



# **TRABAJO FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL**

**“LA INTERVENCIÓN SOCIAL Y LA EVOLUCIÓN DEL PERFIL  
DE LOS USUARIOS DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA  
S.RICARDO PAMPURI”**

**Autora:**

**Dña. Andrea Alonso García**

**Tutor:**

**D. Rogelio Gómez García**

**FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL.**

**UNIVERSIDAD DE VALLADOLID.**

**Curso 2020/2021**

**Fecha de entrega: 24 de Junio de 2021.**

## **Agradecimientos:**

*A mi familia, en especial mis padres, hermana y abuelos por ver siempre en mi algo positivo y ser mi impulso más necesario.*

*A mi compañero de aventuras, por acompañarme a superar una más juntos.*

*A mis compañeros y amigos de esta etapa tan importante en mi vida. Sois un gran descubrimiento para mi.*

*A mi tutor y profesores por haber colaborado a despertar tanta ilusión en mi y en mi futuro.*

*Para ti, Chatina. Por darme fuerzas en esta etapa final desde el primer momento y desde muy lejos, pero a la vez desde muy cerca.*

**“Si pudiéramos mirar en el corazón del otro y entender los desafíos a los que se enfrenta a diario, creo que nos trataríamos los unos a los otros con más gentileza, paciencia, tolerancia y cuidado” – Anónimo.**

## INDICE

<b>INDICE DE TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS. ....</b>	<b>5</b>
<b>RELACIÓN DE SIGLAS EMPLEADAS. ....</b>	<b>6</b>
<b>1.RESUMEN. ....</b>	<b>7</b>
<b>2.INTRODUCCIÓN. ....</b>	<b>8</b>
2.1 Justificación. ....	8
2.2 Objetivos ....	9
<b>3.MARCO TEÓRICO. ....</b>	<b>10</b>
3.1 Concepto de droga y su tipología: ....	10
3.2 Concepto de uso, abuso, consumo y tipología: ....	12
3.3 Conceptos de adicción, dependencia y su tipología: ....	13
3.4 Síndrome de abstinencia y craving: ....	14
3.5 Trastornos asociados al consumo de sustancias:.....	15
<b>4.MARCO LEGISLATIVO ....</b>	<b>18</b>
<b>5.SERVICIOS Y RECURSOS DISPONIBLES. ....</b>	<b>19</b>
5.1 Primer nivel asistencial:.....	19
5.2 Segundo nivel asistencial:.....	21
5.3 Tercer nivel asistencial: ....	23
5.4 El papel de las Comunidades Terapéuticas en el SAISDE.....	24
<b>6.ESTUDIO EMPÍRICO: LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA SAN RICARDO PAMPURI. ....</b>	<b>26</b>
6.1 Metodología. ....	26
6.2 Descripción del centro. ....	26
6.3 El Equipo Terapéutico.....	28
6.4 Evolución del perfil.....	29
6.5 Entrevistas a usuarios/as y profesionales. ....	40
6.5.1 Resultados de las entrevistas a usuarios/as.....	41
6.5.2 Resultados de las entrevistas a profesionales.....	43
<b>7.PROCESOS A IMPLEMENTAR POR LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS.....</b>	<b>46</b>
Proceso 1. Evaluación de la demanda de ingreso en Comunidad Terapéutica.....	47
Proceso 2. Admisión en CT. ....	49
Proceso 3. Desintoxicación. ....	51
Proceso 5. Desarrollo de intervenciones previstas para cubrir los objetivos del PIT.....	53
Proceso 7. Preparación del alta. ....	53
Proceso 8. Fin de la intervención. ....	53

<b>8. TRABAJO SOCIAL Y DROGAS.....</b>	<b>56</b>
<b>8.1 Antecedentes:.....</b>	<b>56</b>
<b>8.2 Modelos de intervención:.....</b>	<b>57</b>
<b>8.3 Intervención:.....</b>	<b>59</b>
<b>8.4 El Trabajo Social en Pampuri.....</b>	<b>61</b>
<b>9. CONCLUSIONES.....</b>	<b>64</b>
<b>10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>66</b>
<b>11. ANEXOS.....</b>	<b>68</b>
<b>Anexo 1: Normas de Funcionamiento Interno de la CT. ....</b>	<b>68</b>
<b>Anexo 2: Consentimiento Informado para Tratamiento en Régimen Residencial.....</b>	<b>74</b>
<b>Anexo 3: Contrato Terapéutico.....</b>	<b>76</b>
<b>Anexo 4: Organigrama de Atención al Paciente.....</b>	<b>78</b>
<b>Anexo 5: Modelo de entrevistas. ....</b>	<b>79</b>
<b>Anexo 6: Entrevistas a usuarios de C.T. ....</b>	<b>81</b>
<b>Usu.1: Sexo masculino, 7 meses de ingreso. ....</b>	<b>81</b>
<b>Usu.2: Sexo masculino, 1 mes y medio de ingreso. ....</b>	<b>83</b>
<b>Usu.3: Sexo femenino, 3 meses de ingreso. ....</b>	<b>84</b>
<b>Usu.4: Sexo femenino, 2 meses de ingreso. ....</b>	<b>86</b>
<b>Anexo 7: Entrevistas a profesionales. ....</b>	<b>89</b>
<b>Prof.1 Trabajador Social del C.A.D :.....</b>	<b>89</b>
<b>Prof.2 Trabajadora Social C.T. Pampuri: ....</b>	<b>94</b>
<b>Prof.3 Psicóloga C.T. Pampuri: ....</b>	<b>98</b>

## INDICE DE TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS.

Tabla 3.1. Tipología de las drogas .....	12
Tabla 5.1. Recursos y servicios primer nivel asistencial. ....	20
Tabla 5.2. Recursos y servicios segundo nivel asistencial. ....	22
Tabla 5.3. Recursos y servicios tercer nivel asistencial. ....	23
Tabla 6.1. Población atendida. .... ¡Error! Marcador no definido.	30
Tabla 6.2. Sexo de usuarios/as. ....	30
Tabla 6.3. Lugar de procedencia. ....	33
Tabla 6.4. Principal droga de consumo. ....	34
Tabla 6.5. Vía principal de consumo. ....	35
Tabla 6.6. Coinfección de VIH y VHC. ....	37
Tabla 6.7. Diagnósticos psicopatológicos. ....	39
Tabla 6.8. Tipo de alta. ....	40
Tabla 6.9. Características principales de usuarios/as entrevistados. ....	40
Tabla 6.10. Características principales profesionales entrevistados. ....	41
Tabla 8.1. Funciones del T.S en Pampuri. ....	62
Gráfica 1. Edad media. ....	31
Gráfica 2. Estado civil. ....	32
Gráfica 3. Situación laboral. ....	32
Gráfica 4. Problemas judiciales. ....	33
Gráfica 5. Consumo de dos o más sustancias. ....	36
Gráfica 6. Infección por VIH y VHC. ....	37
Gráfica 7. Patología psiquiátrica. ....	38
Gráfica 8. Patología psiquiátrica por sexo. ....	39
Figura 7.1. Mapa del proceso asistencial en C.T. ....	46
Figura 7.2. Evaluación de la demanda casos derivados. ....	48
Figura 7.3. Evaluación de la demanda casos acceso directo. ....	49
Figura 7.4. Procedimiento de admisión. ....	51
Figura 7.5. Evaluación Diagnóstica. ....	52
Figura 7.6. Fin de la intervención. ....	55

## RELACIÓN DE SIGLAS EMPLEADAS.

**CAD:** Centro de Atención Ambulatoria al Drogodependiente.

**CRD:** Comisionado Regional para la Droga.

**CT:** Comunidad Terapéutica.

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**PIR:** Plan Individualizado de Rehabilitación.

**RAD:** Red Asistencial Específica para Drogodependientes.

**SAISDE:** Sistema de Asistencia e Integración Social del Drogodependiente.

**TCD:** Trastorno por el Consumo de Drogas.

**TDAH:** Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad.

**TUS:** Trastornos por el Uso de Sustancias.

**TOC:** Trastorno Obsesivo Compulsivo.

**VHC:** Virus Hepatitis C.

**VIH:** Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

## 1. RESUMEN.

El presente trabajo pretende acercarse a la realidad de una Comunidad Terapéutica, en concreto a la Comunidad Terapéutica San Ricardo Pampuri, ubicada en Palencia y perteneciente al Centro Asistencial San Juan de Dios, la cual es un centro destinado a la atención y rehabilitación de personas drogodependientes que requieren del comienzo de un proceso de deshabitación y desintoxicación con el fin de lograr su recuperación y reinserción.

La figura del trabajador/a social es fundamental en todo el proceso y tratamiento que se lleva a cabo con los usuarios/as del centro y, además, será participe de todos y cada uno de los procesos y procedimientos llevados a cabo con los internos/as.

Las necesidades sociales, los avances y las modas, son factores cruciales para el consumo de las drogas en nuestra sociedad, por lo que analizar el perfil del usuario y realizar una comparativa, podrá guiar hacia una mejora y adaptación de la intervención que se brinda en el centro.

**Palabras clave:** Comunidad Terapéutica, drogodependiente, intervención, perfil, Trabajo Social.

### **ABSTRACT:**

This paper aims to approach the reality of a Therapeutic Community, specifically the Therapeutic Community San Ricardo Pampuri, a centre for the care and rehabilitation of drug-dependent persons who require the initiation of a process of de-addiction and detoxification in order to achieve their recovery and reintegration.

The figure of the Social Worker is fundamental in the whole process and treatment that is carried out with the users of the center and, in addition, will participate in each and every one of the processes and procedures carried out with the inmates.

Social needs, advances and fashions, are crucial factors for the consumption of drugs in our society, so analyze the profile of the user and make a comparison, will be able to guide the improvement and adaptation of the intervention offered in the centre.

**Key words:** Therapeutic Community, drug-dependent, intervention, profile, Social Work.

## 2. INTRODUCCIÓN.

Las drogas no sólo son un problema para el drogodependiente, sino que estas afectan a muchos otros aspectos relacionados íntimamente con el sujeto adicto. Interfieren en el entorno, en el ámbito familiar, laboral, social y educativo. Son una problemática social a nivel sanitario, económico y cultural, entre otros.

No todas las personas drogodependientes presentan las mismas características ni circunstancias, por lo que su intervención tendrá que verse adecuada a su situación personal para lograr la rehabilitación. Desde la Comunidad Terapéutica (CT en adelante) y mediante una atención integral, ese será el objetivo principal.

La dependencia, el consumo, el abuso y la adicción son conceptos que, en nuestra sociedad, se ven igualmente definidos y es por ello que será necesario puntualizar en cada uno de ellos para comprender sus diferencias.

El presente Trabajo Fin de Grado (TFG en adelante) tiene el objetivo de analizar, comparar y reflexionar sobre la intervención social brindada y la evolución de las personas usuarias. El marco de referencia es la CT San Ricardo Pampuri, perteneciente al Centro Asistencial San Juan de Dios de Palencia.

El documento trata de presentar los servicios y recursos que tienen a disposición el colectivo de personas drogodependientes y también mostrar el desarrollo de una CT, así como analizar el papel de la disciplina del Trabajo Social (TS en adelante) en el ámbito de las drogas.

Así mismo, se muestra el funcionamiento de la CT y los procesos a implantar desde la misma. A su vez, será interesante analizar los cambios producidos en el perfil de los usuarios/as de la misma para así, poder tomar conciencia sobre los puntos a los que afecta el problema conforme pasa el tiempo y la sociedad evoluciona. Del mismo modo, se muestran algunos de los trastornos asociados al consumo de sustancias, lo cual podrá servir como medio de concienciación y conocimiento para el lector.

### 2.1 Justificación.

He elegido este tema como TFG, ya que a raíz de la realización de mis dos períodos de prácticas en el centro sobre el que gira el presente documento, despertó en mí un deseo de conocer más sobre el colectivo de personas usuarias y, en general, del colectivo de personas con adicciones.

Desde siempre he considerado las drogas como una gran problemática social que estuvo y está muy presente en la sociedad, pero a su vez, considero que se aparta la mirada ante ciertas situaciones y hechos. Así mismo, la drogadicción no adquiere el peso que realmente tiene en cuanto a la escala de preocupaciones sociales y es un aspecto en el que hay que intervenir y trabajar para poner remedio y/o mejora.

La motivación principal para realizar este trabajo es la curiosidad que en mí despertaron esas prácticas como trabajadora social y, sobre todo, el hecho de que el TS forme parte de esa lucha hacia el cambio es algo que me impulsa a seguir informándome sobre ello.

## 2.2 Objetivos

A continuación, se presentan los objetivos que se desean lograr con la realización del TFG.

En cuanto a **objetivo general**:

- Dar a conocer la situación actual de la intervención social y el perfil de los usuarios/as de una CT mediante la revisión de datos y realización de entrevistas.

Otros **objetivos** de carácter **específico** son:

- Conocer los recursos y servicios a disposición del colectivo de personas drogodependientes.
- Diferenciar y adquirir conocimientos sobre los conceptos relacionados con el ámbito de las drogas.
- Destacar la importancia y gravedad de la situación.
- Resaltar la importancia de la intervención social.
- Valorar la importancia del TS a la hora de intervenir con el colectivo.
- Trasmitir un mensaje de concienciación de la situación al lector/a con la lectura del presente documento.

### 3. MARCO TEÓRICO.

#### 3.1 Concepto de droga y su tipología:

El concepto de droga y su percepción social ha ido evolucionando con el paso del tiempo. Así mismo, el fenómeno de las drogas ha ido sufriendo un proceso evolutivo adecuándose a los tiempos, las creencias, las culturas y las religiones. También ha cambiado en cuanto a los usuarios, las vías de uso, las sustancias consumidas y sus tipos, y la percepción social del fenómeno (Osuna, 2005, p 1270).

Según Cunha (2012) las drogas son sustancias naturales o sintéticas que, al ser ingeridas por una persona, pueden producir cambios psicológicos, físicos (orgánicos) y emocionales. Aunque algunas son utilizadas con fines médicos, para el tratamiento, prevención y diagnóstico de algunas enfermedades, gran parte de estas sustancias son utilizadas de maneras que causan daño a la integridad de la persona que las utiliza y de quienes están a su alrededor.

Las drogas son sustancias que, adentradas en el organismo por la vía de administración que sea, provocan una alteración del funcionamiento del sistema nervioso central del sujeto consumidor y puede crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

La diversidad que presentan las drogas permite realizar una diferenciación entre ellas tomando como referencia determinados criterios destacados por algunos autores. Es así que se, como muestra la *Tabla 3.1*, existen diversos tipos de drogas.

##### ○ **Tipología de las drogas:**

Para establecer una diferenciación en cuanto a los tipos de drogas, hay que tener en cuenta una serie de aspectos para establecer dicha clasificación. Dependiendo de su **origen**, Caudevilla (2007) muestra:

- Drogas naturales: las que aparecen de forma espontánea en la naturaleza, en general hongos o vegetales.
- Drogas sintéticas: aquellas que requieren de procesos físicos o químicos para su preparación.

Algunos autores como Valdés et al. (2018) establecen una diferenciación de las drogas en función del **riesgo** y la **gravedad** de sus efectos para el organismo:

- Drogas blandas: término aplicado a los derivados del cannabis, a la cafeína, etc. Por lo general el término se aplica a sustancias cuyo consumo no conlleva patrones de comportamiento social desadaptativos (p. 173).
- Drogas duras: drogas altamente adictivas que comportan serios daños a la salud (p. 173).

En cuanto a la diferencia entre una y otra, es que la dura produce adicción o dependencia a nivel físico y psíquico, sin embargo, la droga blanda causa adicción y/o dependencia, pero exclusivamente a nivel físico o psíquico (Valdés et al., 2018, p. 174).

La realidad es que la morbilidad, mortalidad y gasto sanitario asociado al consumo de tabaco y alcohol, consideradas drogas blandas, es mucho mayor que para el resto de las drogas, consideradas como duras.

El **estado legal** de las drogas es otro aspecto a tener en cuenta para realizar una categorización de las mismas. En España, está presente la Ley nº7223 desde mayo del año 1991, conocida como “Ley de Psicotrópicos” que pretende regular el uso, tráfico y comercialización de estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas no autorizadas para el uso y fiscalizar las actividades que se relacionen con las mismas. De acuerdo a esta ley, se categoriza como lícitas o ilícitas (Cunha, 2012, p. 399).

- Las drogas lícitas, son sustancias que, aunque en muchos casos son psicoactivas, y por tanto con efectos importantes sobre el organismo del individuo, son aceptadas social y culturalmente o bien, prescritas por un/a médico. Corresponden a este tipo de drogas la cafeína, el tabaco, el alcohol y los medicamentos bajo prescripción médica (Cunha, 2012).
- Las drogas ilícitas, son sustancias psicoactivas cuyo uso es prohibido por la peligrosidad en su uso y en su abuso. No son aceptadas social ni culturalmente y se incluyen los medicamentos que no son utilizados bajo prescripción médica. Entre las drogas ilegales se encuentran la marihuana, la cocaína, la heroína, los ácidos, etc (Cunha, 2012).

Dependiendo de su **afectación al Sistema Nervioso Central** (SNC, en adelante) se puede establecer una diferenciación de las drogas, ya que estas varían sus efectos en el SNC del sujeto consumidor. Así es que Osuna (2005) muestra:

- Drogas depresoras: relentecen la actividad nerviosa y disminuyen el ritmo de las funciones corporales: alcohol, disolventes volátiles, heroína, benzodiazepinas... (p. 1275).
- Drogas estimulantes: incrementan el ritmo funcional del organismo y excitan la actividad nerviosa: cocaína, anfetaminas, drogas de síntesis... (p. 1276).
- Drogas alucinógenas: afectan a la conciencia, alteran la percepción y los sentidos: LSD, cannabis, drogas de síntesis... (p. 1276).

Según la **vía de administración** empleada, es decir, el modo en que las sustancias son introducidas en el organismo, influye en el tiempo que la persona consumidora tarda en sentir los efectos de la sustancia consumida en su organismo. Osuna (2005) establece la siguiente categorización según este criterio:

- Vía oral: en forma de ingestión, mascado o sublingual, es la vía más utilizada para el consumo de anfetaminas, LSD, barbitúricos, drogas de síntesis, alcohol, etc.
- Vía pulmonar: la sustancia puede ser inhalada y/o fumada, es característico de la nicotina, cannabis, crack (derivado de la cocaína).
- Vía nasal: requiere que la sustancia sea aspirada (esnifada), es característico de uso de la cocaína.
- Vía rectal o genital: se aplica sobre la mucosa anal o genital, se usa sobre todo en cocaína, heroína.
- Vía parenteral: hay que utilizar una jeringuilla hipodérmica como utensilio imprescindible para administrarse la droga. La vía intravenosa, intramuscular y subcutánea, sobre todo, se da en heroinómanos, morfinómanos (p. 1275).

A continuación, la *Tabla 3.1* muestra de forma esquemática lo desarrollado anteriormente. En ella se puede encontrar los diferentes tipos de drogas en función del criterio que se utilice para realizar una categorización.

**Tabla 3.1.**  
**Tipología de las drogas.**

SEGÚN SU...	TIPO DE DROGA				
ORIGEN	Naturales			Sintéticas	
RIESGO	Blandas			Duras	
LEGALIDAD	Ilegales			Legales	
AFECTACIÓN	Depresoras	Estimulantes		Alucinógenas	
VÍA DE ADMINISTRACIÓN	Oral	Pulmonar	Nasal	Rectal/genital	Parenteral

Fuente: Elaboración propia a partir de Osuna (2005), Cunha(2012) y Caudevilla (2007).

Una vez analizado el concepto de droga, sus variaciones y tipologías en función de algunos criterios, es momento de analizar y comprender las implicaciones y consecuencias que conlleva el uso, abuso o consumo de estas, así como de conocer dichos términos.

### 3.2 Concepto de uso, abuso, consumo y tipología:

En la actualidad, algunos de estos términos son controvertidos y se entienden de manera diferente en función de la cultura, la sociedad, las costumbres...etc. En culturas como la musulmana, en la que el consumo de alcohol es una conducta rechazable, cualquier consumo se considera abuso (Osuna, 2005, p. 1271).

El **uso** de drogas, según autores como Molina (2008), se refiere a “la utilización sin implicaciones clínicas ni sociales, siendo sinónimo de consumo ocasional o episódico”. (p. 26)

Así mismo, Osuna (2005) considera al uso como “la utilización de una sustancia, el gasto de ella de forma aislada, ocasional, sin que produzca efectos sociales, médicos, familiares, laborales, etc.” (p. 1271)

Se habla de uso, a diferencia del concepto de abuso, cuando la conducta no se reitera continuamente, sino que el sujeto consumidor tiene la capacidad de interrumpir y frenar el consumo en cualquier situación o momento, sin consecuencias negativas posteriores.

Se trata de una situación de **abuso** de drogas cuando la conducta es desadaptativa, es decir, la persona que consume dedica una gran parte de su tiempo al consumo, en ocasiones se abandonan otras actividades para emplear más tiempo en esta nueva, en el consumo de drogas.

El abuso de drogas conlleva un consumo agudo y dilatado en el tiempo, que puede producir cambios en ciertos aspectos del cerebro que podrán desencadenar y/o conducir a un desorden permanente en el comportamiento, en la mente y en las emociones del sujeto (Molina, 2008, p. 27).

Tal y como publicó el Comité de Expertos de la OMS, el abuso hace referencia a “consumo excesivo, persistente o esporádico de drogas, que no es consecuente ni está relacionado con una práctica médica aceptable” (p. 12)

Por lo tanto, el abuso, será todo consumo de sustancias psicoactivas que sea capaz de dañar o amenace con ello a la salud física y/o psíquica o bienestar social de un sujeto, grupo o sociedad (Osuna, 2005, p. 1272).

Los **patrones de consumo** pueden variar en función de la dosis empleada, la vía de administración empleada y la temporalidad o tiempo de consumo de la/las drogas utilizadas. Es por ello que se produce una categorización de las diversas formas de consumo existentes:

- **Consumo recreativo o social:** utilizando dosis altas y concentradas en un espacio de tiempo muy corto. Se acaba el consumo cuando se termina la droga o el sujeto no puede continuar.
- **Consumo compulsivo:** es un uso crónico, casi diario o diario. El consumo de la sustancia es el controlador de la vida de la persona consumidora, se presenta una clara dependencia.
- **Policonsumo:** es cada vez más frecuente que las personas consumidoras que presentan una dependencia a una sustancia posteriormente presenten otra posterior a una sustancia diferente. Generalmente puede deberse a la dificultad o escasez a la hora de adquirir la primera. Una vez se ha comenzado el consumo de una, es más fácil que se inicie el consumo de otras sustancias.

“El patrón de consumo más habitual de estas sustancias es el ocasional o esporádico, asociado a espacios de ocio y en el seno de policonsumo de distintas sustancias” (Caudevilla, 2007, p. 16)

### 3.3 Conceptos de adicción, dependencia y su tipología:

Durante años, las conductas adictivas han sido consideradas una problemática social y no una enfermedad. A las personas que lo padecían siempre se les consideraba una escoria social y no una persona enferma (Valdés et al., 2018, p. 173).

El término de adicción es en ocasiones utilizado como sustituto del de dependencia, pero es importante conocer ambas definiciones.

La **adicción** implica un deterioro considerado y un malestar notable en el sujeto. Conlleva un desarrollo avanzado de la tolerancia a la droga, es decir que presenta una necesidad constante de incrementar la dosis empleada para lograr el efecto deseado, además de una pérdida de control sobre el consumo, una reducción de las actividades sociales, laborales y/o recreativas e incluye dedicar mucho tiempo a conseguir, consumir y recuperarse de los efectos del consumo (Cunha, 2012, p. 394)

La OMS (1994) estableció una definición para el concepto de **dependencia**:

En sentido general, estado de necesitar o depender de algo o de alguien, ya sea como apoyo, para funcionar o para sobrevivir. Aplicado al alcohol y otras drogas, necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para encontrarse bien o para no sentirse mal (p.30).

La **capacidad de adicción** es el concepto que Khan (2020) considera se emplea para determinar la probabilidad que tienen la drogas de causar un Trastorno por Uso de Sustancias. Así mismo reflexiona acerca de este concepto:

La capacidad de adicción depende de una combinación de factores, entre los que se incluyen: cómo se utiliza la sustancia, la intensidad con que la sustancia estimula la vía de recompensa del cerebro, la velocidad de actuación de la sustancia y la capacidad de la sustancia para introducir tolerancia o síntomas de abstinencia (párr. 10).

El consumo de sustancias puede conducir a dos **tipos de dependencia**, a distinto nivel y no excluyentes uno del otro:

- **Dependencia física:** se da cuando el cuerpo de una persona necesita la droga para desenvolverse cotidianamente. Este tipo de dependencia se relaciona con el desarrollo de la tolerancia a esta sustancia, pero su característica fundamental es que cuando se deja de consumir la droga se presenta el “síndrome de supresión”, el cual es un estado de alteración física, conductual y emocional que sigue a la suspensión del uso de la droga. (Cunha, 2012, p. 394)

- **Dependencia psíquica:** se presenta cuando la persona busca el uso compulsivo de la droga que consume, pues experimenta un estado de placer que le exige la administración regular de esta sustancia y le hace sentir que no puede dejar de consumir. También se genera cuando la persona piensa y siente que solo con la droga puede enfrentar algunas situaciones de su vida. (Cunha, 2012, p. 394)

Caudevilla (2007), en cuanto a los dos tipos de dependencia, afirma que:

En realidad, esta distinción no tiene mucho sentido, ya que son dos procesos que van íntimamente ligados y todos los fenómenos psicológicos tienen una base orgánica en el SNC. Pero la dependencia física o fisiológica se relaciona con el síndrome de abstinencia mientras que la dependencia psicológica está en relación con el fenómeno de craving (p.5).

### **3.4 Síndrome de abstinencia y craving:**

El término síndrome de abstinencia se refiere al conjunto de reacciones físicas o psíquicas que ocurren cuando una persona dependiente cesa el consumo de esa sustancia que le genera la dependencia (Valdés et al., 2018, p. 173).

