia el tratamiento y que no le acaba porque no deja de ser un trabajo bastante exigente, lo que si que tenemos es que a las personas que se les da el alta y terminan el tratamiento el porcentaje de recaídas es muy bajo, el estudio que nos hizo la universidad de Mallorca y Madrid a nivel nacional, el nivel de rehabilitación de las personas que han terminado (alta terapéutica), el 80% aproximadamente se mantiene a lo largo de su vida sin consumir, pero no todo el mundo llega al alta terapéutica, hay un nivel muy alto de abandono, si vienen 100 personas, lo que es terminar el tratamiento quizás terminan 20 con el alta terapéutica. También hay gente que se va sin terminar el tratamiento y han vuelto a decirnos que han estado bien, pero a la gente le cuesta mucho terminar el tratamiento porque se les hace largo, es un tratamiento que viene a durar entorno a un año o año y medio porque ellos han dejado de hacer muchas cosas en su vida, no tienen trabajo, no tienen familia y hay que recuperar todo eso y eso lleva un tiempo, y el porcentaje de abandono es alto pero luego muchos vuelven.”

Respuesta 8:

-TS 1: “Empleo, dificultades con el horario o traslados, indecisión, fracasos personales como rupturas, riñas, no aceptación de normas o profesionales..”

-TS 2: “Normalmente es por cansancio, las personas consumidoras tienen un problema y es la inmediatez, ellos quieren resultados inmediatos y los quieren ya, en el momento

en que ellos están en tratamiento y se encuentran bien porque no consumen y demás ellos ya creen que están rehabilitados, ellos una vez que superan la fase de dependencia física ya creen que están recuperados, pero les queda la más importante que es la dependencia psicológica que les deja la secuelas de la dependencia. La mayoría es cansancio, que ya lo he conseguido, falsa seguridad, es quererme ponerme a trabajar sin estar preparado, porque al principio hay algunos que no se les permite trabajar porque no están preparados para ello.”

Respuesta 9:

-TS 1: “El equipo mantiene tres reuniones semanales donde se deciden asuntos relacionados con el trabajo diario y con aspectos de tratamientos de pacientes. La coordinación entre los miembros del equipo es continua.

Somos un equipo multidisciplinar, por orden de intervención: administrativo, dos Trabajadoras Sociales, dos médicos, dos DUES y dos psicólogas.

Mantenemos una reunión mensual con el Programa de Personas sin Hogar y Empleo con colectivos vulnerables, una reunión trimestral con todas las entidades que trabajan drogas en la ciudad en la Mesa de Integración de la Junta de Castilla y León, reuniones mensuales con el GAD: grupo de atención a drogodependientes de prisión donde también desarrollamos parte de nuestro trabajo

Y, por supuesto coordinación puntual con CEAS, Hospitales, Comedor social, Entidades de atención a patología dual, refugiados, Cáritas, ACLAD etc..”

-TS 2: “Nosotros tenemos una coordinación, hay una red de colaboración desde hace muchos años, participamos en un grupo de inserción socio-laboral que existe de la Junta donde ahí participamos todas las asociaciones que trabajamos con drogas y tenemos una coordinación constante y además de coordinarnos con las entidades de drogas, también nos coordinamos con todas las entidades de Valladolid que necesitemos para que la persona se reinerte, desde el CEAS hasta apoyo a nivel médico, es decir nos coordinamos prácticamente con todos los trabajadores desde el centro de salud, los CEAS, algunas asociaciones, hacemos un trabajo muy interesante de coordinación y es necesario porque entre todos nos complementamos y hacemos una tarea estupenda en ese sentido, porque no todos los centros pueden tener todos los recursos.”

Respuesta 10:

-TS 1: *“Aquí hay diferentes opiniones: A) La dependencia no se supera. Una vez diagnosticada no hay marcha atrás, siempre será dependiente a una sustancia concreta y con tendencia a personalidad dependiente. B) Existe el diagnóstico de dependencia en remisión, lo que supone que transcurrido un tiempo desde el último consumo hablaríamos de la desaparición o del control de esa dependencia. (existirían otras variables a tener en cuenta)*

Pero reinterpretando la pregunta: No hay un tiempo establecido sino objetivos a lograr: cambio de ambiente de consumo por un estilo de vida saludable, reestructuración de vida laboral, familiar y social, abstinencia continuada de al menos dos años, aprendizaje y puesta en práctica de estrategias de afrontamiento a situaciones de riesgo, detección precoz de situación problema..”

-TS 2: *“En principio según la Junta, una persona que ha estado 6 meses en un tratamiento se podría decir que ya tiene superado su dependencia, pero a partir de ese momento es cuando hay que trabajar su inserción laboral, familiar, formativa etc, yo diría que entorno a un año más o menos.”*

Respuesta 11:

-TS 1: *“Contamos con un programa de empleo dirigido en especial a este colectivo con mayor vulnerabilidad y bajo perfil de empleabilidad. Son derivados a este recurso, se siguen los casos en reuniones mensuales.”*

-TS 2: *“Tenemos en el centro un servicio de orientación laboral, en ese servicio les damos formación que necesiten, el tema de la brecha digital (muchas gente no se maneja con los móviles, ordenadores), reorientar su situación laboral porque hay gente que viene de la hostelería pero que por su situación de dependencia no va a poder volver, hay que formarle, reciclarle, para que pueda trabajar en otro sector, y se les apoya en elaborar el curriculum, en aprender a hacer entrevistas de trabajo, intermediación con empresas, hay un servicio de orientación muy interesante.”*

Respuesta 12:

-TS 1: *“Hemos suprimido las consultas presenciales pero el CAD ha permanecido abierto a diario para la dispensación de la medicación. Desde finales de marzo se realiza seguimiento telefónico y si se detecta algún problema se deriva al profesional adecuado. Se han detectado varios casos de dificultad económica y social siendo derivados al Programa Responde para dar cobertura a la necesidad de forma urgente.*

Las personas que han contactado con nosotros para inicio de tratamiento han sido atendidas de manera inmediata.”

-TS 2: “Ha afectado bastante evidentemente, porque tuvimos que cerrar el centro, esto ha supuesto para muchas personas tener recaídas, pero desde el primer momento nosotros no hemos dejado de tener contacto con los usuarios ni con las familias y nos hemos ido adaptando, hemos realizado entrevistas por videoconferencia, y ahora ya llevamos un tiempo desde abril que estamos haciendo terapias grupales online, para que ellos sigan teniendo sus grupos de terapia dos días a la semana aparte de las entrevistas que puedan tener con nosotros por videoconferencia. No es lo mismo lo presencial porque se trabaja mucho mejor, pero ellos han estado y nos valoran y agradecen mucho que hayamos estado ahí. Tenemos una comunidad residencial, (internos) esa si que coincidió que el fin de semana que se fueron a casa fue el estado de alarma y no pudieron volver, pero ya se ha vuelto a abrir y los internos están de nuevo aquí y podemos trabajar con ellos de forma presencial y con el resto de usuarios ambulatorios, lo hacemos de forma online, plataformas grupos y claro afecta, porque trabajamos mucho lo afectivo, y trabajamos por teléfono y por videoconferencia y es más complicado.”