En la misma línea, otros autores como Caudevilla (2007), definen al síndrome de abstinencia como “el conjunto de signos y síntomas que aparecen al cesar bruscamente el consumo de una sustancia, y que desaparece al volverla a consumir” (p. 5).

Así mismo, para Martínez et al. (2008) el síndrome de abstinencia es un grupo de signos y síntomas que aparecen en la persona dependiente como consecuencia de suprimir o reducir el consumo de una droga y estos son característicos de cada tipo de droga, dependiendo cual sea la consumida (p. 4).

Los síntomas presentados pueden ser variantes en función del tiempo que se lleva consumiendo y también dependiendo de la sustancia consumida. Son influyentes a su vez las características personales del sujeto, pudiendo así variar la manifestación del síndrome.

Khan (2020) afirma que “las personas que consumen drogas ilegales pueden hacerlo de forma ocasional y en dosis relativamente bajas sin que a menudo ello les provoque ningún daño. ( ... ) en este caso, los consumidores no desarrollan síntomas de abstinencia” (párr. 8).

El **craving** proviene del inglés <crave>: anhelar, ansiar. Uno de los primeros autores que realizó una definición del craving fue Wikler (1948, citado en Chesa et al., 2004) definiéndolo como “la urgencia intensa y agobiante para el uso de opiáceos durante la abstinencia” (p. 4).

Así mismo concluye:

Aunque existen diferentes conceptualizaciones, que han ido apareciendo durante todos estos años, se podrían definir una serie de elementos comunes en las diversas definiciones del craving; así se podría afirmar que: a) el deseo o craving forma parte de la adicción, b) existe una intensificación del deseo ante señales asociadas al consumo y, c) es importante el enseñar a los pacientes a analizar, afrontar y utilizar sus deseos y, a observar cómo desaparecen sin necesidad de consumo (Chesa et al., 2004, p. 4).

Por lo tanto, el craving es el deseo incoercible de consumir, que se produce por las ideas, recuerdos, estímulos condicionados, situaciones estresantes, etc., muy difícil de controlar por el

paciente y que incita a la búsqueda de las sustancias que apetece consumir (Bobes et al., 2011, p. 19)

### **3.5 Trastornos asociados al consumo de sustancias:**

En muchas ocasiones se produce una relación entre la aparición de problemas de salud mental y los Trastornos de Uso de Sustancias (TUS, en adelante). En el momento de su entrada en el organismo, las sustancias comienzan a activar el Sistema Nervioso Central (SNC, en adelante) y produce en el sujeto una sensación placentera. Es por esa sensación tan fuerte la causada, que la persona consumidora comienza a descuidar determinadas actividades que antes eran cotidianas para conseguir la dosis a consumir.

Los TUS pueden producirse tanto por el consumo de sustancias legales como de ilegales, independientemente de su aceptación social y/o uso médico.

- **Comorbilidad**

En su Glosario de Términos de Alcohol y Drogas, la OMS (1994) explica la comorbilidad o patología dual como un término que se refiere a:

“coexistencia de un trastorno debido al consumo de sustancias psicoactivas y de otro trastorno psiquiátrico en la misma persona. A veces, estas personas reciben el nombre de “enfermo mental consumidor de drogas”. Un significado menos frecuente es la coexistencia de dos trastornos psiquiátricos que no están relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. El término también se ha aplicado a la coexistencia de dos diagnósticos de trastornos debido al uso de sustancias”. (p. 32)

Los trastornos de los que se habla para que se dé la comorbilidad, pueden surgir en el mismo momento y que sea uno previo al posterior. La comorbilidad implica a su vez que haya una interacción de las dos enfermedades, no sólo de una, por lo que pueda empeorar la evolución conjunta de ambas combinadas.

Teniendo en cuenta la íntima relación que logran establecer los trastornos mentales y los problemas de adicción, Larrañaga (2006) explica que interactúan y se condicionan de manera mutua. Así mismo, haciendo referencia a las pruebas obtenidas, los trastornos psiquiátricos se suelen presentar antes que los trastornos inducidos por el consumo de sustancias, es decir, que aumentan la susceptibilidad del individuo frente a esos problemas. Sin embargo, los trastornos psiquiátricos, es posible se vean agravados por el consumo de sustancias (p.1).

“Cuando tienes tanto un problema de abuso de sustancias así como un asunto de salud mental tal como depresión, trastorno bipolar, o ansiedad, se llama trastorno concomitante o diagnóstico dual”. (Schmidt, 2015)

Algunos de los trastornos más frecuentes son:

- **Trastorno de la personalidad:**

Entre un 50% y 90% de la población que consume drogas, es afectada por el trastorno de la personalidad, por lo que se trata del más común entre el colectivo (Larrañaga, 2006, p. 5).

Castillo, Gómez et al., (2016) en su investigación realizada concluyen “existe evidencia empírica que demuestra la relación entre patrones de personalidad, tipos de delitos violentos y consumo de drogas o alcohol” (p. 32).

○ **Trastorno del control de los impulsos:**

El rol de impulsividad se puede describir como una capacidad de actuación inmediata e intensa, anticipatoria frente a los potenciales riesgos de sufrir estimulación aversiva. En la comprensión de las conductas adictivas representa una de las dimensiones clave manifestada por un autocontrol disfuncional, la gratificación inmediata, la búsqueda de sensaciones y/o la falta de previsión en la toma de decisiones, como principales descriptores. (Moral, Sirvent et al., 2018, p. 11).

○ **Trastorno bipolar:**

En cuanto al desencadenamiento de la enfermedad, el consumo de drogas y alcohol pueden adelantar el surgimiento de un episodio de bipolaridad en un sujeto que genéticamente esté predispuesto (Pérez de Heredia et al., 2001, p. 21).

Los pacientes que presentan trastorno bipolar y a su vez un trastorno coexistente por dependencia de sustancias, requieren más hospitalizaciones que las personas afectadas exclusivamente del trastorno bipolar, además presentan peor cumplimiento de la medicación y una mayor tasa de suicidio. (Pérez de Heredia et al., 2001, p. 22).

○ **Esquizofrenia:**

Es evidente que existe una relación entre la esquizofrenia y el consumo de diversas drogas. Además, las personas esquizofrénicas suelen hacer uso de una o más sustancias adictivas como son la nicotina, el alcohol, el cáñamo y las anfetaminas (De Miguel, 2011, p. 1).

La esquizofrenia es un desorden del cerebro que afecta la forma en que una persona actúa, piensa y ve al mundo. Las personas con esquizofrenia tienen una percepción alterada de la realidad, a menudo, la pérdida significativa con la realidad. Pueden escuchar cosas que no existen, hablar de maneras extrañas o confusas, creer que otros los están tratando de dañar, o sentir que están siendo espiados (Schmidt, 2015).

○ **Trastorno de ansiedad:**

En cuanto a los síntomas de este trastorno, Irurtia et al. (2009) muestra como “La sintomatología ansiosa producida por la abstinencia o la intoxicación de las sustancias suele ser transitoria y remite después de ser metabolizadas, reestableciéndose el equilibrio fisiológico del organismo” (p. 2)

La relación existente entre la ansiedad y el consumo de sustancias psicoactivas se presenta de dos modos: por un lado, el uso continuado de una sustancia puede conducir a experimentar síntomas e incluso problemas de ansiedad y, por otro lado, algunos trastornos de ansiedad pueden cursar con un mayor consumo de ciertas drogas, como, por ejemplo, el alcohol, el tabaco o los fármacos ansiolíticos o hipnóticos. En general, el consumo continuado de una sustancia psicoactiva puede conducir a la aparición de algunos síntomas asociados a la ansiedad, como malestar, irritabilidad o taquicardia. (Becoña, 2005; Roncero y Casas, 2004).

○ **Trastorno por estrés postraumático:**

Este trastorno, (TSPT, en adelante) es un trastorno de ansiedad a un nivel extremo, que se da después del caos producido por un evento traumático o que ha atentado contra la vida de la persona que lo sufre. Los síntomas de este trastorno implican pesadillas, recuerdos

sobre lo sucedido, hipervigilia, alarmarse con facilidad, alejarse de los demás y evitar situaciones que recuerden al evento sucedido (Schmidt, 2015).

○ **Fobia social:**

Schmidt (2015) define este trastorno como “un miedo irreal o exagerado a un objeto, actividad o situación específicos que en la realidad no presentan peligro alguno”

Por lo tanto, la fobia social es comprendido como el miedo y la evitación a situaciones públicas en las cuales la persona puede desarrollar síntomas de ansiedad (Camilli & Rdríguez, 2008, p. 1).

○ **Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC):**

La compulsión forma parte de un patrón de conducta que se produce cuando la persona no desea participar, pero es imposible detenerse porque siente mucha ansiedad, inquietud o malestar. Estas emociones se presentan cuando la persona que padece el trastorno detiene el patrón de conducta negativo (Schmatz, s. f.).

Así mismo, Schmatz mencione que “la compulsión está asociada con pensamientos obsesivos. ( ... ) se podría decir que la línea que divide una adicción de una obsesión-compulsión no es muy clara, y hasta podría decirse que en algunos casos sería arbitraria”.

○ **Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH):**

Faraone (2006) compara en uno de sus estudios la relación que presentan los factores del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDHA, en adelante) y del Trastorno por Consumo de Drogas (TCD, en adelante).

Interpretando algunos resultados obtenidos, Faraone (2006) sugiere que “El TDHA y el TCD pueden compartir también factores de riesgo biológicos” (p.1). Por lo tanto, es importante tener en cuenta que ambos trastornos pueden compartir factores de riesgo, ya sean genéticos o de carácter familiar. Es por lo que se afirma que “los descendientes de padres consumidores de drogas tienen más riesgo, no solo para TCD, sino también para inatención, impulsividad, agresividad, hiperactividad y TDHA” (Faraone, 2006, p.2).

En la línea del TDAH, otros autores afirman que los pacientes se presentan con otros trastornos psiquiátricos comórbidos, y a medida que avanzan, el TUS es uno de los más frecuentes (Soler, 2014, p. 28).

○ **Depresión mayor:**

Las enfermedades adictivas graves y la depresión, hoy en día, son reconocidas como un problema clínico común, que en muchas ocasiones presenta morbilidad (Renner et al., 2013, p. 1).

Puede ser que la DM induzca al consumo de sustancias o sea de manera contraria, que el encontrarse inducido en una dependencia a sustancias desarrolle una depresión mayor en el sujeto consumidor.

Los sujetos con DM son más vulnerables para el desarrollo de TUS y a su vez, los pacientes con TUS tienen mayor riesgo que la población en general de padecer DM a lo largo de su vida. Además, cuando la adicción y la depresión coexisten, puede implicar un peor curso clínico, una menor respuesta al tratamiento aplicado y un peor pronóstico para ambas patologías (Bobes et al., 2011, p. 146).

## 4. MARCO LEGISLATIVO

La Constitución Española de 1978, en su Título I, artículo 43, consagra el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud, al tiempo que establece la responsabilidad de los Poderes Públicos como garantía fundamental de este derecho.

En 1985 se impulsa El Plan Nacional sobre Drogas (PNSD, en adelante), una iniciativa del Gobierno de España con el objetivo de coordinar y potenciar las políticas que se llevaban y llevan a cabo desde las diferentes Administraciones Públicas y entidades en nuestro país. El PNSD se ubicó estructuralmente en el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Se aprobó la Ley 3/1994, de 29 de marzo, de Prevención, Asistencia e Integración social de Drogodependientes de Castilla y León, tratando de trasladar a los ciudadanos el compromiso de los Poderes Públicos en la búsqueda de soluciones y mejora de la problemática social que causa el consumo de drogas en nuestra sociedad. Esta norma afirma que el Plan Regional sobre Drogas es el instrumento estratégico para la planificación y ordenación de las actuaciones que en materia de drogas se lleven a cabo en la Comunidad Autónoma de Castilla y León, en la actualidad el VII Plan Regional Sobre Drogas (2017-2021).

Esta ley ha sufrido algunas modificaciones introducidas por la Ley 3/2007, de 7 de marzo.

El VII Plan regional sobre drogas tiene como objetivo estratégico, reducir la mortalidad, morbilidad y los problemas sociales más directamente relacionados con el abuso y dependencia de las drogas.

El III Plan Provincial sobre Drogas (2019-2022), destinado a Palencia y su provincia e impulsado por la Diputación de Palencia, es el que se adecúa a la información del presente TFG teniendo en cuenta la ubicación del centro a analizar.

Según la Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León, se otorga a las diputaciones provinciales la competencia para la planificación de los servicios sociales, en el marco, desarrollo y ejecución de la planificación autonómica, pudiendo aprobar Planes Provinciales Sobre Drogas elaborados en coordinación y de acuerdo con los criterios y directrices del Plan Regional Sobre Drogas.

La CT San Ricardo Pampuri presenta la legislación correspondiente que le otorga ser un Centro Sociosanitario y a su vez, un Centro Dispensador de Metadona.

## **5. SERVICIOS Y RECURSOS DISPONIBLES.**

El Sistema de Asistencia e Integración Social del Drogodependiente (SAISDE, en adelante), establecido en el artículo 16 de la Ley 3/1994, de 29 de marzo, de Prevención, Asistencia e Integración social de Drogodependientes de Castilla y León, estructura tres niveles básicos de intervención, otorgando al Plan Regional Sobre Drogas el legado de desarrollar dicho sistema, con indicación del circuito terapéutico.

A cada nivel asistencial se le asocian unos servicios, recursos, requisitos y funciones, por lo que la función y objetivos en cada uno de los centros y/o servicios será diferente en cada nivel básico de intervención.

El SAISDE incluye centros y servicios generales, específicos y especializados del Sistema de Salud y de Servicios Sociales de Castilla y León, complementados con recursos privados debidamente acreditados cuando las necesidades de la población lo requieran.

Como se establece en el III Plan Provincial Sobre Drogas (2019), “Castilla y León tiene una diversificada, profesionalizada y consolidada red de asistencia al drogodependiente que atiende con flexibilidad y eficacia” (p.65).

### **5.1 Primer nivel asistencial:**

Es la puerta de entrada al Sistema y sus recursos son los más accesibles, es decir, los que menos exigencias plantean al usuario a la hora de acceder a ellos. Sus objetivos son la detección, captación, motivación y derivación de drogodependientes a los servicios especializados para el comienzo de un tratamiento. Así mismo se detectan las necesidades sociales y sanitarias tanto de la persona drogodependiente como de sus familiares.

Los dispositivos pertenecientes a este nivel se presentan en la *Tabla 5.1*.

**Tabla 5.1.**  
**Recursos y servicios primer nivel asistencial.**

Recurso / Servicio	Nivel asistencial	Acceso	Demarcación Territorial	Derivaciones a
<b>Equipos de At. Primaria de Salud (EAPS)</b>	1	Directo o derivación de recursos nivel 1.	Zona Básica de Salud.	-Serv. Generales de Información, Orientación, Apoyo y Seguimiento. -Recursos especializados del nivel 2.
<b>Centros de Acción Social (CEAS)</b>	1	Directo o derivación de recursos nivel 1.	Zona Básica de Acción Social.	-Serv. Generales de Información, Orientación, Apoyo y Seguimiento. -Centros especializados de nivel 2.
<b>Centros específicos de primer nivel (Recurso de referencia)</b>	1	Directo o derivación de recursos nivel 1.	Provincia o menor.	-Recursos especializados de nivel 2.
<b>Serv. Mediación, Orientación, Asesoramiento y Motivación en el ámbito laboral.</b>	1	Directo o derivación de la red de mediadores u otros recursos de ámbito laboral.	Comunidad Autónoma.	-EAPS. -Recursos especializados nivel 2.
<b>Serv. Orientación y Asesoramiento a personas drogodependientes con problemas jurídico-penales.</b>	1	Directo o por derivación de otros recursos del SAISDE, especialmente de nivel 1.	Provincia o menor.	-Recursos especializados nivel 2.
<b>Serv. Atención de emergencia social para personas con drogodependencia.</b>	1	Directo o por derivación de recursos nivel 1.	Provincia o menor.	-Centros específicos nivel 1. -At. Primaria Sistema de Salud y Servicios Sociales. -Recursos especializados 2º nivel.

Fuente: Elaboración Propia a partir de VII Plan Regional Sobre Drogas.

Contextualizando los recursos y servicios del primer nivel presentes en la provincia de Palencia, tal y como se establece en el III Plan Provincial Sobre Drogas impulsado por la Diputación de Palencia (2019), se localizan los siguientes dispositivos:

- 15 Equipos de Atención Primaria de Salud.
- 11 CEAS.
- Dispositivos asistenciales para personas drogodependientes formados por ACLAD, ASCAT, ARPA y ARGU.

## **5.2 Segundo nivel asistencial:**

En este segundo nivel de intervención es el eje sobre el que gira una gran parte del proceso de asistencia a personas drogodependientes, mediante equipos ambulatorios interdisciplinarios encargados de diseñar y desarrollar planes individualizados de tratamiento especializado.

La oferta de recursos en el segundo nivel es diversa y variada (*Tabla 5.2*), ya que en ella se incluyen intervenciones sanitarias (médicas y psicológicas) y también de carácter social. Así mismo, el enfoque de estos dispositivos es terapéutico y su accesibilidad es flexible.

**Tabla 5.2.**  
**Recursos y servicios segundo nivel asistencial.**

Recurso / Servicio	Nivel asistencial	Acceso	Demarcación Territorial	Derivaciones a
<b>Centros específicos de Asistencia Ambulatoria a Drogodependientes (CAD)</b>	2	Directo o por derivación de recursos nivel 1 o 2.	Provincia.	- Centros Específicos del Primer Nivel. -Dispositivos asistenciales 3er nivel. -Recursos de integración sociolaboral.
<b>Unidades para el Tratamiento del Alcoholismo (UTA)</b>	2	Derivación de los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) y/o Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP).	Área de Salud correspondiente.	-Asociaciones de alcohólicos rehabilitados. -Unidades de Hospitalización Psiquiátrica. -Centros Residenciales de Rehabilitación. -Recursos generales y servicios de información y apoyo para la integración sociolaboral del colectivo.
<b>Serv.Especializados para el Tratamiento del Tabaquismo.</b>	2	Directo o derivación de EAPS y/ serv.mediación, orientación, asesoramiento y motivación en el ámbito laboral.	Provincia o menor.	-Unidades o consultas de tratamiento específico mediante EAPS.
<b>Unidades o consultas específicas del tratamiento del tabaquismo.</b>	2	Derivación de EAPS u otras consultas especializadas de atención.	Área de Salud.	No deriva
<b>Centros de día para drogodependientes</b>	2	Derivación de recursos de 1er y 2º nivel.	Provincia.	-Recursos 3er nivel. -Recursos de inserción sociolaboral.
<b>Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD)</b>	2	Derivación de At.Primaria y de UHP.	Distrito Psiquiátrico.	-Centros Específicos nivel 1. -UTAS. -CAD. -Recursos nivel 3.
<b>Programas asistenciales en Centros Penitenciarios.</b>	2	Según necesidades.	Según localización.	No deriva.

Fuente: Elaboración propia a partir de VII Plan Regional Sobre Drogas.

En la provincia de Palencia, según lo establecido en el III Plan Provincial Sobre Drogas, los recursos de segundo nivel presentes son:

- CAD dependiente de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios (Palencia).
- Equipos de Salud Mental Infanto-Juvenil en el Complejo Asistencial Hospitalario (Palencia).
- Unidad de deshabituación tabáquica del Hospital Río Carrión (Palencia).
- Programa de Deshabituación tabáquica de la Asociación Española Contra El Cáncer.
- Centros prescriptores y dispensadores: CAD, Centro Penitenciario y las tres Comunidades Terapéuticas: Spiral (Vañes), Aldama (Palencia) y Dr. Pampuri (Palencia), Centro dispensador: Asociación Comarcal de Ayuda a la Exclusión (ASCAT) (Palencia), Servicio asistencial de atención a drogodependientes en el Centro Penitenciario de la Moraleja (Dueñas).

### 5.3 Tercer nivel asistencial:

Constituido por recursos específicos con un alto nivel de especialización para el tratamiento de las drogodependencias en régimen residencial. En la *Tabla 5.3* se muestran los pertenecientes a este nivel.

**Tabla 5.3.**  
**Recursos y servicios tercer nivel asistencial.**

Recurso / Servicio	Nivel asistencial	Acceso	Demarcación Territorial	Derivaciones a
<b>Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH)</b>	3	Derivación de ESMD, UTA, CAD y Centros de Día para drogodependiente.	Comunidad Autónoma.	-Recursos que derivaron al usuario/a. -UDH. -CT.
<b>Unidades de Patología Dual</b>	3	Derivación de ESMD, UTA, CAD y de forma excepcional por la red de Salud Mental.	Comunidad Autónoma.	-Recursos que derivaron al paciente. -Unidad o a dispositivos asistenciales del tercer nivel (CT).
<b>Comunidades Terapéuticas (CT)</b>	3	Exclusivamente por derivación.	Comunidad Autónoma.	-Recursos que derivaron al usuario/a. -Otros dispositivos del SAISDE.
<b>Centros Residenciales para la rehabilitación de alcohólicos. (CRA)</b>	3	Derivación del nivel 2 y 3.	Comunidad Autónoma.	-Recurso ambulatorio que realizó la derivación.
<b>Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP)</b>	3	Desde Servicios Hospitalarios de Urgencias o derivación de ESMD y/o UTA.	Área de Salud.	-CT. -CRA.

Fuente: Elaboración propia a partir de VII Plan Regional Sobre Drogas.

Palencia capital y provincia cuenta con los siguientes dispositivos pertenecientes al tercer nivel:

- Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Complejo Asistencial Hospitalario San Telmo (Palencia).
- Centro Residencial de Rehabilitación de Personas Alcohólicas dependiente de la Asociación ALDAMA (Baquerín de Campos).
- CT Pampuri (Palencia).
- CT de la Fundación SPIRAL (Vañes).

#### 5.4 El papel de las Comunidades Terapéuticas en el SAISDE.

En los últimos años se han producido importantes avances en el tratamiento de las drogodependencias y con ello, la atención brindada a las personas que desarrollan esa dependencia. Se han ido reforzando los recursos disponibles y se han aplicado mejoras en las técnicas y procedimientos empleados para el tratamiento.

Se han consolidado diversos servicios de carácter asistencial, entre los cuales se encuentran las Comunidades Terapéuticas, objeto de estudio del presente trabajo. Estos dispositivos tienen que afrontar algunos retos importantes, como menciona la Guía de Procesos y Procedimientos Asistenciales para las Comunidades Terapéuticas (Junta de Castilla y León, 2011):

- Adaptación a los nuevos perfiles de consumidores de drogas.
- Ajuste al nuevo escenario organizativo e institucional: obligando a los centros a un doble proceso de convergencia: interna (con los demás dispositivos del SAISDE) y externa (armonización de los procesos y procedimientos con el Sistema de Salud).
- Mejora en la calidad de los servicios para satisfacer las necesidades que presentan los beneficiarios del servicio.

Las Comunidades Terapéuticas son servicios pertenecientes al tercer nivel asistencial del circuito terapéutico dentro de la Red Asistencial específica para Drogodependientes (RAD). Son dispositivos de carácter residencial a través de los cuales se brinda una asistencia integral, intensiva, adaptada y continuada a la situación y necesidades de las personas drogodependientes usuarias de las mismas. La finalidad es dar respuesta a las necesidades que presenta un determinado sector de la población drogodependiente y potenciar las capacidades favoreciendo un proyecto de vida sin drogas y su integración familiar y social.

El rasgo diferencial frente a otras modalidades terapéuticas es el uso de la comunidad, compuesta por el personal de tratamiento y aquellos en recuperación, como agente clave del cambio.

El acceso a este recurso se logra mediante la derivación de recursos asistenciales del segundo y tercer nivel.

Las funciones propias de este servicio son:

- Evaluación diagnóstica, desintoxicación, deshabitación y rehabilitación de drogodependientes en régimen residencial, incluida la realización de tratamientos con sustitutivos de opiáceos.
- Educación destinada a disminuir los riesgos y reducir los daños asociados al consumo de drogas.
- Prevención de enfermedades infectocontagiosas y seguimiento, en estrecha colaboración con el Sistema de Salud de Castilla y León, de la patología orgánica y de los trastornos mentales asociados al consumo.
- Realización de curas y atenciones básicas.
- Seguimiento de la situación familiar, judicial y de la problemática social de las personas en tratamiento.
- Formación pre-laboral y profesional ocupacional para drogodependientes en tratamiento con baja empleabilidad.
- Soporte residencial temporal a drogodependientes en tratamiento.
- Coordinación con recursos externos para asegurar la cobertura de las necesidades sociales del paciente tras su salida de la comunidad.

Algunos de los principios orientadores de la actividad asistencial en las comunidades son:

- La satisfacción de los clientes internos (equipos técnicos) y externos (residentes, familiares y profesionales de los otros dos niveles) orienta la totalidad de sus actuaciones.
- Reconocimiento de los pacientes como titulares de derechos y obligaciones.
- Coordinación con los dispositivos de referencia para asegurar el cumplimiento de los objetivos establecidos en la derivación.
- Actualización, adaptación y mejora continuada.
- Utilización de procedimientos diagnósticos y estrategias terapéuticas basadas en evidencias científicas.
- Evaluación de procesos y resultados para implementar mejoras.
- Continuidad terapéutica y estancias limitadas en el tiempo.
- Tratamientos integrales e individualizados.
- Diversidad y complementariedad en las respuestas asistenciales.

## 6. ESTUDIO EMPÍRICO: LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA SAN RICARDO PAMPURI.

### 6.1 Metodología.

La elaboración del presente TFG ha requerido de la utilización de una metodología combinada: por un lado, cuantitativa y por otro, cualitativa.

En primer lugar, en cuanto a la metodología cuantitativa, se ha procedido a la revisión de las Memorias Anuales realizadas por la C.T. Pampuri al acabar cada año en las cuales se registran datos relativos a las personas atendidas en el año natural y que ha aportado mucha información para el estudio de la evolución del perfil de los usuarios/as en los últimos años.

Así mismo, se han revisado datos del año 1996, una de las pocas memorias que dejaron sus datos plasmados en papel y la cual, es escasa si se compara con el resto de memorias. Es por ello que todas las tablas y gráficos que no tengan en cuenta el período de 1996, será porque su memoria no lo reflejaba o porque en ese momento no se incidía en aspectos tan concretos.

Por otro lado, la metodología cualitativa se refiere a la realización de entrevistas que se han llevado a cabo durante la elaboración del presente documento, tratando de sacar de ellas información de relevancia para comprender aún mejor el fenómeno de las drogas, su intervención y el proceso de recuperación que estas conllevan.

Consta de 4 entrevistas a usuarios/as actuales del centro, quienes han participado voluntariamente y cuyos nombres ni datos personales reflejan en ningún espacio del TFG. Por otra parte, 4 profesionales dedicados al ámbito de las drogodependencias aceptaron a colaborar en la realización del trabajo aceptando una entrevista, los cuales han plasmado sus ideas y experiencia en las respuestas brindadas.

Los modelos de entrevista se adjuntan en el *Anexo 5* del presente TFG, adecuando las preguntas en función del sujeto entrevistado.

### 6.2 Descripción del centro.

Herminio Felipe Pampuri, nacido el 2 de agosto de 1987 en Trivolzio (Pavia), más bien conocido como San Ricardo Pampuri, nombre que mantuvo durante su vida religiosa, estudió medicina antes de estallar la I Guerra Mundial, realizando el servicio militar prestando asistencia sanitaria en zona de conflicto. Era cristiano, y su devoción por los demás le llevó a realizar dichas obras. En 1927, comenzó su andadura como hermano en la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, siendo siempre uno de los más hospitalarios y destacando por ello (Orden Hospitalaria de San Juan de Dios).

En memoria de Fray Ricardo Pampuri y en honor a todas las buenas acciones llevadas a cabo durante su vida, muchas de ellas ya como perteneciente a la Orden San Juan de

Dios, se crea en el año 1991 la actual CT San Ricardo Pampuri, ubicada en el Centro Asistencial San Juan de Dios de Palencia.

La CT pertenece al área de intervención de las drogodependencias, en el cual se identifica a su vez otro recurso, el CAD. Esta área está constituida por dispositivos específicos de carácter regional, que, acreditados por la Junta de Castilla y León, forman parte del circuito terapéutico de atención al drogodependiente (Centro Asistencial San Juan de Dios de Palencia, 2017).

En el momento de su fundación, se contaba con dos servicios diferenciados: Unidad de Desintoxicación Hospitalaria y Comunidad Terapéutica. El primero de ellos terminó por disolverse y dejar de funcionar, pero a día de hoy el segundo recurso sigue en funcionamiento y con una muy buena aceptación.

El Doctor Terán, médico psiquiatra en la atención a drogodependencias y actual Coordinador y Responsable Médico del CAD San Juan de Dios de Palencia, muestra la urgencia que existía de adecuar algún servicio al colectivo al que se destina la atención.

*La ausencia de políticas dirigidas a combatir el fenómeno de la droga en sus diferentes áreas fueron los factores que propiciaron en nuestro país la creación del Plan Nacional Sobre Drogas en 1985 por un acuerdo del Congreso de los Diputados. Uno de sus objetivos, la creación de centros específicos de tratamiento de las adicciones, inexistentes hasta ese momento, abrió la puerta al compromiso de la Orden Hospitalaria de los Hermanos de San Juan de Dios en la atención a este campo de la salud.*

*La Orden Hospitalaria dio respuesta una vez más a un problema social, basándose en su carisma hospitalario, sus Constituciones y Documentos emanados de los Capítulos Generales, que desde mediados del siglo XX habían empezado a señalar la necesidad de dar respuesta a las necesidades del hombre de nuestro tiempo, a los "nuevos necesitados": las personas sin techo, los enfermos en fase terminal, los emigrantes, los ancianos, las personas en condiciones de enfermedad y limitaciones crónicas, los enfermos de SIDA y los tóxicodependientes. (Terán, 2017).*

Este recurso está destinado a la desintoxicación, la deshabitación y la reinserción de drogodependientes en régimen de internamiento. Es un recurso sociosanitario que tiene como misión brindar una atención integral a las personas usuarias en un momento concreto de su proceso evolutivo.

Las instalaciones de la CT se ubican en el complejo residencial, el cual se compone de otras áreas que tratan aspectos de la salud mental, sean de carácter ambulatorio o de internamiento. Cuenta con amplios jardines de los cuales los usuarios pueden hacer uso y disfrute en su tiempo libre, una piscina descubierta para los residentes de la CT, habitaciones en régimen individual o compartido, cocina, comedor, capilla, aulas para los talleres que se imparten, sala de audiovisuales, gimnasio, huerto, despachos de los profesionales, recibidor, ascensor y amplios pasillos.

El día a día en el centro se desarrolla de manera muy normalizada. En primer lugar, todos los días los usuarios/as despiertan a la misma hora y comienza el día. El desayuno se tomará todos por igual y en el mismo momento, posteriormente, las habitaciones deben estar ordenadas y limpias, así como los internos/as limpios y aseados para dar comienzo a las actividades, terapias y talleres a los que asistirán.

Diariamente se reúnen tras el desayuno todos los usuarios/as y junto con los profesionales comentan cómo está funcionando la CT, qué incidencias ha habido y cómo se ven unos a otros. Se asigna semanalmente un responsable diario (RD) que se encargará de observar y comprobar que las actividades asignadas se llevan a cabo correctamente por cada uno de ellos/as (limpieza, mantenimiento, jardinería, lavandería...) y que las normas de funcionamiento se están cumpliendo. En caso de no ser así, será el encargado de decirlo en la asamblea diaria.

Durante la duración del tratamiento, según las circunstancias y situación de cada usuario/a, se otorgan unas salidas y/o permisos que pueden variar su duración: las primeras son de un solo día y se regresa al centro a dormir, pero posteriormente los internos/as regresan a sus casas por unos días, lo cual les pondrá a prueba para comprender la dificultad que conllevará su alta.

Aleatoriamente, y no necesariamente tras una salida o permiso, se realizan pruebas de sangre u orina para comprobar que, efectivamente, los usuarios no están consumiendo y están llevando a cabo su proceso de desintoxicación. En caso de no obtener un resultado negativo, se procederá a la expulsión.

Se va manteniendo contacto de forma continua entre los profesionales del Equipo Terapéutico y los usuarios para así comprender en qué momento de su tratamiento se encuentran, ya que este no es lineal, sino que habrá varios momentos de cambios que requieran de la ayuda de algún profesional.

### 6.3 El Equipo Terapéutico.

El conjunto de profesionales que desempeñan su labor en la CT está compuesto por:

- Trabajador/ Social: quien se encarga del ámbito social, jurídico, familiar y laboral. Lleva a cabo intervenciones con los usuarios/as desde el momento de su ingreso y es de ayuda para ellos en temas como: conocer la fecha de los juicios, saber si se conceden o no algunas prestaciones, en qué estado se encuentran algunas resoluciones judiciales... entre muchos otros trámites que lleva a cabo el profesional.
- Psicólogo/a: profesional encargado de tratar los aspectos psicológicos y sociales, trabajando en coordinación con el resto del Equipo Terapéutico. Encargado de realizar informes, valoraciones, prescripciones... entre otros. Realiza seguimiento para conocer el estado de cada usuario/a.
- Médico/a: encargado de los aspectos sanitarios. Realiza la valoración, la inspección, la adecuación del tratamiento a cada uno de los usuarios... y en todo momento seguimiento.

- Auxiliares/monitores: encargados de la realización de talleres, el mantenimiento del orden y la armonía en la C.T, así como la consigna de dinero, la preparación de las habitaciones para los nuevos usuarios/as en el ingreso... entre otras muchas actividades realizadas.

#### 6.4 Evolución del perfil.

A continuación, se realizará un análisis de los datos obtenidos en las Memorias Anuales realizadas por la propia CT cuando finaliza cada periodo anual para realizar un estudio sobre la evolución del perfil del usuario/a del centro.

La metodología empleada para dicha revisión será la interpretación de los datos de las memorias de los años 1996, 2016, 2017, 2018, 2019 y 2020. Se produce un salto tan brusco de 20 años sin datos, ya que, en momentos previos al establecimiento de la norma ISO en el centro, no se plasmaban los datos en memorias, y sólo se logra encontrar unos escritos que reflejan algunos datos de 1996, lo cual será interesante de analizar teniendo en cuenta el momento tan determinante que sufría el ámbito de las drogas en nuestro país en ese momento. Así mismo, mediante esta revisión de datos, se podrá conocer el perfil de los usuarios/as de la CT Pampuri en los últimos 5 años.

No es posible identificar los mismos datos en la Memoria realizada en 1996 que en las más actuales, ya que, en momentos pasados se tenían en cuenta datos muy generales. Sin embargo, son muchos los aspectos que se tratan de reflejar en las memorias de los últimos años, las cuales sí se centran en datos y aspectos más concretos y específicos del perfil de los internos/as.

Es importante tener en cuenta en todo momento que, en 2020, con la situación de pandemia que atravesó la sociedad, se restringieron los ingresos. El CRD no realizó derivaciones durante cuatro meses, por lo que no ingresaban nuevos internos/as al centro salvo emergencias sociales. De este modo se aseguraba un menor contagio y propagación del virus, así como lograr una menor saturación de la red asistencial.

Los datos que se muestren en porcentaje y sean correspondientes a datos del año 2020 se mantendrán en la línea de los demás porcentajes. Cuando se trate de datos sin porcentaje se notará esa reducción de población de la que se habla anteriormente.

##### ○ **Población atendida.**

El número de nuevos ingresos se ha mantenido en una puntuación entre 71 y 101, despuntando en el año 2019 con la mayor cifra de todas (124 ingresos).

Por lo general, el número total de población atendida se mantiene constante. En la *Tabla 6.1* se muestran los datos anteriores.

**Tabla 6.1.**  
**Población Atendida.**

	Año					
	1996	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Nº usuarios nuevo ingreso</b>	No consta.	80	101	99	124	71
<b>Población total atendida(*)</b>	143	112	135	127	153	106

(\*) Población total atendida se refiere al número total de personas ya ingresadas cuando comenzó el año y los nuevos ingresos.

Fuente: Elaboración propia según Memorias Anuales CT Pampuri.

Algunos de los **aspectos personales** de los usuarios/as que se tienen en cuenta para analizar la evolución del perfil son:

○ **Sexo:**

Uno de los factores a tener en cuenta para estudiar la evolución del perfil de los usuarios/as, es el sexo. La *Tabla 6.2* muestra el porcentaje de pacientes mujeres y hombres en los respectivos años.

Se observa una clara evidencia, siempre es menor la cantidad de mujeres que acceden al centro que de hombres. Los datos más cambiantes se encuentran entre la primera y segunda fecha, sin llegar a ser destacable ya que el porcentaje de usuarias se ha mantenido estable en el tiempo, puntuando entre 8% y 21%. No se han producido grandes variaciones, aunque en los últimos registros se observa una tendencia creciente en el sexo femenino.

**Tabla 6.2.**  
**Sexo de usuarios/as.**

Sexo	Año					
	1996	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Mujeres</b>	21%	8%	10%	10%	13%	14%
<b>Hombres</b>	79%	92%	90%	90%	87%	86%

Fuente: Elaboración propia según Memorias Anuales CT Pampuri.

○ **Edad:**

Por otro lado e indudablemente, tal y como muestran los estudios con sus datos y los propios profesionales del centro en sus entrevistas, lo más destacable es que los pacientes actuales presentan un mayor deterioro físico, un envejecimiento considerable y su cronificación es cada vez mayor. Esto tiene íntima relación con lo que muestra la *Gráfica 1*, la edad media que presentan los usuarios.

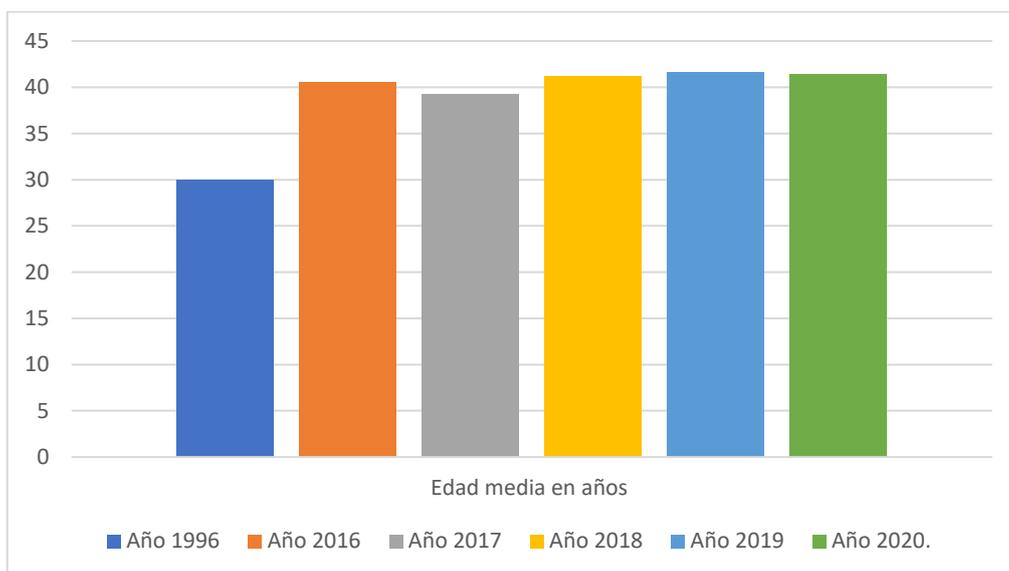
El mayor cambio y el más brusco se aprecia entre los datos del primer período y el resto. En 1996, la población que acudía a la presente CT era joven (30 años) mientras que la

que ha accedido en estos últimos 5 años puntúa con un mínimo de 39,19 en 2017 pero con un máximo de 41,6 en 2019.

En los últimos cinco años la predominancia es el ingreso de una población con 40 años de edad media.

La población consumidora que demanda la ayuda y rehabilitación se encuentra mucho más envejecida que en momentos anteriores, por lo que es posible que el deterioro que presenten sea mayor también, ya que se inicia su tratamiento en períodos más tardíos de su dependencia y los efectos serán más pronunciados.

**Gráfica 1.**  
**Edad media.**



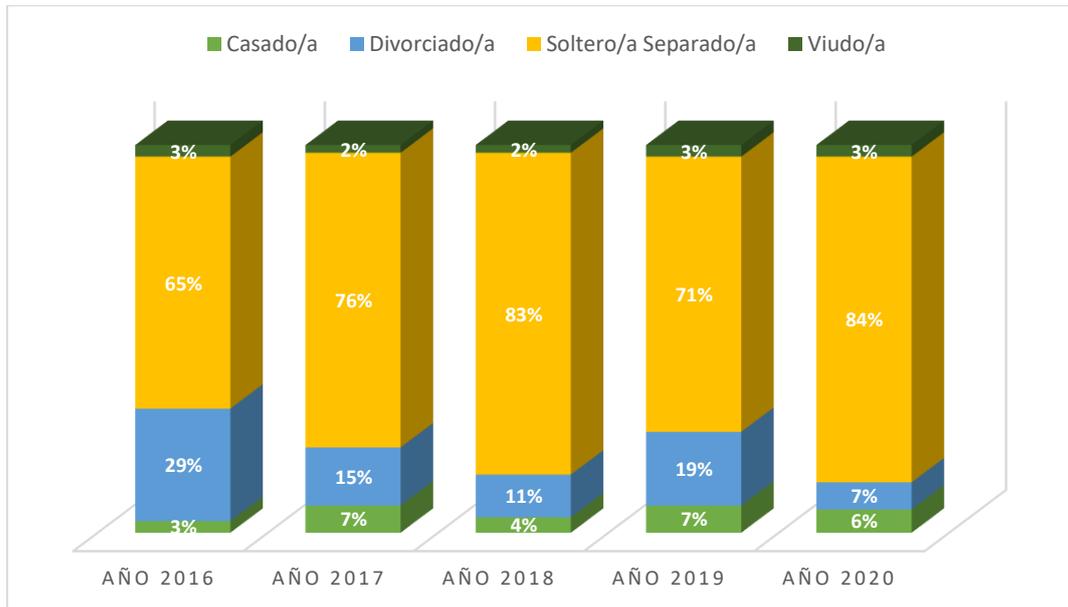
Fuente: Elaboración propia según Memorias Anuales CT Pampuri.

○ **Estado civil:**

El estado civil de los internos/as guiará hacia el conocimiento más exacto del perfil de los usuarios/as de la presente CT. La *Gráfica 2* muestra este aspecto.

La clara evidencia que muestran los datos es que la gran mayoría de usuarios/as están solteros o separados, puntuando con una media de 75.8% en este último lustro. Seguidamente, los divorciados/as (16.2% de media).

**Gráfica 2.  
Estado civil.**



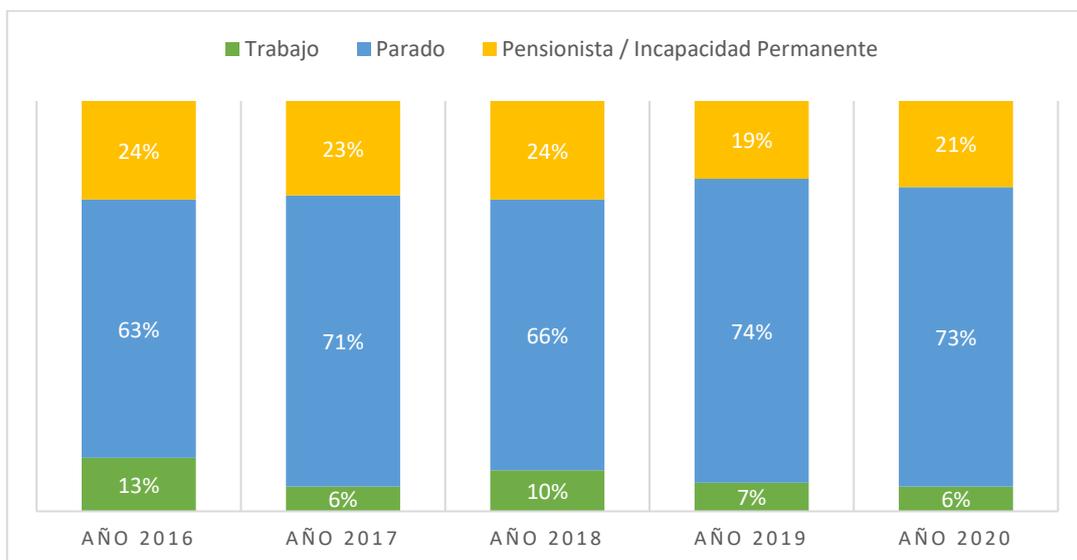
Fuente: Elaboración propia según Memorias Anuales CT Pampuri.

○ **Situación laboral:**

La situación laboral en el momento del ingreso puede ser un rasgo a tener en cuenta para estudiar el perfil del usuario/a (Gráfica 3).

Predomina la situación laboral “parado” ocupando 2/3 del conjunto, seguido de “incapacidad permanente o pensionista” con una media de 22.2%. Las personas que se encuentran trabajando son tan solo un 8.4% de media.

**Gráfica 3.  
Situación laboral.**



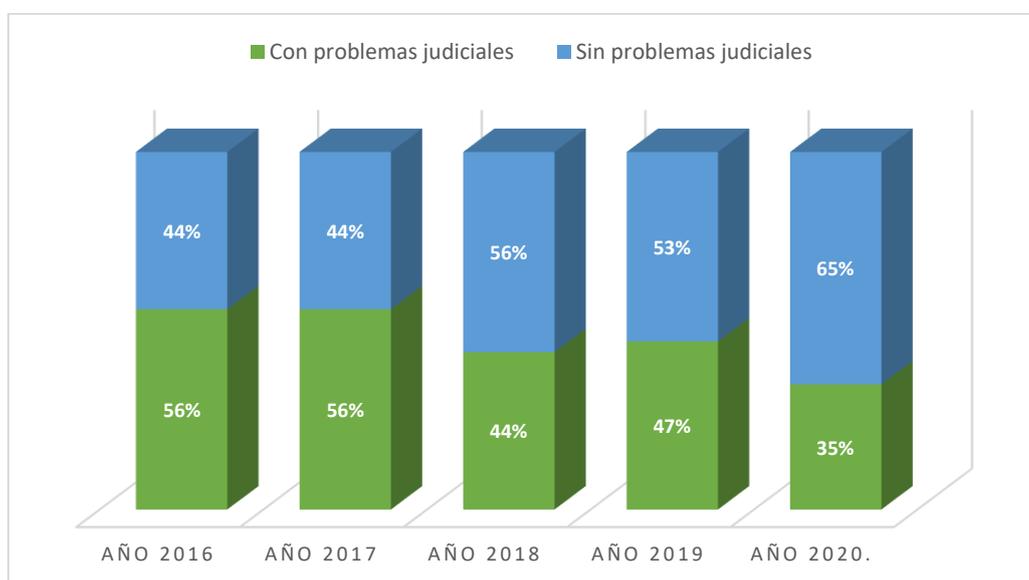
Fuente: Elaboración propia según Memorias Anuales CT Pampuri.

Los problemas judiciales que presentan los usuarios/as en el momento de su ingreso, los cuales los acompañarán durante su estancia en C.T. es un factor generalmente común entre los internos/as, por lo que es importante conocer algunos datos (*Gráfica 4*).

Las causas pendientes con la justicia son un tema a tratar diariamente en la C.T. y a su vez, una labor para el trabajador social responsable, ya que es el encargado de gestionar la documentación para tratar dichos aspectos.

Se observa una clara presencia de carga judicial entre los internos/as, representando casi a la mitad de población usuaria y puntuando en los casos más altos con un 56%.

**Gráfica 4.**  
**Problemas judiciales.**



Fuente: Elaboración propia según Memorias Anuales C.T. Pampuri.

○ **Lugar de procedencia:**

El lugar de procedencia de los ingresos es un rasgo importante a tomar en cuenta (*Tabla 6.3*).

Al tratarse de un recurso gestionado en colaboración con la Junta de Castilla y León, se destina a la población usuaria de la Comunidad Autónoma. En ocasiones, se realizan excepciones, por lo que la totalidad del porcentaje no corresponde a Castilla y León.

**Tabla 6.3.**  
**Lugar de procedencia.**

	Año				
	2016	2017	2018	2019	2020
<b>C. Autónoma</b>					
<b>Castilla y León</b>	80%	81%	75%	85%	83%
<b>Otras CC.AA</b>	20%	19%	25%	15%	17%

Fuente: Elaboración propia según Memorias Anuales CT Pampuri.

Otros de los aspectos a tener en cuenta son **aspectos relacionados con el consumo**, entre los cuales destacan:

- **Principal droga de consumo:**

La sustancia principal por la que ingresan, es decir, la droga principal de consumo o la droga que se consume previa a otras, es otro de los factores de relevancia a tener en cuenta para analizar la evolución del perfil. La *Tabla 6.4* muestra los diversos tipos de drogas: heroína, cocaína, alcohol, otros opiáceos (no referentes a la heroína, sino a la metadona, morfina...) y otras drogas (incluyendo cannabis, anfetaminas, benzodiazepinas e inhalantes).

Los cambios más notables se encuentran en el salto de 1996 a 2016. En este período de 20 años la modificación más brusca se centra en el consumo de heroína y cocaína, produciéndose en la primera de estas un descenso muy pronunciado y manteniendo su decrecimiento de datos con el paso del tiempo, teniendo en cuenta el momento tan crucial que sufrió nuestra sociedad con el consumo de heroína en los finales de los 80 y principios de los años 90. Es por eso que la reducción de los casos ha sido progresiva y reflejada en las estadísticas. Desde 2016 se ha producido un leve descenso en el consumo de heroína por parte de las personas usuarias.

Todo lo contrario ocurre con el consumo de cocaína como droga principal, puntuando con un 0% en 1996 y siendo en 2020 más de la mitad de la población usuaria consumidora de dicha droga. Es cada vez mayor la demanda de tratamiento por consumo de cocaína, un 14% más desde 2016 hasta 2020.

Con el resto de las sustancias no se producen importantes modificaciones, aunque es la categoría de "otras drogas" la que ha experimentado cambios en los últimos años. Algo a tener en cuenta es que en este grupo se engloban muchas drogas diferentes, por lo que la variedad puede hacer que aumenten los porcentajes del grupo.

Así mismo, es trascendental para comprender este incremento el hecho del surgimiento de nuevas drogas de síntesis, las cuales son consumidas con mayor frecuencia y cantidad en la actualidad. En 1996 se desconocía este suceso y no se tomaban en cuenta las drogas de síntesis.

El alcohol no presenta datos a resaltar, manteniendo sus resultados entre un 1% y un 6% sin sobrepasar este último.

**Tabla 6.4.**  
**Principal droga de consumo.**

Sustancia	Año					
	1996	2016	2017	2018	2019	2020
Heroína	89%	33%	29%	17%	26%	20%
Cocaína	0%	40%	43%	52%	53%	54%
Alcohol	2%	6%	5%	11%	2%	4%
Otros opiáceos	5%	5%	6%	4%	3%	1%
Otras drogas	4%	16%	17%	16%	16%	21%

Fuente: Elaboración propia según Memorias Anuales CT Pampuri.

Siguiendo la línea de analizar las sustancias consumidas, es importante tener en cuenta si la vía de consumo ha sido un factor cambiante o no (*Tabla 6.5*).

○ **Vía de consumo:**

El dato más considerable es el brusco cambio en cuanto a la vía de consumo parenteral, reduciéndose más de un 85% y pasando de 40% de usuarios en 1996 a tan solo un 6% en 2020. Este hecho muestra que el consumo de heroína se ha reducido a pasos agigantados como se ha mostrado anteriormente.

Por otro lado, la vía de consumo fumada es la más común en todos los años que se analizan en el presente estudio, manteniéndose entre un 54% y 70%.

Se produce un cambio en los datos referentes a la vía oral, creciendo desde 1996 hasta 2016 en un 16%. Posteriormente, se mantienen los datos e incluso se reducen en los últimos dos años.

El consumo por vía esnifada, lo cual se asocia al gran aumento de consumo de cocaína, se ve significativamente aumentado en los últimos cuatro años.

**Tabla 6.5.**  
**Vía principal de consumo.**

Vía	Año					
	1996	2016	2017	2018	2019	2020
Oral	3%	19%	18%	17%	7%	10%
Fumada	54%	70%	63%	58%	70%	62%
Esnifada	3%	6%	16%	16%	19%	22%
Parenteral	40%	5%	3%	9%	4%	6%

Fuente: Elaboración propia según Memorias Anuales CT Pampuri.

○ **Consumo de diversas sustancias:**

En la actualidad, el policonsumo, es decir, el consumo de más de una sustancia es algo frecuente en el perfil de los sujetos consumidores que comienzan su tratamiento en C.T. (*Gráfica 5*).

Los datos no presentan bruscas variaciones ni cambios en sus porcentajes, siendo un 64% de los usuarios/as el porcentaje medio de consumidores de dos o más sustancias.

**Gráfica 5.**  
**Consumo de dos o más sustancias.**



Fuente: Elaboración propia según Memorias Anuales CT Pampuri.

En cuanto a **factores sanitarios**, cabe destacar:

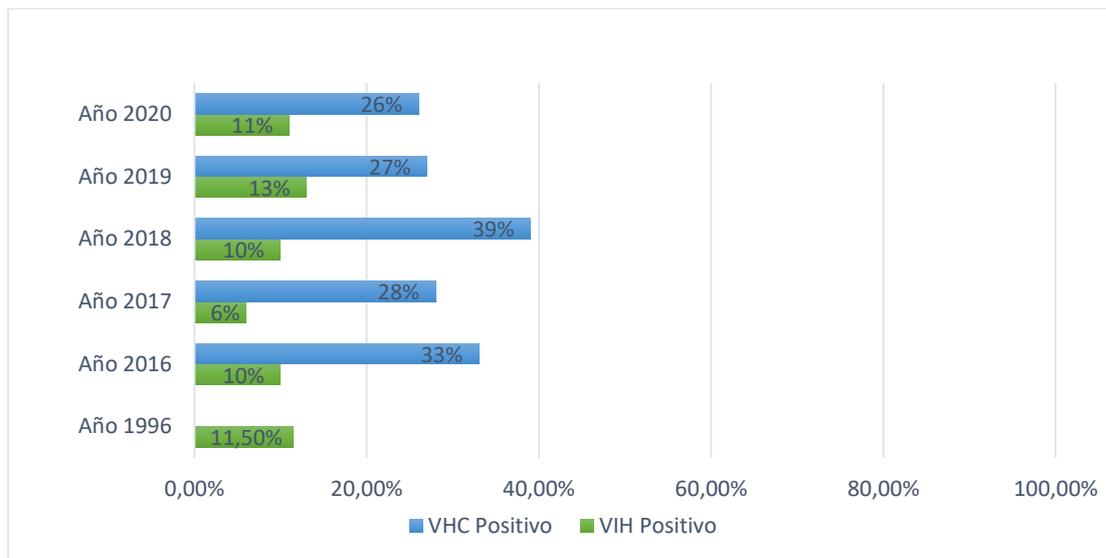
○ **Infección y coinfección de VIH y VHC:**

Así mismo, otro factor a tener en cuenta para continuar con el presente análisis comparativo es la infección por VIH, es decir, el número de usuarios/as internos que acceden al centro con VIH positivo (*Gráfica 6*).

En 1996 no se registraba la realización ni resultados de las pruebas serológicas para detectar el VHC, por lo que no se refleja en la posterior gráfica.

Es más frecuente que los usuarios/as estén infectados por VHC que por VIH. Los afectados por VHC duplican el número de infectados por VIH.

**Gráfica 6.**  
**Infección por VIH y VHC.**



Fuente: Elaboración propia según Memorias Anuales CT Pampuri.

Una vez obtenidos los datos de los usuarios/as que presentan contagio por VIH y/o VHC, se tiene en cuenta la coinfección de ambos virus. Dichos datos se plasman en la *Tabla 6.6*.

La coinfección es la infección simultánea de ambos virus (VIH y VHC). Es el caso de personas drogodependientes, es frecuente que se de la coinfección de estos dos virus. Es así que los datos muestran el porcentaje tan elevado de usuarios/as coinfectados.

**Tabla 6.6.**  
**Coinfección de VIH y VHC.**

Porcentaje de usuarios coinfectados	Año				
	2016	2017	2018	2019	2020
	80%	100%	90%	86%	86%

Fuente: Elaboración propia según Memorias Anuales CT Pampuri.

○ **Patología psiquiátrica y diagnósticos patológicos:**

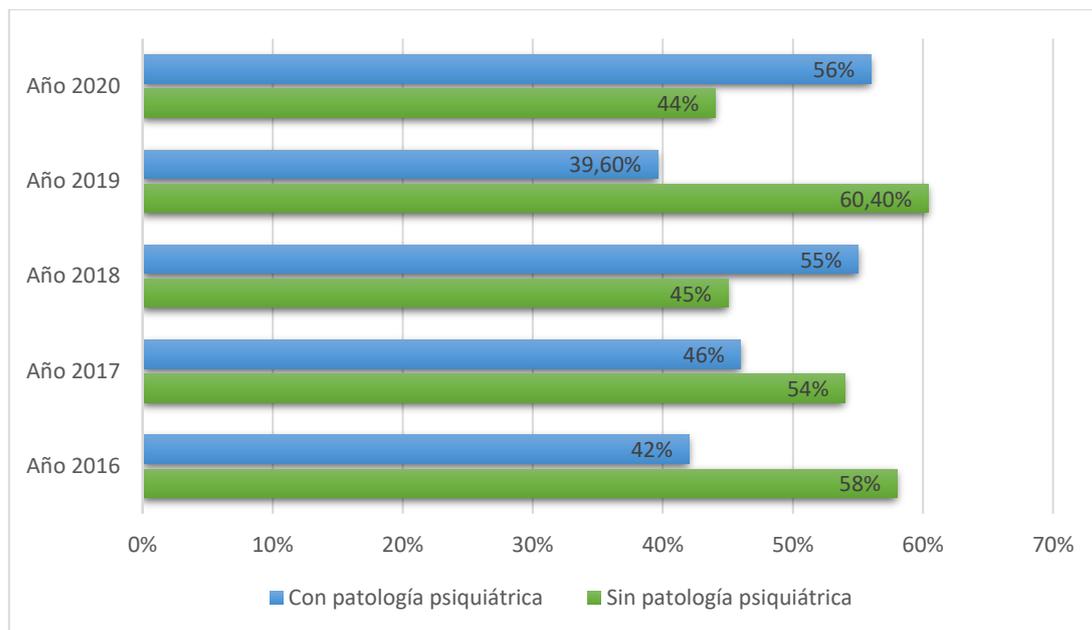
Como se trató en el *apartado 3* del presente documento, los TUS son frecuentes en el colectivo de personas drogodependientes. Es así que otro de los factores determinantes para analizar el perfil será la patología psiquiátrica de la población consumidora de Pampuri.

Hay que reseñar el alto porcentaje de patología psiquiátrica que presentan los pacientes de CT, con un 47,72% de media en estos últimos 5 años. Generalmente y en la mayoría de los casos, es más frecuente la no existencia de patología psiquiátrica.

El paciente dual requiere de una intervención más extensa e intensa, y muchos precisan del mantenimiento prolongado, a veces crónico, de la medicación que se les prescriba. Las recaídas son potencialmente más frecuentes en trastornos duales en pacientes con un único diagnóstico, sin que ello signifique necesariamente el fracaso del tratamiento.

Todos los pacientes que acceden a CT con patología psiquiátrica ingresan estabilizados, ya que la gran mayoría presentan un tratamiento farmacológico establecido y el seguimiento por Salud Mental.

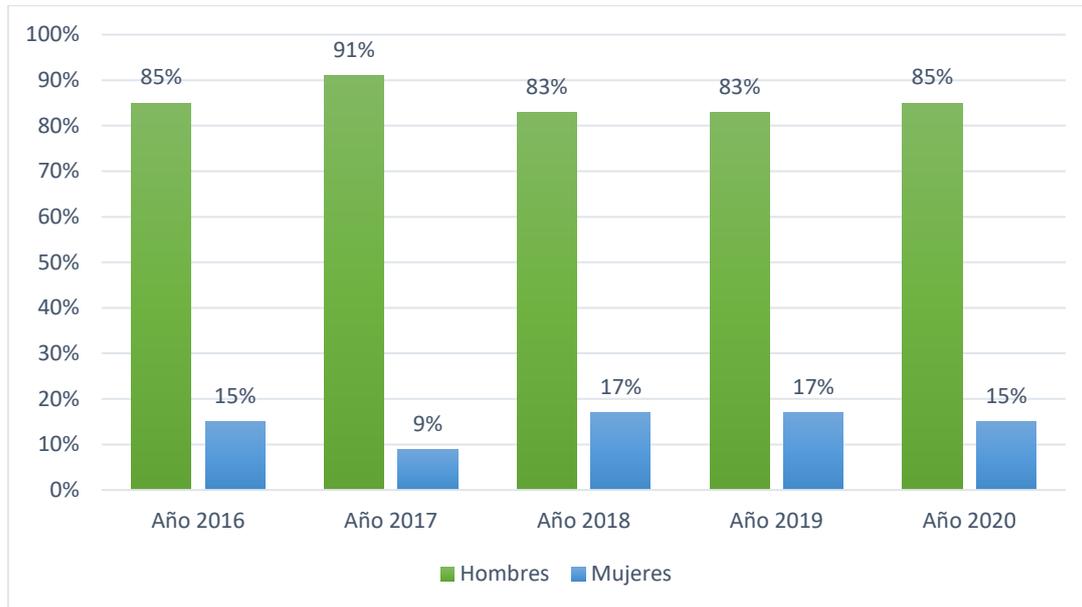
**Gráfica 7.**  
**Patología psiquiátrica.**



Fuente: Elaboración propia según Memorias Anuales CT Pampuri.

La patología psiquiátrica presenta manifestaciones que difieren en función del sexo del sujeto (*Gráfica 8*). La evidencia que nos muestra esta gráfica es el alto porcentaje de patología psiquiátrica que presentan los hombres frente a las mujeres (cuatro veces superior).

**Gráfica 8.**  
**Patología psiquiátrica por sexo.**



Fuente: Elaboración propia según Memorias Anuales CT Pampuri.

Para profundizar en el aspecto psiquiátrico, a continuación (*Tabla 6.7*) se analizan los diagnósticos psicopatológicos más comunes en los usuarios/as.

Los diagnósticos asociados al de adicción más frecuentes no han variado en estos últimos 5 años. Estos siguen siendo el Trastorno de Personalidad, Esquizofrenia y Trastornos Adaptativos.

**Tabla 6.7.**  
**Diagnósticos psicopatológicos.**

Diagnóstico	Año				
	2016	2017	2018	2019	2020
TDHA	2.9%	10.9%	3.7%	16.6%	3.7%
Discapacidad intelectual	2.9%	4.4%	0.0%	2.1%	0.0%
Trastorno Específico Personalidad	55.9%	43.5%	48.2%	39.6%	48.15%
Trastorno Mixto de la Personalidad	8.8%	6.5%	11.1%	16.7%	11.11%
Trastorno de los Impulsos	0.0%	0.0%	0.0%	2.1%	0.0%
Trastorno Adaptativo	11.8%	15.2%	13%	10.4%	12.9%
Trastorno Ansiedad	2.9%	6.5%	3.7%	4.2%	3.7%
Trastorno Estado de Ánimo	2.9%	2.2%	0.0%	0.0%	0.0%
DM	5.9%	2.2%	5.6%	0.0%	5.6%
Trastorno Psicótico	0.0%	0.0%	0.0%	2.1%	0.0%
Esquizofrenia	0.0%	4.4%	13%	6.2%	19.9%
Trastorno Bipolar	0.0%	2.2%	1.9%	0.0%	1.8%
TOC	0.0%	2.2%	0.0%	0.0%	0.0%

Fuente: Elaboración propia según Memorias Anuales CT Pampuri.

En cuanto a **aspectos terapéuticos** se tienen en cuenta:

○ **Tipo de alta:**

Como último rasgo a tener en cuenta se tomará el tipo de alta que causan los internos/as cuando finalizan (*Tabla 6.8*).

Se observa un fuerte cambio en la modalidad del abandono, duplicando la cifra de 1996 a 2016. Posteriormente se ha mantenido estable el dato salvo el descenso producido en 2020 debido a la escasa cantidad de nuevos usuarios.

Alta terapéutica es la modalidad menos variante, así como alta por derivación. Se observa que hace 20 años se lograban los objetivos establecidos en el Programa Individualizado de Rehabilitación (PIR) de forma más eficaz que en la actualidad, viéndose reducida la cifra de alta terapéutica.

Así mismo, se observa que todos los pacientes atendidos en 1996 (143), causan alta al terminar el año. En el resto de años no ocurre esto.

**Tabla 6.8.**  
**Tipo de alta.**

Tipo de alta (nºcasos)	Año					
	1996	2016	2017	2018	2019	2020
<b>A.Terapéutica.</b>	120	22	29	27	29	27
<b>A.Voluntaria/Abandono.</b>	16	38	46	49	67	38
<b>A.Expulsión.</b>	7	13	20	25	17	7
<b>A.Derivación.</b>	0	3	4	1	4	0
<b>A.TOTALES</b>	<b>143</b>	<b>76</b>	<b>99</b>	<b>102</b>	<b>117</b>	<b>72</b>

Fuente: Elaboración propia según Memorias Anuales C.T. Pampuri.

### 6.5 Entrevistas a usuarios/as y profesionales.

Las posteriores tablas (*Tabla 6.9* y *Tabla 6.10*) muestran los aspectos más destacables de las personas entrevistadas, tanto en el caso de los usuarios/as como en el de los profesionales:

**Tabla 6.9.**  
**Características principales usuarios/as entrevistados.**

ID de identificación	Sexo	Edad	Tiempo de consumo	Tiempo de ingreso	Droga principal
<b>Usu.1</b>	Masculino	51	37 años	7 meses	Heroína
<b>Usu.2</b>	Masculino	30	8 años	1 mes y medio	Cocaína
<b>Usu.3</b>	Femenino	48 años	15 años	3 meses	Cocaína
<b>Usu.4</b>	Femenino	47 años	3 años	2 meses	Anfetaminas

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas.

**Tabla 6.10**  
**Características principales profesionales entrevistados.**

ID de identificación	Sexo	Edad	Disciplina	Experiencia en centro	Centro
Prof.1	Masculino	50	Trabajo Social	20 años	C.A.D San Juan de Dios
Prof.2	Femenino	53	Psicología	30 años	C.T. Pampuri
Prof.3	Femenino	32	Trabajo Social	2 meses	C.T. Pampuri

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas.

### 6.5.1 Resultados de las entrevistas a usuarios/as

Tras la realización de las entrevistas y el análisis de los datos obtenidos, se pueden identificar algunos epígrafes de especial importancia:

#### ▪ **Inicio de la conducta:**

Un aspecto destacable una vez realizadas las entrevistas es el inicio de consumo. El momento en el que se consume por primera vez muestra una coincidencia en los testimonios conocidos. El entorno, en la mayoría de los casos son el factor más influyente para su comienzo. Las personas con las que se establecen vínculos, redes y relaciones es un factor determinante para el propicio del consumo y la continuidad del mismo. Así muestran los usuarios este aspecto:

*El entorno... y que mi hermano mayor y sus amigos fumaban porros. Mis amigos y yo empezamos a fumar porros con nuestros hermanos mayores, para que me entiendas (Usu.1).*

*Las compañías, eso lo principal. Yo estaba bien conmigo mismo, pero fue el entorno (Usu.2).*

*Mi pareja... porque él consumía (Usu.3).*

#### ▪ **Aceptación de la situación:**

El momento en el que el sujeto consumidor es consciente de que está inmerso en una dependencia se manifiesta de formas diversas para cada uno de los usuarios/as entrevistados. Algunos verbatims a destacar son:

*La heroína la probé en la mili y cuando volví me di cuenta de que tenía mono, de que la necesitaba (Usu.1).*

*Me di cuenta de que era un problema por problemas con la exnovia y una gran depresión que tuve (Usu.2).*

*(...) ¿Ahora necesitas esto para funcionar? Cuando tú has pasado de todo, me decía a mí misma. Cuando has tenido un marido violento, cuando has trabajado mucho... (Usu.4).*

▪ **Red de apoyo familiar:**

Para los usuarios/as del centro, la familia ha sido un aspecto motivador en el momento de su ingreso, siendo muchas veces las personas más cercanas quienes propician el comienzo del tratamiento. Con ello, se logrará una mejoría en el propio sujeto consumidor y también en su círculo más cercano.

En ocasiones existe cierto sentimiento de culpa por parte de los drogodependientes cuando refieren a su familia.

*Al principio fueron mis padres... mi madre más que nada (Usu.1).*

*Mi madre dice que soy un desgraciado (Usu.1).*

*La primera vez que ingresé fue por mi familia (Usu.2).*

*(...) a mi madre que la hice mucho daño... (Usu.3).*

▪ **Utilidad terapéutica:**

Los usuarios/as de la Comunidad, encuentran en este recurso un “salvavidas” con el que poder continuar su vida y empezar de cero. Es un recurso muy útil para aquellos que pasan por ella y hacen referencia a la misma con argumentos como:

*Es mantener una rutina, unas habilidades sociales, mantener una constancia como en el deporte... (Usu.2).*

*Venimos a reconocer nuestros propios problemas que tenemos con las drogas y nos ayuda a quitarlo, a relacionarnos con gente, a aprender cosas nuevas, terapias, tener unas normas de hacer la limpieza, los horarios de comida... todo. El saber estar (Usu.3).*

Se observa que el ingreso en el centro es para ellos un nuevo comienzo, una nueva forma de hacer las cosas y lograr establecer un orden en la nueva vida para la que se están preparando.

▪ **Motivaciones post-rehabilitación:**

Aunque las motivaciones y expectativas que tiene cada persona pueden variar en función de gustos, preferencias o deseos, es coincidente la futura planificación que desean en sus vidas una vez se encuentren rehabilitados y finalice su tratamiento en C.T.

*(...) quiero establecer mi vida con mi familia, porque ese es el pilar fundamental. Son quienes más me han ayudado (...) Y luego pues buscarme una pareja o como cualquier cosa normal. Que eso ya irá todo rodado, estando bien... (Usu.2).*

Se tiene en especial cuenta a la familia y como se explica previamente, es la red más importante para muchos de ellos.

*Lo primero poder pasar los fines de semana o el día que queramos mi hijo y yo (Usu.4).*

El trabajo también entra dentro de los planes posteriores a la rehabilitación.

*Y bueno, pues buscar un trabajo... un trabajito. Y poco a poco ir rehaciendo mi vida (Usu.2).*

*Quiero ver a ver si puedo volver a trabajar o ir a la ONCE a ver si me pueden dar un trabajo porque tengo un 67%. Y llevar una vida ordenada y saludable ahora que estoy sola (Usu.3).*

▪ **Mujer y drogas:**

El 50% de los usuarios entrevistados correspondían al sexo femenino, por lo que algunas de las entrevistas se adecuaron para conocer en mayor profundidad su perspectiva sobre el hecho de ser mujer y consumidora, la presión social que concebían por el hecho de serlo y su idea sobre ello. Estas fueron algunas de las respuestas más destacadas:

*A nosotras nos discriminan más, y eso es por la sociedad yo creo.*

*Sí siento más presión social, eso sí. Por ejemplo, los vecinos me miran distinto, porque saben el problema, que estoy en un centro y tal... Y eso le pasa a un chico no se lo tomarían igual (Usu.3).*

*(...) si que es verdad que los chicos hablan de las “comebolsas”. Chicas de que sexualmente, pueden dar a los chicos lo que quieran a cambio de las drogas (Usu.4).*

Es evidente que, tras conocer estos testimonios, la conclusión es que sí se produce presión por parte de la sociedad hacia las mujeres consumidoras. Además de la presión, una fuerte discriminación.

### 6.5.2 Resultados de las entrevistas a profesionales

Una vez llevadas a cabo las entrevistas, se pueden analizar algunos resultados comunes entre ellas y relevantes para el desarrollo del presente documento:

▪ **Cronificación de usuarios/as:**

Los usuarios del centro en la actualidad presentan una cronicidad y deterioro mayor que en etapas anteriores. Al preguntar sobre los consumidores de hace tres décadas y los actuales, estas son algunas respuestas que evidencian esa cronificación y envejecimiento del colectivo:

*“Antes los usuarios eran más jóvenes y no tan cronificados” (Prof.1).*

*Mayor cronicidad, mayor problemática física, mayor carga psicológica, mayor desarraigo familiar, mayor judicial... todo a más (Prof.2).*

Igualmente, algunos de los datos que muestran dicha evidencia se encuentran en la *Gráfica 1*, donde se muestra la edad media de los usuarios/as, lo que en ocasiones

muestra esa mayor cronicidad, por su tardía asistencia a un programa o la procrastinando la demanda de ayuda.

▪ **Individualización de la intervención:**

*Siempre, desde el principio la intervención es individualizada (Prof.1).*

*Hay que ser específicos, de hecho, yo creo que es una cosa que se destaca mucho en las intervenciones, en lo que son los planes de intervención (Prof.2).*

*Cada persona tiene una historia distinta (Prof.3).*

Son algunos de los argumentos que muestran los profesionales para incidir en el mismo aspecto: la atención e intervención debe ser individualizada. Es importante tener en cuenta que cada persona tiene una historia única, lo cual requiere una atención especializada para cada situación.

▪ **El ámbito social:**

La intervención social es un continuo proceso desde el momento del ingreso de la persona usuaria hasta el momento de su alta, y posteriormente, en otros recursos se continúa la intervención con el usuario/a.

No se puede identificar un momento concreto de intervención, y es así que algunos componentes del Equipo Terapéutico lo reflejan en sus entrevistas:

*Durante todo el proceso, durante toda la estancia. Como residen aquí, como están aquí internos se realiza continuamente... (Prof.2).*

*(...) yo estoy todo el rato interviniendo, todo gira en torno a lo social. Desde el momento que ingresan hasta que se van (Prof.3).*

▪ **Avance y progreso en el ámbito de las drogas:**

Considerando la situación en la que se encontraba previamente nuestro país con el “boom” de la heroína, el gran desconocimiento social que existía y la poca sensibilización brindada, es importante destacar algunos progresos que se han dado en el ámbito de las drogas. Así es que los profesionales señalan:

*(...) en algunas cosas hemos mejorado mucho, pues por ejemplo en avanzar hacia esa condición de ciudadanía (...) Antes el adicto era una categoría en sí misma, ahora cada vez más nos acercamos al concepto de ciudadano que padece una enfermedad como cualquier otra (Prof.1).*

*Hay mayor información, hay mayor número de asociaciones, hay más dispositivos... (Prof.2).*

*Antes había poco conocimiento, ahora hay más formación (Prof.3).*

Se destaca la formación, la información y la condición de ciudadanía. Todo en conjunto produce un camino hacia el avance y la mejora.

▪ **Prejuicios:**

Todos los profesionales coinciden en algo: los prejuicios que existen por parte de la sociedad hacia las personas drogodependientes. Eso quiere decir que, aunque se haya progresado y exista una mayor información al alcance de los ciudadanos, no es suficiente para erradicar la visión que se tiene hacia el colectivo.

Cuando se pregunta si se considera que siguen presentes los prejuicios en nuestra sociedad, las respuestas son claras:

*Sin ninguna duda. Sí (Prof.1).*

*Sí... pero yo creo que, en todos los sectores, tanto en salud mental, en drogodependientes.... Y en todo. Es una etiqueta que es muy complicada (Prof.2).*

La base del problema la manifiestan de formas diferentes, pero se puede concluir un factor común: el desconocimiento.

*La raíz del problema pues sea seguramente el desconocimiento. El prejuicio... para que cambie... pues te diría que por una parte hay que proyectar una imagen positiva de la asistencia (Prof.1).*

*El problema de esto es, pues falta de información, pero no porque no esté disponible, sino porque la gente... yo creo que es "de masas", lo que digan los demás es lo que hay. Y... yo creo que es eso, es gente que igual no es empática o igual no se para a pensar en la situación o que pudiera ser él mismo el que tuviera el problema (Prof.2).*

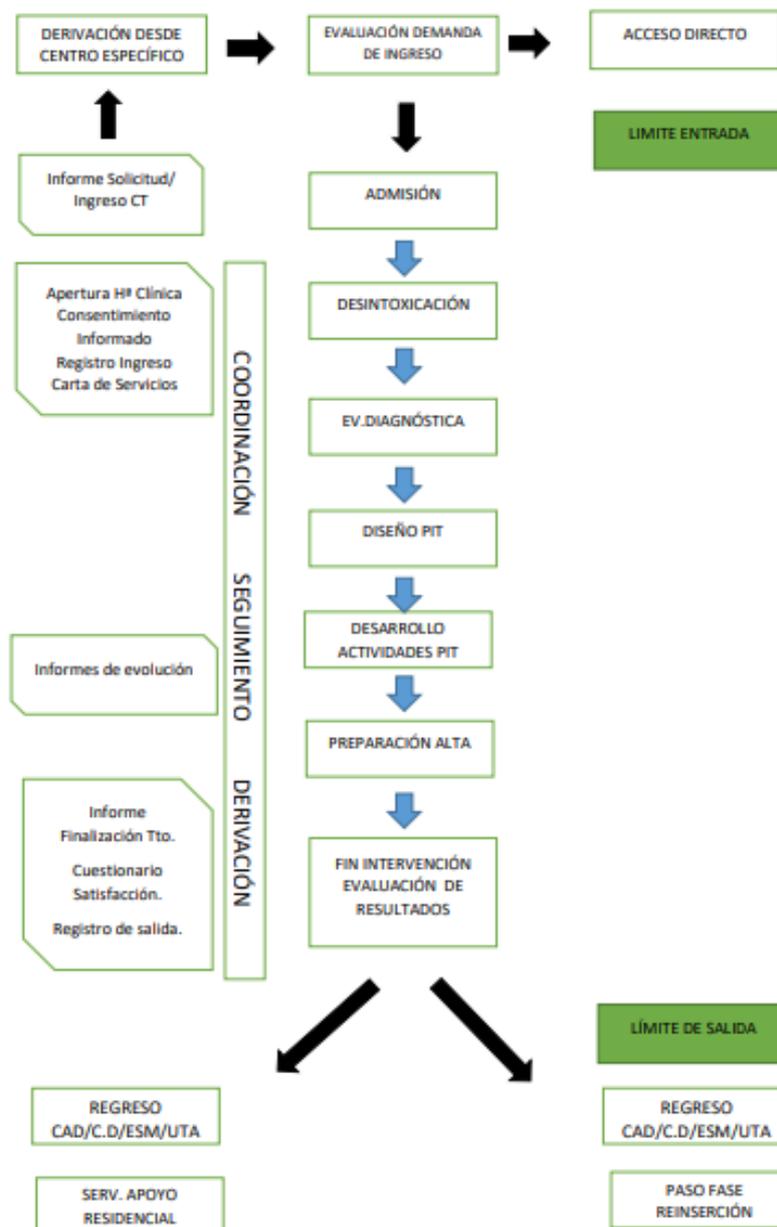
La labor para el cambio está de la mano de los profesionales, quienes luchar para lograr el cambio social, pero a su vez, también por parte de la sociedad. Hoy en día, tenemos a disposición mucha información para conocer en mayor profundidad que en épocas pasadas la situación actual que estamos atravesando.

*En los años 90, en las encuestas sobre las preocupaciones de los españoles, llegó a estar situada en la segunda preocupación de los españoles por detrás de los atentados de ETA, y ahora se encuentra en el puesto treinta y pico... (Prof.1).*

## 7. PROCESOS A IMPLEMENTAR POR LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS.

Para comprender los procedimientos que se llevan a cabo en una CT desde el inicio hasta el final del tratamiento de la persona usuaria, es conveniente comprender el mapa de procesos de la institución o servicio. Es decir, de manera gráfica, comprender los procesos interrelacionados que se producen y realiza el centro. A continuación, se muestra el mapa del proceso asistencial en las comunidades terapéuticas (Figura 7.1):

**Figura 7.1.**  
**Mapa del proceso asistencial en C.T.**



Fuente: Elaboración Propia a partir de Guía de Procesos y Procedimientos Asistenciales para las CT y CRA. Junta de Castilla y León (2011)

Los subprocesos, es decir, cada uno de los pasos que componen el conjunto del mapa asistencial, serán analizados con mayor detalle a continuación:

### **Proceso 1. Evaluación de la demanda de ingreso en Comunidad Terapéutica.**

Antes de proceder al ingreso, es necesario conocer si los drogodependientes cumplen los criterios de acceso a la CT. En caso de que sean derivados desde otros servicios integrados en el SAISDE, será el Comisionado Regional para la Droga quien revise de manera documental el cumplimiento de los requisitos. En caso de que el acceso sea de manera directa, se comprobará el cumplimiento por parte de los profesionales de la propia CT.

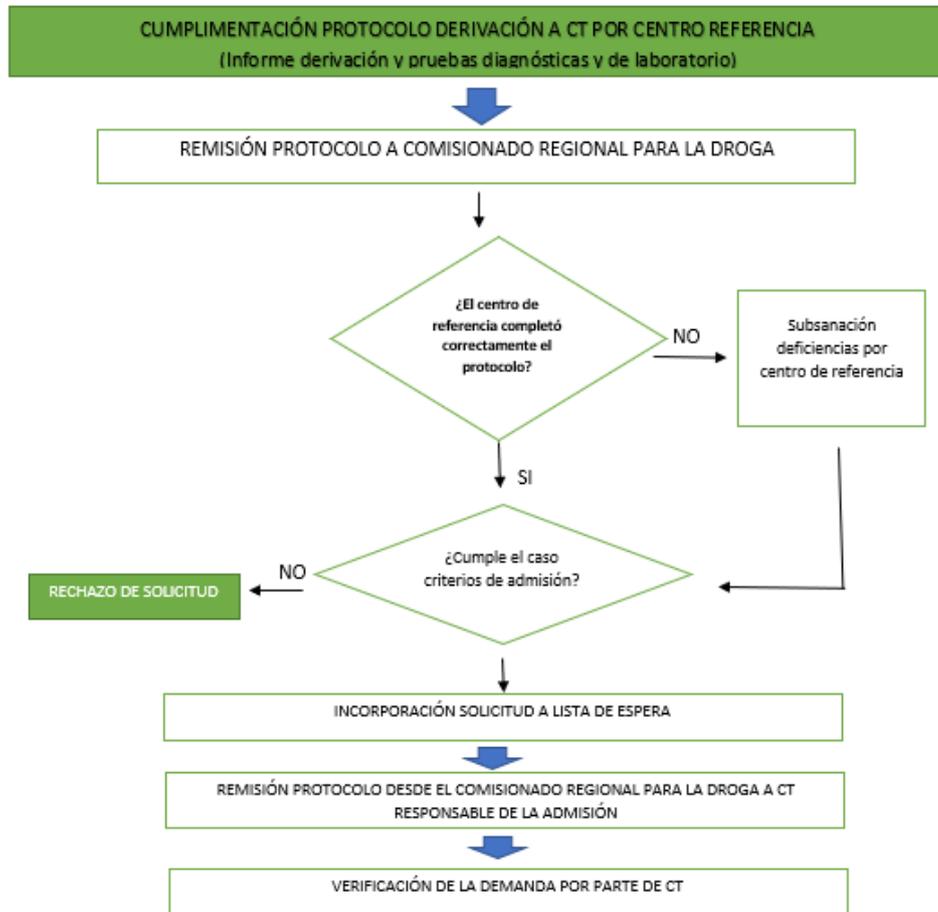
Los destinatarios serán las personas dependientes del alcohol y/o drogas ilegales que, mediante derivación del CAD, Centro de día, ESM, UPH o por acceso directo, desean comenzar un tratamiento de rehabilitación de carácter residencial.

En este subproceso, algunas de las actividades realizadas son:

- Entrevista de evaluación de la demanda con el paciente y con sus familiares.
- Valoración del informe de derivación.
- Verificación del cumplimiento de los criterios de admisión/exclusión.
- Entrevista de evaluación diagnóstica preliminar.
- Información sobre el funcionamiento y normativa del centro.

El procedimiento será distinto en los casos en los que los usuarios son derivados (*Figura 7.2*) y en los casos de acceso directo (*Figura 7.3*).

**Figura 7.2**  
**Evaluación de la demanda casos derivados.**



Fuente: Elaboración propia a partir de Guía de Procesos y Procedimientos Asistenciales para las CT y CRA. Junta de Castilla y León (2011)

Para cumplir el primer paso del proceso, el informe de derivación deberá ser cumplimentado totalmente y en letra impresa, acompañándose de: sistemático de sangre, bioquímica hemática, pruebas de función hepática, prueba de VIH, hepatitis y tuberculina, con RX si procede. Estas pruebas no pueden tener una antigüedad mayor a seis meses y en pacientes con VIH positivo, la tuberculina no podrá superar los tres.

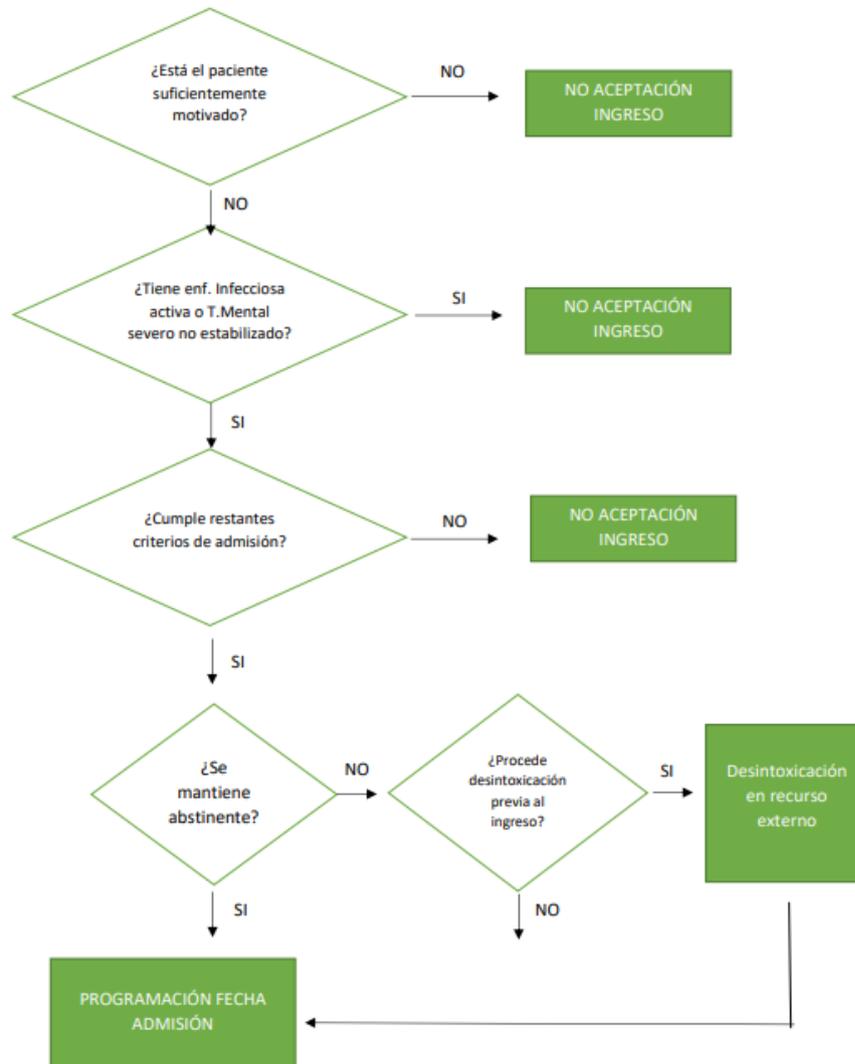
En segundo lugar, el Comisionado Regional para la Droga comprobará el cumplimiento de los requisitos establecidos en cuanto a los documentos y estudiarán la incorporación de la solicitud a la lista de espera para el ingreso en CT. Si dicho informe no cumple con los requisitos, se remite de nuevo al centro derivador.

Los criterios de asignación se rigen por el número de plazas existentes, las circunstancias excepcionales o especiales de carácter sociosanitario comentadas por el centro derivador y la fecha de recepción de la solicitud.

Posteriormente se notifica al recurso derivador que se ha concedido el acceso, la plaza y se informa de la fecha de ingreso. Así mismo, se notifica vía telemática al usuario y/o familiar de contacto sobre la fecha de acceso. En quinto lugar, el equipo de la CT revisa

que el paciente cumple los criterios de acceso/admisión y que se ha completado correctamente el protocolo de derivación.

**Figura 7.3.**  
**Evaluación de la demanda casos acceso directo.**



Fuente: Elaboración propia a partir de Guía de Procesos y Procedimientos Asistenciales para las CT y CRA. Junta de Castilla y León (2011).

En los casos que se produzca el acceso directo, se produce una diferencia y es que la recepción de las solicitudes de ingreso, la evaluación de la demanda y la verificación de los criterios de admisión son responsabilidad de los profesionales de la CT. Así mismo, las pruebas que se exigen, tanto diagnósticas como de laboratorio, son las mismas que se solicitan en los casos de derivación.

### Proceso 2. Admisión en CT.

El objetivo de este paso es lograr una acogida cálida para el usuario/a, tratando de reforzar su motivación para realizar el tratamiento residencial. Se dan a conocer los objetivos y actividades a realizar para contribuir a su rehabilitación.

Generalmente, la admisión será realizada por el Trabajador/a Social de la CT. Para garantizar su realización, los centros suelen habilitar una franja horaria concreta para la acogida.

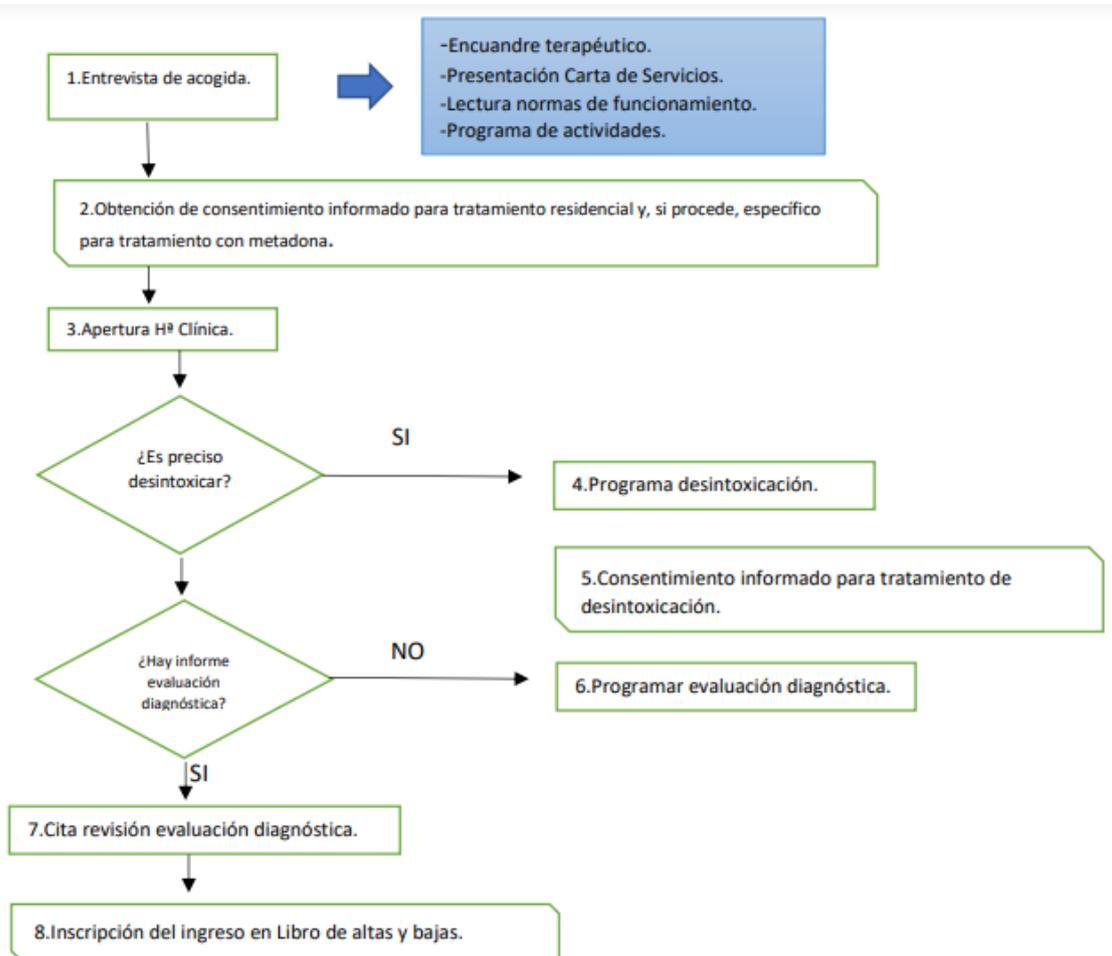
La admisión comienza con la entrevista de acogida, en la cual se explican cuales son los objetivos del Programa Individualizado de Tratamiento (PIT en adelante) (realizado por el centro derivador), así mismo se explican las Normas de Funcionamiento Interno del centro (*Anexo 1*), los horarios y actividades previstas durante su estancia.

En el mismo momento, se procederá a la obtención por parte del usuario/a del consentimiento informado de tratamiento (*Anexo 2*) (y si procede para tratamiento con metadona) y a su vez se procederá a la apertura de la historia clínica del drogodependiente.

En ocasiones, es necesario que se proceda a la desintoxicación en el momento del ingreso del paciente, generalmente en los casos de acceso directo, por lo que será necesario un consentimiento informado por parte del usuario/a para proceder a dicho programa de desintoxicación. La entrevista concluye con la asignación de una nueva cita para revisar la evaluación diagnóstica que aportó el recurso derivador o para realizarla en los casos de acceso directo.

Seguidamente, se muestra al nuevo ingreso las instalaciones del centro y los profesionales de este, quienes trabajarán en coordinación para su rehabilitación. Finalizando la admisión, se inscribe al nuevo interno/a en el Libro de Altas y Bajas para tener constancia de los movimientos que se produzcan en CT.

**Figura 7.4.**  
**Procedimiento de Admisión.**



Fuente: Elaboración propia a partir de Guía de Procesos y Procedimientos Asistenciales para las CT y CRA. Junta de Castilla y León (2011).

### Proceso 3. Desintoxicación.

A diferencia de los tratamientos ambulatorios, en las CT es recomendable que exista la desintoxicación nada más ingresar para limitar el número de personas intoxicadas en la dinámica de la CT y reducir su impacto.

Un criterio de calidad que se plantea en los centros es pautar la desintoxicación el mismo día del ingreso.

Las pautas a seguir para acometer la desintoxicación serán las establecidas en el "Protocolo de desintoxicación" (Guía de procesos de Asistencia en CT y CRA, 2011).

### Proceso 4. Evaluación diagnóstica.

Para poder adecuar el PIT a las necesidades que presente el usuario/a es necesaria una valoración correcta de la situación (Figura 7.5), a distintos niveles (sanitaria, psicológica, sociolaboral y psiquiátrica).

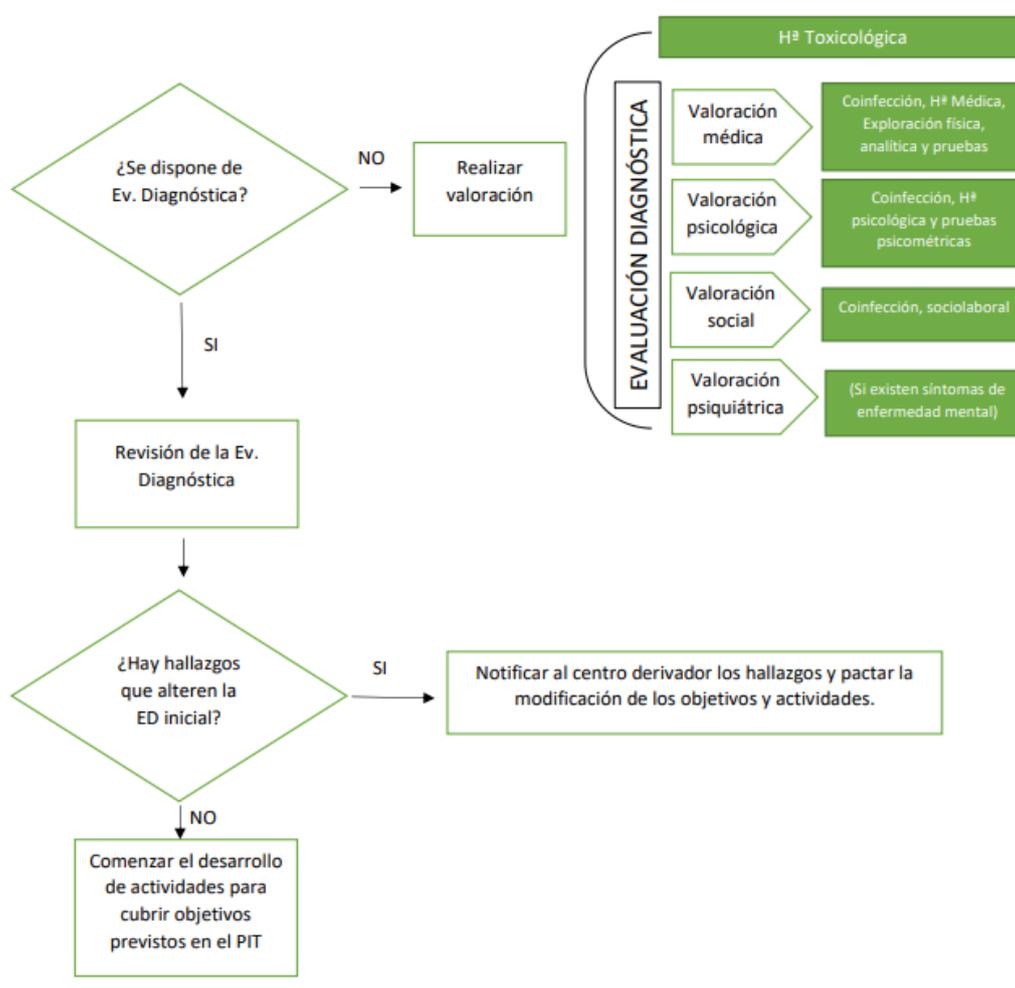
Con la evaluación diagnóstica se trata de garantizar una adecuada valoración biopsicosocial del paciente y asegurarle un diagnóstico disponible actualizado.

En los casos en los que no se dispone de evaluación o se conoce solo una parte, se realiza la valoración a diferentes áreas: sanitaria, psicológica, psiquiátrica, sociolaboral y educativa-ocupacional, se contactará con otros centros en los casos que se tenga constancia de que previamente el usuario/a ha realizado tratamiento, lo cual podrá ayudar a completar el diagnóstico actual.

Si sí que está disponible dicha evaluación, se prestará especial atención a la historia de consumo de los últimos 30 días, la posible existencia de síntomas asociados al síndrome de abstinencia por el abandono del consumo, la aparición de problemas orgánicos desde el ingreso y la presencia de síntomas de algún trastorno mental no detectado previamente.

Cuando sea necesario modificar la evaluación inicialmente aportada, se comunica de manera inmediata al centro de referencia, adaptando el PIT.

**Figura 7.5.**  
**Evaluación Diagnóstica.**



Fuente: Elaboración propia a partir de Guía de Procesos y Procedimientos Asistenciales para las CT y CRA. Junta de Castilla y León (2011).

### **Proceso 5. Desarrollo de intervenciones previstas para cubrir los objetivos del PIT.**

En esta fase se ponen en marcha el conjunto de actividades que sean necesarias para lograr los objetivos propuestos por el centro de referencia o por la propia CT para lograr la incorporación del usuario/a al tratamiento residencial.

Una vez establecido el contenido del programa, se formalizará un Contrato Terapéutico (*Anexo 3*), donde se formalizan los compromisos de ambas partes. Seguidamente, el equipo terapéutico asigna a un profesional de referencia del caso, quien servirá de cara al exterior como referente, responsabilizándose del seguimiento del PIT y emitiendo informes de seguimiento cuando sean necesarios.

Las actividades previstas en el PIT abarcan diferentes áreas: sanitaria, psicológica, sociolaboral, educativo-ocupacional, familiar y otras actividades generales que no se asignan a áreas específicas.

### **Proceso 6. Desarrollo de las actividades de apoyo a la integración social.**

Las actuaciones de apoyo que realiza las Comunidades son descritas en el “Modelo de gestión de los procesos de integración sociolaboral de la población drogodependiente en Castilla y León”.

### **Proceso 7. Preparación del alta.**

El momento del alta es variable en función de la percepción que el propio usuario tenga de su situación y mejoría de su problemática. En ocasiones, se tiene a mantener el ingreso por miedo a enfrentarse con la realidad, y en otras ocasiones, los logros más breves se consideran suficientes por parte de los usuarios/as para comenzar con su nueva vida, pero esta situación puede poner en riesgo todos los objetivos y logros alcanzados.

Siempre se brinda un apoyo exterior cuando se causa alta, desde el CAD de referencia se realiza un seguimiento. Así se persigue asegurar una continuidad terapéutica programando las acciones a realizar tras la salida de la CT y así mismo, reducir el temor que causa el entorno del paciente.

Antes de la fecha establecida de salida de la CT, los usuarios/as deben acudir a entrevistas motivacionales en las cuales se trabaja la motivación para asegurar una continuidad del tratamiento o integración sociolaboral cuando se abandone el presente recurso. En dichas entrevistas se informa de los objetivos y actividades a realizar para la nueva etapa que comenzará. Así mismo se informará del recurso del SAISDE al que se deriva.

### **Proceso 8. Fin de la intervención.**

Se pueden dar las siguientes modalidades para que el tratamiento concluya:

**Tipo 1: Alta terapéutica:** Momento en el que se han logrado todos los objetivos inicialmente establecidos en el PIT o si se considera que no es posible lograr una mayor progresión cuando ya se han cumplido una parte de ellos.

Se tiene en cuenta para ello:

- La evaluación positiva durante el ingreso en las diversas áreas de intervención.
- El mantenimiento de la abstinencia durante el tratamiento.
- El compromiso y la convicción de continuar en el CAD.
- Tener un proyecto vital a corto-medio plazo que se ajuste a sus circunstancias personales.
- Alto nivel de motivación.
- Disposición al cambio del estilo de vida y valores.
- Tener identificados los aspectos de su vida que impulsan al consumo.
- Mejoría en el autocontrol, autonomía personal y asunción de responsabilidades.

Para que se lleve a cabo, se remitirá con 10 días de antelación a la fecha prevista de alta un informe de finalización de tratamiento para, de este modo, asegurar una continuidad de tratamiento en otros recursos.

**Tipo 2: Alta voluntaria:** Se produce en los casos en los que el paciente solicita su alta o interrumpe voluntariamente el tratamiento sin concluir el proceso terapéutico. De acuerdo con lo que se establece en el consentimiento informado, puede interrumpir cuando desee su tratamiento residencial.

Se solicitará en todos los casos que el usuario/a firme el “Documento de Alta Voluntaria”.

**Tipo 3: Alta forzada:** Producida por enfermedad, obligaciones familiares, ingreso en prisión y/o causas mayores que impidan su continuidad en el centro.

**Tipo 4: Alta por expulsión:** Decisión decidida por el Equipo Terapéutico como consecuencia de su comportamiento o por el incumplimiento reiterado y/o grave de las indicaciones y/o la normativa interna de funcionamiento del centro.

Será consultada entre los profesionales de la CT y posteriormente comunicada por el profesional de referencia al propio paciente.

Sea cual sea el tipo de alta que se produzca en las situaciones personales de cada usuario/a, siempre se incidirá en la importancia de transmitirle seguridad para que su tratamiento continúe de forma ambulatoria, proporcionándole su primera cita desde la CT.

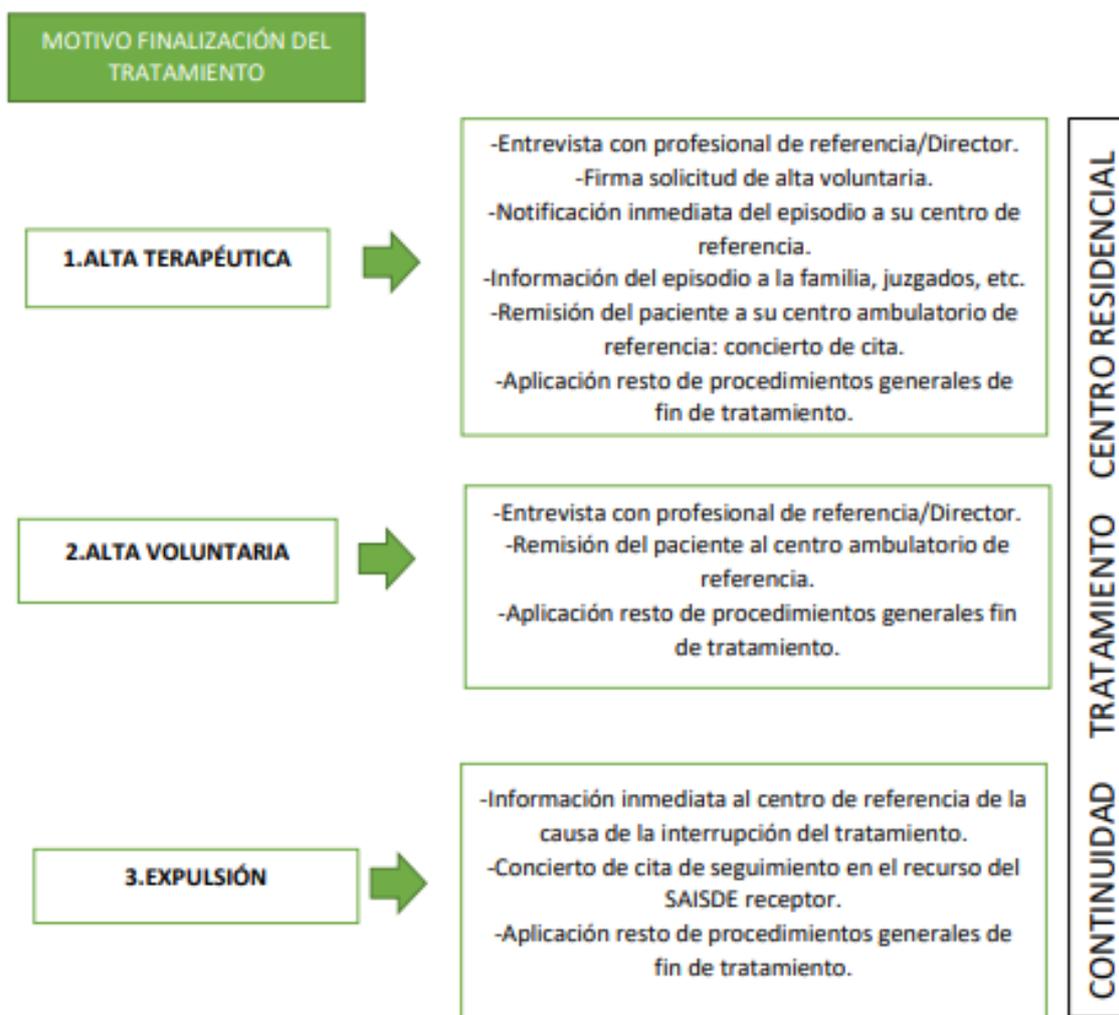
En los tipos de alta 2,3 y 4, se informará al drogodependiente de las consecuencias que tendrá su salida del centro y de las medidas que se adoptarán, notificando a los familiares, órganos judiciales y al centro ambulatorio de referencia.

Se notificará en un plazo máximo de 24 horas laborables de la finalización del tratamiento al CAD de referencia y al CRD en caso de que las plazas sean subvencionadas, dando paso a nuevos internos/as.

En los casos en los que se esté cumpliendo un tratamiento alternativo al ingreso en prisión o condena, se avisa inmediatamente al Juzgado correspondiente de la fecha y motivos por lo que el usuario/a deja de formar parte de la lista de altas y bajas de la CT.

Los tipos de alta en el momento final de la intervención se reflejan en la siguiente página (Figura 7.6):

**Figura 7.6.**  
**Fin de la intervención.**



Fuente: Elaboración propia a partir de Guía de Procesos y Procedimientos Asistenciales para CT y CRA. Junta de Castilla y León (2011).

## 8. TRABAJO SOCIAL Y DROGAS.

Para comprender la definición de TS en el ámbito de las drogas, objeto de este trabajo, es importante haber comprendido previamente qué es el TS, sin especificidad en ningún ámbito, sino a rasgos generales.

La Federación Internacional de Trabajadores Sociales define la disciplina del TS como:

Profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social.

Esta disciplina interviene en los problemas que dan lugar a desequilibrios con el entorno social, necesidades sociales y que utiliza los recursos existentes para solucionar la problemática y lograr el cambio, además de lograr crear autonomía en la persona para que aprenda a utilizar sus propios recursos, saber relacionarse y tener la capacidad de modificar situaciones en el futuro (Barreto, 2017, p. 312).

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

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

En la misma línea, Mayor (1995) muestra el objeto propio del TS:

Durante mucho tiempo se han buscado explicaciones reduccionistas del fenómeno de la drogodependencia, entre ellas las de naturaleza sociocultural, pero hoy día es prácticamente unánime el acuerdo sobre su carácter multideterminado y, por tanto, sobre la necesidad de teorías y modelos multidimensionales, todos los cuales incluyen una dimensión o un componente sociocultural. Pero, tanto unas como otras subrayan el papel que juega en la adquisición de las drogodependencias la interacción entre el sujeto y el contexto social, así como la importancia que en la intervención sobre ellas desempeña el cambio social y la modificación de dicha interacción, lo que constituye un objeto propio del Trabajo Social. (p. 220)

### 8.1 Antecedentes:

A finales de los años setenta, en España se comienzan a sentir las corrientes comunitaristas en el trabajo social y su influencia. El centro de sus trabajos se dirige al

grupo social, sus estructuras y relaciones. Así es como ha llegado hasta la actualidad todo un conjunto de reflexiones y prácticas, que han producido claros resultados denominándose investigación-acción (Gutiérrez, 2007, p. 45).

Así mismo, el autor comenta que, al comienzo de la década de los ochenta:

Ante el vacío asistencial existente, algunas organizaciones europeas darán una oferta asistencial como única salida para quienes desean abandonar su dependencia. Algo más tarde, desde perspectivas institucionales y profesionales, se produce una reacción asistencial desde la psiquiatría general o desde sectores con tradición en el tratamiento del alcoholismo (Gutiérrez, 2007, p. 38).

Adentrándonos en el ámbito de las drogodependencias y la gran labor del TS en las mismas, Sixto-Costoya y Olivar (2018) afirman que es una disciplina cuya intervención en las adicciones tiene una trayectoria de más de medio siglo. Como prueba, se encuentran los textos como el de Tobin en 1952 de la University of British Columbia, que en ese momento ya publicaba sobre el papel del Trabajador Social en las adicciones y su tratamiento, haciendo referencia a las variables contextuales que se relacionan con los factores sociales como son la familia, el trabajo y el grupo de pares o iguales (p. 148).

## 8.2 Modelos de intervención:

Según Cano et al. (1991, citado en Gutiérrez, 2007) existen diversos modelos teóricos para intervenir en el ámbito de las drogodependencias:

El modelo ético-jurídico asigna un papel central a la sustancia objeto de consumo. La finalidad que persigue es conseguir que tales sustancias queden fuera del alcance de la gente. Gente a la que se ha de proteger mediante medidas legislativas sobre cultivo, elaboración, distribución, venta o posesión de drogas. Entre las medidas que promueve se encuentran el castigo y la amenaza por posesión y uso de drogas. Se trata de un modelo basado en un paradigma represivo, mediante el cual todo aquello que se considera jurídicamente como drogas se trata como un delito, favoreciendo de este modo la criminalización y estigmatización de los usuarios además de un mercado negro cada vez más extendido y potente. Se construye, por tanto, un sistema de control social, con aspectos formales e informales, basado en la figura del drogadicto como elemento central del problema de las drogas.

El modelo médico-sanitario que se abre paso en el marco represivo del anterior modelo, atribuye a las drogas el papel de agente principal que origina efectos nocivos para la salud del consumidor, considerado ahora como un enfermo que necesita ser curado. Entre las estrategias propuestas para reducir el uso y aumentar el control sobre estas sustancias se encuentran: disminuir la aceptación social del consumo, aumentar el precio de aquellas sustancias que pueden crear dependencia, poner en práctica programas de información sobre el riesgo que conlleva el uso de las mismas o utilizar tratamientos basados en la

aplicación de fármacos antagonistas. Lo que este modelo subraya es que el drogadicto ha de ser tratado no tanto como un delincuente sino como un enfermo al que hay que diagnosticar, prescribir y tratar como a cualquier otro enfermo e introducirlo en la estructura médica, incluida la institucionalización. De esta manera se categorizan científicamente opiniones morales, estigmatizando sectores sociales como el de la juventud y estrechando la visión de la diversidad existente en la realidad, lo que estaba suponiendo dejar de lado los componentes socioculturales.

El modelo psicosocial, maximiza la importancia del sujeto y su comportamiento en relación sustancia-individuo-contexto, tendiendo a establecer distinciones en cuanto a la cantidad, frecuencia y modalidades del uso de las drogas, las diversas funciones de éstas y los efectos de su consumo por individuos diferentes. Entre las medidas a adoptar se decanta por la información específica en relación con actitudes, valores y estilos de vida. Según el citado modelo existen una serie de factores individuales que pueden llevar a probar una sustancia y una serie de presiones grupales que incitan o favorecen el consumo. En tal caso se subraya el análisis de las características de los sujetos para disminuir la tendencia que tengan a consumir drogas, así como modificar determinados estereotipos culturales de modo que disminuya la presión grupal.

El modelo sociocultural subraya sobre todo la complejidad y variabilidad del contexto social y cultural entre los elementos interactuantes, estimando que unas drogas concretas adquieren su significación, no tanto por sus características farmacológicas como por el modo en que una sociedad determinada define sus usos y reacciona ante sus consumidores. Centra la atención en las condiciones socioeconómicas y ambientales como factores que originan el consumo, estableciendo una adaptación de los contextos socioculturales al individuo y a sus necesidades, a través del cambio social. Se avanza así al entender que el fenómeno de las drogas hay que plantearlo como una relación entre tres factores fundamentales que son la sustancia, el individuo y el contexto. En consecuencia sobresale la idea de que las variables determinantes serán las de tipo sociocultural. No obstante, aunque se avanza en la visión más compleja del fenómeno de las drogas, no queda clara la solución del problema pero obliga a investigar qué tipo de conexiones se producen entre producto, individuo y contexto antes de aventurar otras soluciones. Aunque van quedando más claros los efectos principales de determinadas sustancias, sin embargo un mismo principio activo, con las variantes que pueden producir el contexto y el individuo, produce efectos diferentes. Esto último significa que hemos de ampliar aquellos modelos como el farmacológico, basado en los efectos de una sustancia, o el psicologista, como efecto de una personalidad.

Lo ideal sería que se tuviera en cuenta los elementos de los diversos modelos en un mismo enfoque, en un enfoque de carácter multidisciplinar (Gutiérrez, 2007).

### 8.3 Intervención:

Conviene recordar la complejidad que presenta la problemática de las drogas, donde intervienen, no sólo unas determinadas sustancias, sino también un individuo concreto ubicado dentro de un medio sociocultural no menos particular.

En cuanto a la intervención de los equipos, Losada et al. (1995) afirma “La etiología multifactorial del fenómeno de las drogodependencias, así como la diversidad de los efectos que éstos provocan, determina que la respuesta rehabilitadora deba incluir la intervención de profesionales pertenecientes a diferentes áreas” (p. 126).

Gutiérrez (2007) hace referencia a la adaptación de la intervención teniendo en cuenta la rapidez de los cambios que se producen en el consumo de drogas y la velocidad en la aparición de nuevas sustancias, lo que requiere de instrumentos de acceso al conjunto de la comunidad y que estos sean sencillos y rápidos (p. 45)

En el plano práctico, esto supone que la intervención de los trabajadores sociales de los servicios especializados para la atención a las drogodependencias debe sustentarse, por una parte, en el trabajo coordinado con profesionales de diferentes servicios e instituciones y, por otra, en la interdisciplinariedad de las acciones a desarrollar en los servicios asistenciales (Losada et al., 1995).

Mayor (1995) tiene en cuenta tres fases: prevención, intervención y reinserción, para mostrar la presencia del Trabajo Social en la intervención sobre el ámbito de las drogodependencias (p. 232).

Al ser la prevención una intervención genérica y no individualizada (por lo menos en principio), el punto de referencia para organizar los procesos de prevención debería ser el contexto y no tanto el sujeto (en cuanto individuo). Por eso la prevención suele definirse en función del ámbito contextual en el que opera; así se habla de prevención educativa, prevención laboral o prevención social (Mayor, 1995).

El TS en este campo de intervención tiene una relación directa con la prevención, el tratamiento y la reinserción social. Esta última tiene especial importancia en la disciplina del Trabajo Social, ya que es un objetivo principal para la misma en las drogadicciones.

La prevención se dirige a detectar y reducir los factores de riesgo y a potenciar los factores de protección con las acciones establecidas. Debe tener un carácter educativo y dar respuestas a las personas que así lo soliciten, en el ámbito educativo, laboral, afectivo, cultural, ambiental...entre otros (Gutiérrez, 2007).

Haciendo referencia a la reinserción, Gutiérrez (2007) expresa:

La inserción constituye un proceso de socialización y normalización evitando la segregación y la marginación; proceso que no discurre independiente de los cambios sociales así como de la necesaria participación activa de los

drogodependientes. El trabajo social y los servicios sociales comunitarios son imprescindibles en el proceso de inserción de los drogodependientes si tenemos en cuenta las posibilidades de intervenir tanto en la familia como en el ámbito laboral. ( ... ) reinserción social significa cualquier intervención social cuyo objetivo sea integrar en la comunidad a los antiguos y actuales drogodependientes problemáticos; y los tres pilares de la reinserción social son: el alojamiento, la educación y el empleo (p. 50)

Tal y como muestra Viciano (2001), el tratamiento de la drogodependencia requiere tener en cuenta múltiples factores y lograr la integración social del colectivo conlleva intervenir a distintos niveles:

1. Nivel individual. Acciones dirigidas a mejorar las capacidades y actitudes de estas personas de cara a su inserción social.
2. Nivel micro-social. Incidiendo fundamentalmente en la familia y en el grupo de iguales. Estas dos instituciones poseen una influencia muy importante tanto en el origen del problema como en su posible resolución.
3. Nivel macro-social. Dirigidas a tratar de transformar la percepción social del problema (a menudo cargada de estereotipos) y a favorecer la creación de condiciones facilitadoras de la integración del colectivo. (p. 227)

En el tratamiento de las dependencias a sustancias, hay que tener en cuenta tres factores en todo momento: persona, sustancia y entorno. En cuanto a este último, es el ámbito donde la actuación de los trabajadores sociales es más pertinente. El entorno abarca familia, escuela y grupo de iguales (microsistema), al trabajo, ocio, estatus, hábitat y roles (mesosistema) y los valores, sistema social, políticas, legislación, medios de comunicación y publicidad, entre otros (microsistema) (Gutiérrez, 2007, p. 49).

El tratamiento que se da a las adicciones desde el TS se trata desde los Servicios Sociales especializados, ya sean públicos o privados. Algunos de ellos son los recursos mencionados anteriormente: CAD, Comunidades Terapéuticas, Centros de Día, UDH...entre otros.

La buena coordinación entre los servicios generales y específicos contribuirá a paliar los posibles efectos negativos cuando es necesaria la utilización de recursos específicos. Una coordinación permanente entre ambos servicios va a mejorar notablemente por una parte los resultados de la intervención del servicio específico y por otra los procesos desarrollados desde los Servicios Sociales de Base para incorporar a la persona que ha hecho un tratamiento a su comunidad (Viciano, 2001).

Se trabaja con poblaciones diana diversas, pero con el rasgo común de la dependencia a determinadas sustancias: personas privadas de libertad, personas sin hogar, mujeres víctimas de violencia de género, familias, jóvenes y adolescentes...

El objetivo de trabajar desde el Trabajo Social con personas adictas será corregir al máximo los problemas de personalidad, tratar de reemplazar la sensación de ansiedad e inseguridad por una sensación de bienestar, proporcionar los medios que le den firmeza, confianza y seguridad en sí mismo... así como un sentido de responsabilidad a nivel personal, familiar y con su entorno social más cercano (Barreto-Pico, 2017, p. 321)

Así mismo, en la línea de los objetivos a lograr, Barreto-Pico (2007) establece:

“El trabajador social que aborde la problemática de las adicciones no puede hacerlo desde la moral, el regaño, la intolerancia por la condición del adicto; al contrario debe acercarse responsablemente y lograr un compromiso de ese sujeto con un futuro mejor sin adicción” (p. 324).

En cuanto a las funciones que realizan los profesionales del TS en el Área del Consumo de Drogas, Losada et al. (1995) establecen cuatro direcciones:

- a) Conocimiento de la evolución de la historia de consumo.
  - Contexto socioambiental y familiar en el inicio y su influencia sobre el sujeto.
  - Elementos personales y socioambientales que inciden en la perseverancia del consumo de diversas sustancias adictivas.
- b) Conocimiento de la situación actual, individual y familiar ante su tratamiento.
  - Posicionamiento del individuo: motivación, expectativas y grado de implicación.
  - Nivel y capacidad de respuesta e influencia de los distintos componentes del núcleo familiar en su tratamiento.
- c) Conocimiento de las variables sociales externas que pueden incidir en el proceso de tratamiento.
  - Problemática social asociada al consumo, pérdida de recursos económicos y laborales, detenciones, encarcelamientos, pérdida de vivienda, etc.
  - Influencia de las redes sociales: grupos de iguales, asociaciones, voluntariado, etc.
- d) Realización de las actuaciones oportunas de cara tanto a la valoración del caso, como a la gestión y conexión con los recursos y servicios sociales necesarios (p. 129).

#### 8.4 El Trabajo Social en Pampuri

La disciplina del T.S conforma una de las raíces de la intervención en la C.T. Pampuri, siendo la figura del trabajador/a social una de las integrantes del Equipo Terapéutico.

Las drogodependencias son una problemática social, por lo que, junto a otros aspectos, el ámbito social será crucial de ser trabajado. Algunas de las funciones de nuestra disciplina en el centro son las mostradas en la siguiente tabla (*Tabla 8.1*):

**Tabla 8.1.**  
**Funciones del T.S en Pampuri.**

<b>1. Evaluación y planificación de asistencia en el proceso de evaluación inicial.</b>
<b>2. Evaluación de la situación social del paciente para incidir en su desarrollo social.</b>
<b>3. Asistencia diaria de incidencias: gestión de los recursos personales, familiares, sociales y jurídicos.</b>
<b>4. Derivación de la gestión a otras entidades en caso de precisar de otros recursos.</b>
<b>5. Dar respuesta adecuadamente a las demandas familiares si se enmarcan en el proceso de Atención al Paciente.</b>
<b>6. Revisión periódica de la situación social y valoración del cumplimiento de su P.I.R.</b>
<b>7. Exploración de los recursos de los que pueda ser beneficiario. Apoyo a la solicitud de beneficios sociales a los que tiene derecho.</b>
<b>8. Coordinación con los Servicios Sociales de los que dependa, juzgados, representantes legales...etc.</b>
<b>9. Elaboración de informes sociales, anotaciones sociales, seguimiento de la Historia Social, etc.</b>
<b>10. Tareas de integración y coordinación con el Equipo Terapéutico:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Individuales: colaboración en el diseño del P.I.R.</li><li>- Familiares: información, apoyo y asesoramiento a las familias en el proceso de intervención.</li><li>- Organizativas: colaborar con el resto de equipo en la organización de la asistencia.</li></ul>
<b>11. Acompañamiento a otras entidades o realización de otras gestiones.</b>
<b>12. Tramitación de alta y/o expulsión.</b>
<b>13. Gestión de recursos para el momento del fin del tratamiento.</b>

Fuente: Elaboración propia según entrevista con trabajadora social.

1. Se lleva a cabo una evaluación para conocer la situación de partida del usuario/a, así como su historia social y la revisión de los informes adjuntos por el recurso de derivación correspondiente. Así se garantiza un buen proceso de evaluación inicial.
2. Una vez se conozcan los datos anteriores, se tendrá constancia de la situación social del sujeto y de este modo se podrá realizar un plan para saber en qué aspectos sociales hay que intervenir y en qué aspectos incidir para lograr una buena intervención.
3. Se recopila diariamente las incidencias que han podido producirse en el centro, dejando constancia de las mismas en la ficha personal de cada interno/a.
4. Se dan casos en los que la propia gestión interna de la CT no es suficiente para dar respuesta a las necesidades que surjan a los usuarios, por lo que se derivará a otro recurso y/o servicio del SAISDE.
5. La familia juega un papel importante en todo el proceso terapéutico y la rehabilitación del usuario/a, por lo que habrá que dar respuesta a las dudas, demandas y sugerencias que propongan, siempre que se enmarquen en el proceso de Atención al Paciente.
6. Comprobar que se están llevando a cabo las funciones correspondientes para lograr los objetivos establecidos en el P.I.R, así mismo, comprobar la evolución favorable del tratamiento y los resultados terapéuticos.
7. Apoyar al usuario/a en la solicitud de recursos que puedan adecuarse a su situación personal y contribuyan a facilitar su recuperación.

8. Participar en la coordinación con el resto de los recursos y servicios que sean necesarios para llevar a cabo una buena praxis profesional.
9. Realización de informes sociales, anotaciones para dejar constancia de la evolución y cambios producidos, seguimiento de la Historia Social para observar aspectos importantes de la vida de la persona y de este modo, adecuar la intervención a las circunstancias personales del sujeto usuario.
10. Como integrante del Equipo Terapéutico, el trabajador social participa en acciones de carácter individual como el diseño del P.I.R para cada interno/a, de carácter familiar apoyando, asesorando e informando de la evolución en el proceso terapéutico y de carácter organizativo como la colaboración con el resto de equipo y recursos asistenciales.
11. La figura del Trabajador Social es la encargada de brindar ese acompañamiento y esa ayuda en los momentos de acudir a lugares como: juzgado si presentan asuntos judiciales pendientes; bancos o cajas si necesitan realizar movimientos en sus cuentas, realizar transferencias para manutenciones o recibir dinero; oficina de Correos para recibir cartas, giros o documentos necesarios; Gerencia de Servicios Sociales para solicitar algún recurso o gestión; Oficina de Desempleo para fichar o solicitar información... y otros establecimientos como consultas médicas.
12. En el momento en que un interno/a deja de residir en la CT, se procede a realizar la derivación al CAD correspondiente o al recurso que convenga para continuar con su tratamiento o se tenga constancia del abandono/alta del mismo/a
13. En ocasiones en las que el destino del usuario no está claramente definido en el momento de su alta, se buscan alternativas y/o servicios para facilitar al mismo su integración social. Se contacta con Comedores Sociales, Albergues para Personas Sin Hogar, Cáritas, Cruz Roja...entre otros.

## 9. CONCLUSIONES.

Los datos que se han ido mostrando a lo largo del presente documento muestran la evidente importancia que presenta la problemática social de las drogas y que, en muchas ocasiones se obvia o se pasa de largo, sin realmente incidir en la gravedad del asunto.

El consumo de drogas debe ser objeto de intervención para las Administraciones Públicas, para la sanidad y para la población en general, sin ignorar las graves dificultades que esta actividad puede ocasionar. Ya que, tanto las drogas legales como las ilegales, son causantes de muchas de estas dificultades.

Del mismo modo, se puede afirmar que el consumo, uso y abuso de sustancias afecta a niveles sociales, familiares, sanitarios e individuales, por lo que es necesario detectar con la mayor rapidez posible los casos de consumo para así, intervenir y paliar los efectos con la mayor brevedad. Para lograr esta mejora social, así como poner remedio a esta gran problemática de nuestra sociedad, es fundamental la intervención de profesionales cualificados como son los Trabajadores/as Sociales, entre otros. Su misión siempre será lograr el cambio, y a su vez el acompañamiento a las familias, entorno y sujetos consumidores.

Los Trabajadores/as Sociales debemos ser un referente para las personas usuarias durante todo el proceso que dure su tratamiento, rehabilitación y recuperación, así como para sus familiares y personas cercanas. La reinserción social está ligada a una buena intervención y eso está de nuestra mano.

Como se ha mostrado, el trabajador social está presente en todo el proceso terapéutico y realiza funciones que engloban aspectos sociales, familiares, jurídicos, personales y educativos, entre otros. La *Tabla 8.1* muestra algunas de las funciones desempeñadas por el profesional en el centro, las cuales se desarrollan durante la duración de todo el proceso terapéutico.

La drogodependencia es cada vez más frecuente en nuestros tiempos y al mismo tiempo cada vez más normalizada, por ello hay que trabajar en la sensibilización, la prevención y el tratamiento de esta, para no tomar un problema como algo normal en nuestras vidas.

Los años 80-90 fueron realmente difíciles con el gran consumo de heroína que se daba en nuestra sociedad. Muchas personas perdieron la vida a causa de una sobredosis y con el tiempo, la gravedad del tema fue perdiendo la importancia que realmente tenía. En la actualidad, la cocaína y las nuevas drogas de síntesis están incrementando los casos de dependencia a pasos descomunales, por lo que es importante trabajar en ello para que las drogas no se cobren más vidas.

Desde el TS debemos tener en cuenta las circunstancias, posibilidades, potencialidades y debilidades de la persona usuaria con la que estamos trabajando. Así como centrarnos

en su historia personal, sin tratar de generalizar una atención por igual para todo el colectivo, ya que, aunque su factor común sea la dependencia a una o más sustancias, las vivencias y recorrido personal son únicos e incomparables.

Los datos conocidos en este TFG y los testimonios de algunos consumidores, así como de los profesionales que trabajan en el ámbito, pueden brindar una ligera visión al lector sobre la situación en la que se encuentra el colectivo en la actualidad.

No es posible establecer un perfil único ni generalizar sobre las características del colectivo de personas drogodependientes de Pampuri, pero tras realizar el análisis de la evolución, se pueden concluir algunos hechos:

- El sexo masculino por encima del femenino, predomina en cuanto a personas que realizan tratamiento en C.T.
- La población que acude en la actualidad presenta una mayor edad media que en momentos anteriores.
- El estado civil predominante es el grupo de solteros o divorciados.
- La sustancia principal de consumo es la cocaína en primer lugar.
- La heroína ha reducido sus casos de consumo de manera notable.
- El consumo de dos o más sustancias es cada vez más frecuente entre los nuevos ingresos.
- Los parados y pensionistas son los grupos con mayor puntuación en cuanto a situación laboral. Cada vez menos personas acuden a C.T. con un puesto de trabajo.
- Los problemas judiciales representan a la mitad de la población atendida.
- Los hombres manifiestan mayor patología psiquiátrica que las mujeres.
- Castilla y León es el lugar de procedencia más común entre los ingresos.
- El alta por abandono es el más frecuente de entre las posibilidades existentes.

No hay que olvidar que, una persona con esta problemática, así como con cualquier otra dificultad, requiere de apoyo, ayuda y acompañamiento.

## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bobes, J., Casas, M. y Gutiérrez M. (2011). Manual de Trastornos Adictivos.
- Babor, T., Campbell, R., Room, R. y Saunders, J. (1994). Glosario de Términos de Alcohol y Drogas. *Salud mundial*, 66. <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- Barrero Virguetti, M. y Escalera Solis, C. (2008) Síndrome de Abstinencia. *Revista Médica (Cochabamba)* , 19 (29), 54-60.
- Barreto-Pico, M.A. (2017). Papel del trabajador social en las adicciones. Revista científica dominio de las ciencias. *Dominio de Las Ciencias* , 3 (4), 311–325.
- Caudevilla, F. (n.d.). Drogas: conceptos generales del consumo.
- Camilli, C. y Rodriguez, A. (2008). Fobia social y terapia cognitivo-conductual: definición, evaluación y tratamiento. *Anales de La Universidad Metropolitana*, 8(1), 115–137.
- Chelsa, D., Elías, M., Fernández, E., Izquierdo, E. y Sitjas, C. (2004). El Craving, Un Componente Esencial En La Abstinencia. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría* , 89 (93), 93-112.
- Cunha, A.C.M da. (2012). O consumo de drogas. *Rev. Bras. Psicodrama* , 20 (1), 197–202.
- de Miguel González, B. (2011). Abuso de drogas y esquizofrenia. Obtenido de <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca/article/viewFile/590/613>
- Etxabe, J. (2019). Universidad Pontificia de Salamanca. En *Vida y obra de Luis Sánchez Granjel* (págs. 55-58). Ediciones Universidad de Salamanca. <https://doi.org/10.2307/j.ctvc4m4f1t.11>
- Faraone, S. V. (2006). TDHA y trastornos por consumo de drogas. *RET: Revista de Toxicomanías*, (48), 15-19. Obtenido de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2211164>
- Gutiérrez, A. (2007). *Drogodependencias y trabajo social*. (pág.320). Ediciones Académicas S.A.
- Irurtia, M.J., Caballo, V. & Ovejero, A. (2009). Trastorno de ansiedad provocado por sustancias psicoactivas. *Behavioral Psychology* , 17 (1), 155-168.
- Larrañaga, J. L. (2006). Comorbilidad de trastornos mentales y adicciones. In *Ponencia presentada en el VII Congreso Nacional de* (Vol. 10).
- Molina Mansilla, M. (2008). Evolución histórica del consumo de drogas: concepto, clasificación e implicaciones del consumo prolongado. *International E-Journal of Criminal Sciences*, (2), 2–30.

- Organización Mundial de la Salud. (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44000>
- Osuna Fuentes, J.M. (2005). Drogas, ¿un fenómeno en evolución?. *Carel: Carmona. Revista de estudios locales*, 3, 1269-1291.
- Pérez de Heredia, J., González Pinto, A., Ramírez, M., Imaz, A., y Ruiz, J. (2001). Abuso y dependencia de sustancias en el trastorno bipolar. *Trastornos Adictivos*, 3, 19-24.
- Renner, J. A., Problema, U. N. y Comun, C. (2013). Consumo de Drogas y Depresión. *Epistemus*, 3–10.
- San Juan de Dios. (s. f.) *San Ricardo Pampuri, el santo que también fue hermano*. Orden de Hospitalaria San Juan de Dios. URL <https://www.sjd.es/serhermano/?q=node/114>
- Sebastián, P., Losada, M.J. y Márquez, P. (1995). Aproximación a las funciones de los trabajadores sociales de los centros de atención a las drogodependencias. *Cuadernos de Trabajo Social*, 8, 123-139.
- Sixto-Costoya, A. y Olivar Arroyo, Á. (2018). Educación Social y Trabajo Social en adicciones: recuperar el territorio colaborando. *RES, Revista de Educación Social*, 26, 141–158.
- Soler, A. I. (2014). Consumo de drogas y su relación con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad: un estudio prospectivo: 1981-2013. *Proyecto de Investigación*, 1981–2013. Recuperado de <http://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/41086>
- Terán, A. (2017). Veinticinco años de atención a personas drogodependientes en Palencia. *Fundación San Juan de Dios*.
- Valdés, A., Vento, C., Hernández, D., Álvarez, A. y Díaz, G. (2018). Drogas, un problema de salud mundial. *Revista Universidad Médica Pinareña*, 14 (2), 168–183.
- Guinot Viciano, C., (2001). Intervención Social y Drogodependencias. 4, 221-332.
- Schmidt, (2015). Resolviendo el Rompecabezas.

## 11. ANEXOS

### Anexo 1: Normas de Funcionamiento Interno de la CT.

 **CENTRO ASISTENCIAL SAN JUAN DE DIOS**  
PALENCIA

### NORMAS DE FUNCIONAMIENTO INTERNO DE LA CT

Las personas que se incorporen a tratamiento en la CT deberán seguir siempre las indicaciones del personal del Equipo Terapéutico (ET), y es imprescindible conocer, aceptar y sobre todo cumplir las siguientes normas.

#### Normas reguladoras del ingreso

1. Los pacientes deberán facilitar al personal del ET la tarea de registro de las pertenencias que traiga consigo en el momento del ingreso.
2. Es obligatorio ducharse bajo control del personal de ET.
3. Está prohibido introducir en la CT ningún tipo de sustancia tóxica, ni objetos o herramientas prohibidos (navajas, cuchillos, punzones o cualquier otro utensilio no autorizado).
4. En el caso de encontrarse durante el registro algún tipo de arma blanca u objeto punzante o prohibido, se retira de forma inmediata. En el caso de encontrar alguna sustancia tóxica, se desecha de forma inmediata a través del WC, en presencia del paciente.  
En ambos casos será informando el paciente y firmará el documento de material no permitido desechado para ser eliminados de la comunidad. Bajo ninguna circunstancia estas pertenencias se podrán guardar en la Comunidad.
5. Cuando se trate de útiles de aseo (tijeras, cortaúñas, pinzas, maquinillas de afeitar, y otros útiles de aseo que contengan alcohol (colonias, desodorantes, colutorios, etc.) quedarán bajo custodia del personal en consigna, proporcionándolos al paciente cuando sean necesarios para su utilización.
6. Tampoco puede introducirse ningún tipo de medicación, salvo expreso conocimiento y autorización del ET, quien sólo se hará cargo de medicación retroviral, quedando custodiada en el botiquín.
7. El tabaco también quedará bajo custodia del personal, facilitando al paciente un máximo de diez cajetillas semanales. Si el tabaco es de liar, el envase tendrá que estar debidamente precintado.
8. El paciente podrá dejar en consigna determinados objetos que no puede tener en la CT (teléfono móvil, discos, etc.). Cualquier objeto que el paciente desee tener (joyas, relojes, libros, mp3, etc.) deberá ser autorizado por el ET, quedando la conservación, custodia y mantenimiento del mismo a cargo del propio paciente, no responsabilizándose el centro de ellos.
9. El dinero que traiga el paciente quedará bajo custodia del personal de la CT, en una cantidad nunca superior a 200 €, salvo casos excepcionales previa valoración por el ET.
10. Se depositará una fianza de 20 €, que será devuelta al paciente cuando curse alta, siempre que éste no mantenga deudas con la CT.

#### Normas reguladoras de la estancia

1. El uso del mobiliario y enseres de la comunidad se realizará, de acuerdo con el fin a que está destinado, con cuidado y respeto para que todos puedan disfrutar de su servicio.

Centro Asistencial San Juan de Dios  
Paseo P. Faustino Colvelo, s/n  
34060 PALENCIA

www.sanjuanodedios.palencia.com  
palencia.hospital@sjd.es  
t 979 742 300  
+979 742 890



**CENTRO ASISTENCIAL SAN JUAN DE DIOS**  
PALENCIA

2. Los pacientes ocuparán una habitación individual o compartida que les será asignada en el momento de su ingreso, y que se cambiará durante el programa, a criterio del ET.
3. Los pacientes se responsabilizarán de la limpieza y el orden de su dormitorio, que deberán mantener siempre limpio, ordenado y con la puerta abierta, según los criterios establecidos por la CT.
4. La colocación de objetos personales en la habitación deberá ser autorizada por el ET.
5. Los pacientes colaborarán en la limpieza y orden de los espacios comunes (comedor, salas, aulas, talleres, baños, etc.), de acuerdo con los turnos establecidos para ello.
6. Los pacientes utilizarán los espacios comunes de acuerdo al fin establecido, siguiendo la normativa de la CT.
7. Los pacientes se responsabilizarán de ordenar y recoger las estancias y materiales que hayan utilizado, previamente al abandono de dicha instalación.
8. Los pacientes necesitarán, en su caso, de autorización y/o acompañamiento para acceder a las zonas de uso restringido. Se consideran zonas de acceso restringido para los pacientes: despacho de botiquín y sala de curas, pasillo y despacho de cualquier miembro del ET y la habitación de cualquier otro paciente.
9. Solo estará permitido fumar en los lugares habilitados para ello.

**Normas reguladoras de la manutención**

1. Se servirán cuatro comidas: desayuno, almuerzo, merienda y cena.
2. La composición de los menús será supervisada por el personal del Centro.
3. El servicio de cocina preparará menús especiales cuando sea necesario a juicio del médico o ET, ya sea por cuestiones médicas o de orden religioso.

**Normas reguladoras del vestuario**

1. Los pacientes aportarán la ropa y calzado de uso personal, así como toalla de baño y lavabo, corriendo a su cargo su reposición.
2. La ropa será marcada en el momento del ingreso con el fin de garantizar el uso exclusivo de su propietario.
3. El cambio de ropa interior de los pacientes se realizará diariamente o, si fuera necesario, con mayor frecuencia. Respecto de las restantes prendas se observará la periodicidad necesaria.
4. El servicio de lavado y planchado de la ropa será atendido por los propios pacientes, como parte integrante de las actividades de carácter ocupacional. El centro no se responsabiliza del deterioro que pueda producirse en las prendas.
5. Los monitores y el propio paciente, procurarán que la ropa se mantenga en condiciones adecuadas de conservación y limpieza y se renueven las prendas deterioradas por el uso.
6. Los profesionales de la CT y los propios pacientes prestarán especial atención para que su vestimenta y objetos personales no porten símbolos racistas, sexistas o que supongan apología de la violencia o del consumo de drogas.

Centro Asistencial San Juan de Dios  
Paseo P. Rafaelo Cobrú, 101  
34000 PALENCIA



www.sanjuanededios-palencia.com  
palencia.hospital@fnid.es  
☎ 979 742 300  
☎ 979 742 890



**CENTRO ASISTENCIAL SAN JUAN DE DIOS**  
PALENCIA

7. La CT proporcionará a los pacientes la ropa de cama necesaria.
8. El cambio de ropa de cama y toallas se realizará semanalmente o, si fuera preciso, con mayor frecuencia, así como cada vez que se produzca un ingreso.

**Normas reguladoras de la higiene personal y el descanso**

1. Los pacientes deberán mantener un aseo diario correcto que comprenderá, al menos, dos duchas diarias, cambio de ropa, cepillado de dientes y lavado de las manos antes de cada comida.
2. Los útiles de aseo serán proporcionados cuando sea necesario por el personal del ET, debiendo ser devueltos para quedar custodiados en consigna, una vez finalizado el aseo personal.
3. Las actividades que comporten un esfuerzo físico deberán ir acompañadas a su término de la correspondiente ducha y cambio de ropa.
4. Los productos para la higiene personal los traerán los propios pacientes al ingreso y/o en las salidas. Excepcionalmente se podrán adquirir en el pedido quincenal que se realiza en la CT, con cargo a sus gastos personales.
5. Los pacientes deberán mantener su vestuario limpio y ordenado.
6. El horario del ciclo sueño – vigilia será establecido para cada paciente por el ET, teniendo en cuenta las indicaciones que al respecto dicte el servicio médico.

**Normas reguladoras del tratamiento**

1. El tratamiento de cada paciente será individual, personalizado e integral.
2. Todo paciente será atendido por el ET interdisciplinar.
3. Todo paciente poseerá un programa individualizado de rehabilitación (PIR) acorde con sus necesidades específicas.
4. El PIR se desarrollará operativamente, existiendo una evaluación de los resultados.
5. Los pacientes tendrán un seguimiento de la abstinencia de sustancias psicoactivas, para lo cual se practicarán los correspondientes controles de tóxicos en orina y alcoholemia a juicio del ET.
6. En virtud de la evolución del proceso terapéutico de cada paciente, el ET establecerá las normas de comunicación del mismo con el exterior, contacto con familiares, visitas, etc. Así como, en su caso, el régimen de salidas.
7. La finalización del tratamiento tendrá lugar cuando así lo decida el paciente, cuando a juicio del ET haya alcanzado los objetivos previstos; cuando se complete el periodo de derivación establecido por el CAD de referencia o cuando el ET considere que el paciente debe abandonar la CT por incumplimiento de normas, negación al tratamiento o conductas antisociales.
8. Se podrán realizar revisiones y registros por parte del ET, tanto de las instalaciones y dependencias del centro como de las ropas y enseres de los pacientes con la frecuencia que se considere necesaria, a fin de garantizar la seguridad de la CT e impedir la introducción de sustancias y objetos prohibidos.
9. Los pacientes podrán realizar sugerencias, quejas o peticiones, sobre su situación en la CT. Podrá hacerlo por sí mismo o a través de sus familiares o tutores.

Centro Asistencial San Juan de Dios  
Paseo F. Asísimo Calvo, 111  
34005 PALENCIA



www.sanjuanodedios-palencia.com  
palencia.hospitalmij.es  
T: 977 742 200  
F: 977 742 890



**CENTRO ASISTENCIAL SAN JUAN DE DIOS**  
PALENCIA

10. Se podrán utilizar por parte del ET los medios de contención y retención que se consideren oportunos para evitar actos de violencia, lesiones, autolesiones y el daño a personas o instalaciones de la CT, siempre que se realice de forma proporcional y adecuada a la circunstancia, respetando en todo caso los derechos de los pacientes.

11. Los pacientes deberán tomar la medicación que les haya sido prescrita. La negativa a aceptar esta parte del tratamiento implicará la solicitud de alta voluntaria, salvo acuerdo del ET para la utilización de tratamiento alternativo. En caso de que el paciente se niegue a firmar tal petición, se procederá a su alta forzosa en los términos establecidos en el artículo 21 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

**Normas reguladoras del régimen de visitas y contactos con el exterior**

1. Correspondencia:  
Cuando el paciente finalice el periodo de acogida en la CT, podrá enviar correspondencia a quien considere oportuno. Los sobres y el franqueo correrán a su cargo. Las cartas se entregarán por la mañana a los monitores debidamente cerradas. Toda la correspondencia de entrada en la CT, así como los paquetes postales, serán entregados al paciente por un monitor. En ese momento, el paciente abrirá delante del monitor la correspondencia o el paquete con el único fin de evitar la introducción de objetos o sustancias prohibidas en la CT. Se respetará en todo caso la intimidad del paciente.

2. Llamadas telefónicas:  
Cuando el paciente finalice el periodo de acogida en la CT, podrá realizar llamadas telefónicas a quien desee de forma reservada. Para ello se establecerá un horario de llamada y los días en que puede realizarse. El coste de la llamada correrá a cargo del paciente.  
En los casos en que sea preciso realizar llamadas extras (abogado, instituciones, centro de referencia, etc.) podrá realizarse previo consentimiento del ET.

3. Visitas:  
Después de transcurridos unos 30 días de estancia, los pacientes podrán recibir una visita de la familia, representantes legales u otras personas autorizadas por el ET. El ET establecerá el día correspondiente de la visita. Excepcionalmente y por motivo justificado, se podrán autorizar visitas fuera del horario y días establecidos.  
A su regreso podrá ser sometido a los controles habituales de registro, controles toxicológicos en orina y controles de alcoholemia.

4. Salidas terapéuticas:  
Durante el desarrollo del PIR y en función de la evolución del paciente en el programa, el ET dispondrá la realización de salidas terapéuticas como parte de una progresiva incorporación del mismo a su entorno sociofamiliar.  
Siempre que se produzca una salida, los pacientes deberán someterse a un procedimiento de control al regreso, a fin de evitar la introducción de sustancias u

Centro Asistencial San Juan de Dios  
Paseo P. Faustino Calvo, s/n  
34080 PALENCIA



www.sanjuande Dios-palencia.com  
palencia.hospital@njd.es  
☎ 979 742 300  
✉ 979 742 890



**CENTRO ASISTENCIAL SAN JUAN DE DIOS**  
PAENCIA

objetos no permitidos. De igual modo deberán someterse a controles toxicológicos en orina y controles de alcoholemia en cualquier momento del proceso.

**Régimen disciplinario**

Serán objeto de aplicación del régimen disciplinario las siguientes situaciones:

- Conducta inadecuada
- Comportamiento asocial

**1. Conducta inadecuada:**  
Se consideran conductas inadecuadas, comportamientos adoptados por el paciente que se caractericen por ser observados en un momento concreto, aislado en el tiempo y que no entrañan daños al propio paciente ni a terceros, ni a las instalaciones o material de la CT tales como:

- Mala utilización, no intencionada, del material individual o colectivo.
- Descuido en el vestir o en el aseo personal.
- No tener limpia y ordenada la habitación.
- Desobediencia de las instrucciones recibidas del ET o de compañeros responsables de una actividad, cuando no alteren la convivencia y la buena marcha de la CT.
- Realizar comentarios inadecuados o despectivos hacia cualquier miembro del ET, compañeros o cualquier otra persona que se hallen en la CT.
- Fumar en lugares no permitidos.
- Regresar de un permiso de salida con un retraso de menos de dos horas.
- Incumplir las condiciones establecidas durante las salidas.
- Desobediencia de las normas y organización de la CT o resistencia pasiva a cumplirlas.
- Mantener relaciones sexuales. Este comportamiento será siempre motivo de expulsión de la CT.

Las consecuencias de la conducta inadecuada puntual serán la reconducción inmediata del comportamiento. Para ello el ET realizará al paciente la correspondiente indicación de cambio de conducta mediante:

- Amonestación.
- Privación de un privilegio.

Si estos comportamientos se reiteran en el tiempo y no remiten mediante una intervención normalizada, se manifiestan desde un oposicionismo obstinado o se presentan como faltas de responsabilidad reiteradas, podrán dar lugar a su consideración como conducta asocial y motivo de expulsión.

**2. Conducta asocial:**  
Se consideran conductas asociales aquellos comportamientos que alteren gravemente la convivencia y/o que supongan un deterioro de la vida de la CT, tales como:

- Sustracción de bienes de la CT o de otros pacientes.
- Inutilizar deliberadamente las instalaciones, materiales o efectos de la CT o las pertenencias de otros pacientes.

Centro Asistencial San Juan de Dios  
Paseo F. Faustino Colva, s/n  
34000 PAENCIA



www.sanjuanodedios-paencia.com  
paencia.hospital@mj.es  
t: 979 742 300  
f: 979 742 890



**CENTRO ASISTENCIAL SAN JUAN DE DIOS**  
PALENCIA

- Agresión verbal o física, coacción o amenazas a cualquier persona del ET o paciente de la Comunidad.
- Instigar o participar en piques o desórdenes colectivos.
- No regresar de una salida programada o hacerlo con un retraso superior a veinticuatro horas.
- Autolesionarse o fingir enfermedad de forma que se altere su tratamiento.
- Introducir, poseer o utilizar objetos o sustancias no permitidas en la CT.
- En su caso, intentar, facilitar, colaborar, instigar o consumir fugas de la CT.
- Cualquier tipo de conducta contra la libertad sexual de los pacientes.
- Consumir drogas o cualquier medicación no administrada por el ET, o incitar a su consumo.

La consecuencia de estas conductas será valorada por el ET y puede conllevar la expulsión y salida inmediata del paciente de la CT.

La expulsión irá acompañada en todos los casos de información al paciente sobre la posibilidad que le asiste de continuar tratamiento en régimen ambulatorio en su centro de referencia.

**Normas reguladoras del alta en comunidad**

Quando el paciente cause alta de la comunidad, deberá recoger y llevarse todos sus enseres no dejando nada en la comunidad, documentación, informe de alta y dinero, si tuviese. Le será devuelta la fianza, siempre que este no mantenga deudas con la CT, y firmará los documentos correspondientes del alta.

En el caso de quedar alguna pertenencia o dinero, se informará al paciente de las mismas, que permanecerán en consignación.

La comunidad no enviará ningún paquete al domicilio del paciente, salvo documentación (DNI y tarjeta sanitaria) e informes, cuando sea preciso.

He leído y he sido informado de la normativa de la Comunidad Terapéutica, aceptando cumplir dichas normas.

En Palencia a 21 de abril de 2020

Centro Asistencial San Juan de Dios  
Paseo F. Rueda de Clara, s/n  
34080 PALENCIA



www.sanjuandedios-palencia.com  
palencia.hospital@sjd.es  
t 979 742 300  
f 979 742 890

## Anexo 2: Consentimiento Informado para Tratamiento en Régimen Residencial.



**CENTRO ASISTENCIAL SAN JUAN DE DIOS**  
PALENCIA

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO EN RÉGIMEN RESIDENCIAL**

Don/Dña.      Por medio del presente escrito:

**MANIFIESTO:**

Que he sido informado de que el tratamiento de mi dependencia requiere de mi ingreso temporal en una Comunidad Terapéutica.

Que he sido informado de que la evaluación de la drogodependencia requiere del estudio de los diversos problemas orgánicos, psicológicos y sociolaborales que suelen aparecer asociados a la misma, como paso previo a la elaboración de un diagnóstico y una propuesta individualizada de rehabilitación.

Que para poder efectuar una correcta evaluación de mi caso será necesaria la realización de diversos análisis, pruebas diagnósticas y entrevistas clínicas.

Que los profesionales de mi centro de referencia o los propios de la Comunidad Terapéutica me han informado de las características y condiciones generales de mi participación en el tratamiento

**DECLARO:**

Que comprendo la necesidad que existe de obtener cuanta información sea posible para mejorar el diagnóstico de mi dependencia a las drogas y evaluar mi estado de salud física, psicológica o psiquiátrica, y por todo ello:

**CONSIENTO:**

- Que se realicen cuantas entrevistas clínicas sean necesarias por parte del Equipo Terapéutico.
- Someterme a pruebas diagnósticas de tipo sanitario: análisis de sangre completos incluida serología (VHA, VHB, VHC, VIH y lues) y análisis de orina.
- Someterme a controles toxicológicos para detectar la posible existencia de consumo de drogas o alcohol.
- Derivación para valoración y tratamiento por otros servicios de Atención Especializada.
- Someterme a pruebas psicológicas de evaluación mediante la aplicación de pruebas validadas.
- Que los datos aportados mediante entrevistas personales o pruebas complementarias con alguno de los componentes del equipo técnico de la Comunidad Terapéutica, puedan ser compartidos con el resto del equipo o con los profesionales del centro de referencia, para poder mejorar el diagnóstico biopsicosocial.
- La cesión de la información relativa a su dependencia y a su salud al resto de profesionales de los Sistemas de Salud y acción social que deban intervenir

Centro Asistencial San Juan de Dios  
Paseo P. Faustino Galva, s/n  
34060 PALENCIA



www.sanjuandedios-palencia.com  
palencia.hospital@sjd.es  
T: 979 742 300  
F: 979 742 890



**CENTRO ASISTENCIAL SAN JUAN DE DIOS**  
PALENCIA

para facilitar el desarrollo del Programa de Rehabilitación o la incorporación social del paciente.

- Que se mantengan entrevistas con mi pareja o familiares para ampliar la recogida de información que pueda ser relevante para mi tratamiento.
- Cualquier otro tipo de pruebas y actuaciones que el ET considere convenientes para mi proceso de rehabilitación.

Estoy informado de que este consentimiento podrá ser revocado si lo considero oportuno, informando al Equipo terapéutico del cambio de decisión, sin necesidad de expresar las causas de dicha revocación, teniendo en cuenta las consecuencias posteriores que esto puede producir en mi proceso de rehabilitación.

Y en prueba de conformidad, **DOY MI CONSENTIMIENTO**

EL PACIENTE El profesional de la CT

En Palencia a 30 de abril de 2020

He decido **REVOCAR MI ANTERIOR DECISIÓN**

El paciente El profesional de la CT

En Palencia a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Centro Asistencial San Juan de Dios  
Paseo F. Pauslino Galva, s/n  
34080 PALENCIA



www.sanjuanadedios-palencia.com  
palencia.hospitalmjd.es  
Tf: 979 742 300  
Fax: 979 742 890

### Anexo 3: Contrato Terapéutico.

	<b>CONTRATO TERAPEUTICO</b>	<b>R-PG-06-02</b>
		Revisión 0
		Página 1 de 2

El presente Contrato Terapéutico tiene por objeto regular tanto el tratamiento, voluntariamente aceptado por el paciente, como las relaciones con los profesionales de esta Comunidad Terapéutica, con el fin de facilitar el adecuado desarrollo del programa.

**PRIMERO**

El paciente reconoce haber sido informado de los diferentes servicios y profesionales a los que puede acceder dentro de la CT

**SEGUNDO**

El paciente tiene reconocido el ejercicio de los siguientes derechos mientras participe en el tratamiento regulado en el presente Contrato Terapéutico:

- Al respeto de su dignidad e intimidad, sin que pueda ser discriminado por ninguna causa.
- A la voluntariedad para cesar en el proceso de tratamiento, excepto en los casos señalados en la legislación vigente.
- A la confidencialidad de toda la información relativa a su proceso asistencial.
- A la información verbal o escrita de su proceso terapéutico, así como a informar a los responsables o familiares que él autorice.
- A que se le extiendan informes y certificados acreditativos de su situación, así como del tratamiento que haya seguido o esté siguiendo y su evolución.
- A que quede constancia por escrito o en soporte técnico adecuado de todo su proceso asistencial.
- A ser advertido en caso de que su tratamiento pueda ser utilizado para un proyecto docente de investigación.
- A recibir un informe de alta, una vez finalizado el proceso asistencial.
- A conocer la normativa de la CT en lo que pueda afectarle.

**TERCERO**

Para asegurar el adecuado tratamiento, el paciente asume las siguientes obligaciones:

- Cumplir todas las especificaciones e indicaciones que a lo largo del programa de tratamiento se le indiquen por parte del ET
- Respetar las normas de funcionamiento interno de la CT
- Facilitar la realización de pruebas médicas o psicológicas para el diagnóstico y tratamiento de sus problemas de dependencia, así como a seguir las pautas y tratamiento que el personal médico prescriba
- A asistir a cuantas citas y entrevistas estime pertinente el ET, así como a participar en las actividades que integren su programa terapéutico
- A la firma de alta voluntaria en caso de negativa al tratamiento o de abandono del mismo
- A tratar con respeto a todo el personal del ET y a los demás usuarios, evitando conductas agresivas o discriminatorias hacia los mismos y colaborando en el buen mantenimiento de las instalaciones
- A no consumir sustancias tóxicas en la CT, ni incitar a su consumo a otras personas. A no introducir ni traficar con drogas en el centro o sus inmediaciones. A no cometer robos, falsificar documentos o portar armas u objetos prohibidos en la CT
- A observar una conducta basada en el mutuo respeto, tolerancia y colaboración, encaminada a una adecuada convivencia

	<b>CONTRATO TERAPEUTICO</b>	<b>R-PG-06-02</b>
		Revisión 0
		Página 2 de 2

**CUARTO**  
El paciente reconoce haber sido informado de la normativa de funcionamiento de la CT y se compromete a respetarla

**QUINTO**  
La ruptura de este contrato puede producirse por la "expulsión" de la Comunidad Terapéutica, motivada por una transgresión severa de las normas o cualquier otra causa recogida en el Reglamento de Régimen Interno, o por "Alta voluntaria", que podrá efectuarse por petición del interesado.

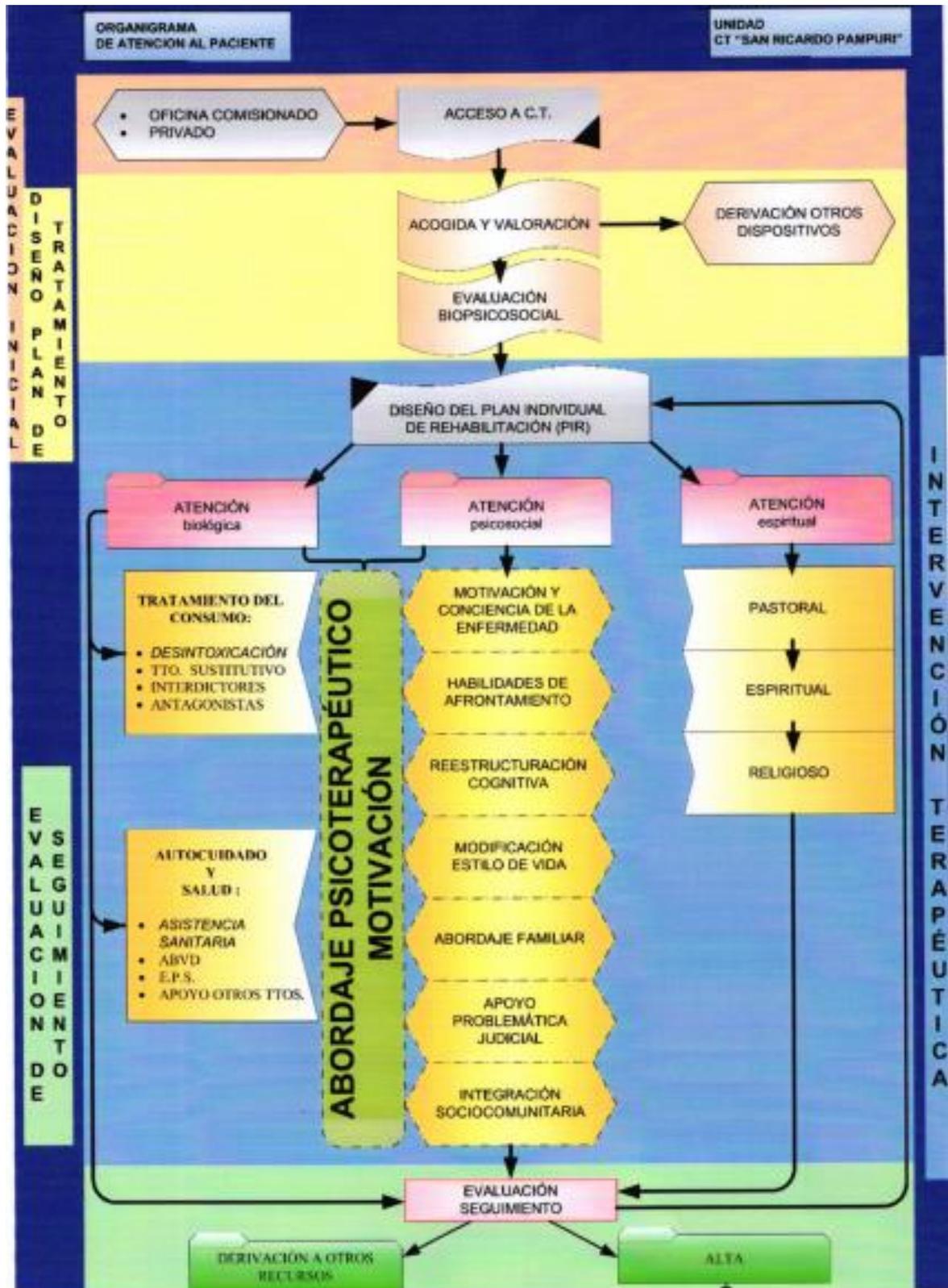
**SEXTO**  
D / Dña.

Habiendo sido informada sobre las normas y condiciones de tratamiento en la Comunidad Terapéutica, me comprometo al cumplimiento de las mismas y al seguimiento de las pautas y tiempo de tratamiento planteados por el Equipo Terapéutico de este Centro. Firmo en prueba de conformidad con los contenidos del mismo

En. Palencia, a 23 de Mayo de 2019

EL PACIENTE El Equipo Terapéutico

### Anexo 4: Organigrama de Atención al Paciente.



## Anexo 5: Modelo de entrevistas.

Buenos días, soy Andrea, antigua alumna en prácticas de este centro. Estoy realizando un estudio sobre la evolución del perfil del usuario en la CT y voy a proceder a realizar una serie de preguntas que darán información y facilitarán la realización de mi TFG.

Siempre que lo desee, podrá negarse a contestar ciertas preguntas cuando considere que no son adecuadas o invadan su terreno personal.

Los datos sacados de esta entrevista van a ser de carácter anónimo y sólo se utilizarán para los fines señalados anteriormente: la realización de mi TFG.

Muchas gracias por su participación.

***Entrevista 1 (General) se realizará a usuarios que no hayan sido reingresados.***

***Entrevista 2 (Concreta) se realizará a las mujeres internas en la Comunidad Terapéutica para conocer su punto de vista desde un enfoque de género.***

***Entrevista 3 (Concreta) se realizará a usuarios que hayan reingresado en otras ocasiones y hayan acudido a otros programas de tratamiento.***

---

### **ENTREVISTA 1: (General)**

- ¿Qué edad tienes?
- ¿Qué edad tenías cuando consumiste por primera vez?
- ¿Cuál crees que fue el motivo que hizo que comenzara el consumo?
- ¿Cuándo crees que el consumo se convirtió en adicción?
- ¿Cuál es la droga principal que consumías?
- ¿Cuál fue la decisión que te hizo ingresar en el centro?
- ¿A qué niveles de tu vida ha afectado el consumo?
- ¿En qué trabajabas anteriormente?
- ¿Qué es para ti el Trabajador Social? ¿En qué te ha ayudado durante tu ingreso?
- ¿Qué es para ti una Comunidad Terapéutica? ¿Has estado en otros programas?
- ¿Qué motivaciones y expectativas tienes tras la rehabilitación?

### **ENTREVISTA 2: (Concreta)**

Se realizarán las mismas preguntas que en el apartado anterior y a su vez:

- ¿Crees que por el hecho de ser mujer se te da un trato diferente en los programas?
- ¿Se te tiene tanto en cuenta como a los demás (hombres)?
- ¿Crees que las mujeres son algo “aislado” en este ámbito?
- Por ser mujer y haber consumido drogas, ¿sientes mayor presión social?

### **ENTREVISTA 3: (Concreta)**

Se formularán las mismas preguntas que en el apartado general, pero se enfocarán a la evolución del tratamiento e intervención social en el Centro:

- ¿Consideras que hay aspectos que han cambiado en el tratamiento desde tu primer ingreso?
- ¿Qué diferencias encuentras entre el consumidor de hace años y el consumidor actual?
- ¿Crees que se está avanzando en la intervención en el ámbito de las drogodependencias?
- ¿Qué cambiarías o qué echas en falta que desde tu punto de vista sería mejor para lograr mejores resultados?

## Anexo 6: Entrevistas a usuarios de C.T.

Usu.1: Sexo masculino, 7 meses de ingreso.

- **¿Qué edad tienes?**

51 años.

- **¿Qué edad tenías cuando consumiste por primera vez?**

14 o 15 años fue cuando fumé porros por primera vez.

- **¿Cuál crees que fue el motivo que hizo que comenzara el consumo?**

El entorno... y que mi hermano mayor y sus amigos fumaban porros. Mis amigos y yo empezamos a fumar porros con nuestros hermanos mayores, para que me entiendas.

- **¿Cuándo crees que el consumo se convirtió en adicción?**

Cuando vine de la mili enganchado a la heroína. La heroína la probé en la mili y cuando volví me di cuenta de que tenía mono, de que la necesitaba.

Estuve hasta el año 97 trabajando con mi padre y mi tío y viviendo con mis padres y no lo sabían, no sabían que yo consumía. Se enteraron porque se empezó a comentar por el barrio que estábamos metidos en esos rollos y... hasta el año 97 que nos llevaron a Madrid a un centro. Era un centro privado, se llamaba Calle Badajoz, el Centro de Rehabilitación Calle Badajoz.

- **¿Cuál es la droga principal que consumías?**

La heroína.

- **¿Cuál fue la decisión que te hizo ingresar en el centro?**

La primera vez fue la familia. Y la última vez pues... yo ya tenía pensado pedir una Comunidad, pero lo que me apretó fueron los judiciales. Mi abogado me dijo que iba a un centro o que pasaba de mí. Pero yo ya llevaba un año diciéndole a mi hijo que me iba a ir a un centro.

Al principio fueron mis padres... mi madre más que nada. Porque mi padre decía, el mono... ¿eso qué es? Que siga trabajando. Mis padres no se creían esas cosas de que yo dependía de una sustancia.

- **¿A qué niveles de tu vida ha afectado el consumo?**

Yo empecé por tontería... Me fumé un chino, salimos y nos lo pasamos... buah. Y luego ya todos los días antes de salir ya habíamos ido a comprar las mil pesetas. Si no fumábamos un chino no nos lo pasábamos bien.

La familia...yo te voy a explicar una cosa. Yo caí preso en el año 2003, mi familia iba a verme todas las semanas. Cada 15 días iban al vis a vis... pero luego caí preso en el 2009 y no fueron a verme en toda la condena. Yo a mis hermanas las llamaba: necesito unas

zapatillas, necesito un pantalón... me adelantaban dinero, me lo mandaban para toda la semana. No me faltaba.

Pero la segunda vez que caí en Soto del Real en Madrid, estuve 40 días hasta que mi abogado le dijo a mi madre mándale dinero que sino se va a meter en líos... Estuve 40 días y han sido los peores de mi vida. En prisión y sin un puñetero duro.

Me dio un cura de allí una tarjeta con 40 euros y me dijo "para toda la condena".

Aparte de que me comí un mono salvaje... yo pasé mono en los calabozos, en Alcalá de Henares.

- **¿En qué trabajabas anteriormente?**

Llevaba sin trabajar 4 años... mis ingresos eran ilegales.

- **¿Qué es para ti el Trabajador Social? ¿En qué te ha ayudado durante tu ingreso?**

Como profesional es el que me está ayudando a todo y es el que me está facilitando las cosas... Del Equipo, de los de más arriba es mi máxima referencia.

- **¿Qué es para ti una Comunidad Terapéutica? ¿Has estado en otros programas?**

Desde mi punto de vista es lo que nos salva la vida muchas veces durante nuestra vida. Durante nuestra vida de... como diría mi madre, de desgraciados. Mi madre dice que soy un desgraciado. Yo tengo muchos atenuantes que no tiene la mayoría... en todo lo que me he metido, la noche me ha gustado mucho y me ha confundido mucho.

- **¿Consideras que hay aspectos que han cambiado en el tratamiento desde tu primer ingreso?**

Yo creo que en todos los sitios me han tratado bien. Y yo siempre he colaborado.

Aquí los primeros días que yo venía con un consumo exagerado y no me acuerdo de muchas cosas que me dicen los monitores que hacía y decía.

El problema en todos los sitios que he estado ha sido la implicación mía, porque yo he dado guerra. Cuando vienes mal, pero en cuanto bajo de la nube... de la luna de miel o de la nube rosa que llaman terapéuticamente, noto mi evolución.

- **¿Qué diferencias encuentras entre el consumidor de hace años y el consumidor actual?**

Pues yo creo que están peor de la cabeza... a nivel no sé si psicológico o no sé, pero yo me acuerdo en los primeros programas que estuve, que llegábamos hechos una mierda. Pero en un mes nos recuperábamos... pero aquí ahora la gente la cabeza la tiene...

Y yo creo que es por las drogas sintéticas, por las drogas modernas. Ahora ves a la gente con la cabeza mal, antes en cuanto aterrizábamos nos queríamos quitar la medicación y ahora la gente no quiere quitárselo, y quiere más y más.

- **¿Qué cambiarías o qué echas en falta que desde tu punto de vista sería mejor para lograr mejores resultados?**

Pues yo... te puedo decir muchas cosas. Pero yo creo que lo más importante es que nos exigiéramos más nosotros mismos, y que hubiera más unión entre los que llevamos más tiempo y los nuevos. Y eso es problema nuestro, no de la organización. Tenemos que estar aquí para algo, no para pasar el tiempo.

---

Usu.2: Sexo masculino, 1 mes y medio de ingreso.

- **¿Qué edad tienes?**

30 años.

- **¿Qué edad tenías cuando consumiste por primera vez?**

Tenía 22 años.

- **¿Cuál crees que fue el motivo que hizo que comenzara el consumo?**

Las compañías, eso lo principal. Yo estaba bien conmigo mismo, pero fue el entorno.

Por hacer la tontería un día... porque había quienes consumían, yo no consumía. Pero por probarlo... por inmadurez, por todo...

- **¿Cuándo crees que el consumo se convirtió en adicción?**

Pues... 27 o 26 años, más o menos... Me di cuenta de que era un problema por problemas con la ex novia y una gran depresión que tuve.

- **¿Cuál es la droga principal que consumías?**

La cocaína... sólo probaba cocaína.

- **¿Cuál fue la decisión que te hizo ingresar en el centro?**

La primera vez que ingresé fue por mi familia, pero esta última vez aquí en Pampuri ha sido por mí mismo.

- **¿A qué niveles de tu vida ha afectado el consumo?**

Problemas con mi ex pareja, que era una relación tóxica, depresión, el trabajo, el entorno... todo. Pero más por la depresión, por dejadez... Porque hacía evadirme de mis problemas.

- **¿En qué trabajabas anteriormente?**

Deshaciendo cochinos y deshuesando jamones... y perdí mi trabajo también. Ahora cobro el paro.

---

Principalmente lo perdí por el consumo, pero también otras cosas... se me pedía más y por menos dinero. Pero no ha sido solo por eso.

- **¿Qué es para ti el Trabajador Social? ¿En qué te ha ayudado durante tu ingreso?**

Pues él me facilita arreglarme el papeleo del paro y poco más porque no he hablado casi nada con él, sólo de eso. El ingreso me le hizo él también. Llevo poco tiempo.

- **¿Qué es para ti una Comunidad Terapéutica? ¿Has estado en otros programas?**

Es mantener una rutina, unas habilidades sociales, mantener una constancia como en el deporte... porque yo he sido muy deportista. La verdad que esos años que estuve en Spiral pues he estado sin consumir y he estado físicamente muy bien y corría Trail de montaña y todo. Mantengo una buena rutina, la verdad.

Estuve en Spiral, una Comunidad Terapéutica y estuve nueve meses de tratamiento allí.

- **¿Qué motivaciones y expectativas tienes tras la rehabilitación?**

Pues cuando salga de aquí... bueno, en la salida me he ido buscando ya cositas. Pero cuando salga de aquí, pues... quiero establecer mi vida con mi familia, porque ese es el pilar fundamental. Son quienes más me han ayudado.

Y bueno, pues buscar un trabajo... un trabajito. Y poco a poco ir rehaciendo mi vida, pues con deporte, mantener la rutina como la que llevo aquí más o menos...

Y luego pues buscarme una pareja o como cualquier cosa normal. Que eso ya irá todo rodado, estando bien...

- **¿Qué cambiarías o qué echas en falta que desde tu punto de vista sería mejor para lograr mejores resultados?**

Pues las preparaciones de salida, por ejemplo... Más apoyo, porque yo creo que las personas que llevan menos tiempo lo hacen mejor que las que llevan más tiempo...

---

Usu.3: Sexo femenino, 3 meses de ingreso.

- **¿Qué edad tienes?**

Tengo 48.

- **¿Qué edad tenías cuando consumiste por primera vez?**

A los 23... la primera vez. Y paré hasta los 30. Y lo dejé de consumir... y volví a los 10 años, yo tenía 40 años, fue cuando murió mi madre.

Primero me entró una depresión que estuve tres años en la cama y luego me tomé pastillas y estuve ingresada en el hospital, me trajeron para acá... me dio un infarto y un ictus... muy mal.

- **¿Cuál crees que fue el motivo que hizo que comenzara el consumo?**

Mi pareja... porque él consumía.

- **¿Cuándo crees que el consumo se convirtió en adicción?**

Pues a los 30, porque tenía una hija pequeña y dices... me estoy perdiendo la vida de mi hija. Dejé al chico con el que andaba y lo dejé yo sola, sin nada. Me dediqué a mi hija y estuve hasta los 40 sin nada.

- **¿Cuál es la droga principal que consumías?**

Cocaína, solo cocaína. Y a los 40 cocaína y a fumar un poco de base. Con el alcohol estuve 4 meses solo.

- **¿Cuál fue la decisión que te hizo ingresar en el centro?**

Porque me mandó mi hija, el año pasado ya estuve aquí y fue por mi hija.

Y esta vez he estado por mi misma, para acabar lo que no supe acabar la otra vez. Que todo fue por un problema, el primer problema que tuve y no lo supe gestionar, y volví a consumir y por eso volví para acá.

- **¿A qué niveles de tu vida ha afectado el consumo?**

Al trabajo. A la familia, a mi madre que la hice mucho daño...

El trabajo lo dejaba yo... trabajaba en Zara, me cansaba y lo dejaba ya... Estaba en El Corte Inglés, me cansaba y lo dejaba ya...

- **¿En qué trabajabas anteriormente?**

Antes de entrar aquí no trabajaba, porque soy pensionista. La no contributiva.

La pensión es por la discapacidad... porque tengo Trastorno Límite de Personalidad, el HLP.

- **¿Qué es para ti el Trabajador Social? ¿En qué te ha ayudado durante tu ingreso?**

Pues... nos ayuda muchísimo, nos lleva los problemas que tenemos judiciales y se preocupa mucho por nosotros.

- **¿Qué es para ti una Comunidad Terapéutica? ¿Has estado en otros programas?**

Para mí, venimos a reconocer nuestros propios problemas que tenemos con las drogas y nos ayuda a quitarlo, a relacionarnos con gente, a aprender cosas nuevas, terapias, tener unas normas de hacer la limpieza, los horarios de comida... todo. El saber estar.

Solo he estado en Comunidad Terapéutica... Aunque bueno, estuve en ALDAMA, pero me echaron porque no puedo comer grasas por el infarto, y a los 14 días de estar allí me echaron porque me seguían dando grasas.

- **¿Qué motivaciones y expectativas tienes tras la rehabilitación?**

Quiero ver a ver si puedo volver a trabajar o ir a la ONCE a ver si me pueden dar un trabajo porque tengo un 67%. Y llevar una vida ordenada y saludable ahora que estoy sola.

- **¿Crees que por el hecho de ser mujer se te da un trato diferente en los programas?**

Igual que los demás, igual, igual.

- **¿Se te tiene tanto en cuenta como a los demás (hombres)?**

Igual.

- **¿Crees que las mujeres son algo “aislado” en este ámbito?**

No... yo creo que lo mismo que los hombres. Lo hacemos igual que los hombres, hay unas que los dicen y otras que no.

- **Por ser mujer y haber consumido drogas, ¿sientes mayor presión social?**

A nosotras nos discriminan más, y eso es por la sociedad yo creo.

Sí siento más presión social, eso sí. Por ejemplo, los vecinos me miran distinto, porque saben el problema, que estoy en un centro y tal... Y eso le pasa a un chico no se lo tomarían igual.

---

Usu.4: Sexo femenino, 2 meses de ingreso.

- **¿Qué edad tienes?**

47... bueno, casi 48 en un par de semanas.

- **¿Qué edad tenías cuando consumiste por primera vez?**

La primera vez hace 9 años... probarlo.

- **¿Cuál crees que fue el motivo que hizo que comenzara el consumo?**

La necesidad de mantenerme despierta. Tengo dos hijos y el pequeño a los 18, que ahora tiene 25, empezó a encerrarse... y ahora sabemos que tiene esquizofrenia. Casi me mata, era violento... fue todo eso, no poder dormir y encima en el trabajo me apretaban las tuercas.

Para mantenerme las tuercas y seguir viviendo. Necesidad pura y dura, no placer. Siempre me dio mucho asco, además.

Desde el principio fue necesidad, cuando descansaba no lo tomaba. Era una herramienta y es que encima me asqueaba de mí misma.

- **¿Cuándo crees que el consumo se convirtió en adicción?**

Cuando empecé a consumir yo realmente fue de hace 3 años, de 3 años para acá. Para contrarrestar el efecto del sueño, porque trabajo de noche, utilizaba las anfetaminas... para mantenerme despierta.

- **¿Cuál es la droga principal que consumías?**

Anfetaminas... lo llaman speed también. Anfetaminas, bueno...

- **¿Cuál fue la decisión que te hizo ingresar en el centro?**

Llegué a tal punto de odiarme a mi misma tanto... ha sido todo un poco el tema de mi hijo... de sacarme de quicio, de que casi me mata muchas veces por su violencia... etcétera. Son muchas cosas...

Fue el psiquiatra el que me dijo de ingresar, después de intentar suicidarme.

Si me suicidaba iba a ser peor, porque iba a dejar a mi hijo, iba a perder a lo que más quiero en la vida.

- **¿A qué niveles de tu vida ha afectado el consumo?**

A nivel de trabajo no, porque bueno... para empezar nadie lo sabe.

Ha sido más a nivel personal y emocional para mí, a nivel de autoestima... ¿Ahora necesitas esto para funcionar? Cuando tú has pasado de todo, me decía a mi misma. Cuando has tenido un marido violento, cuando has trabajado mucho...

- **¿En qué trabajabas anteriormente?**

En la lavandería de una residencia de ancianos...

- **¿Qué es para ti el Trabajador Social? ¿En qué te ha ayudado durante tu ingreso?**

Quien me recibió, y es un encanto. Me está moviendo los papeles para el parte de baja... que la directora de mi trabajo ya estaba poniéndose un poco de malas.

- **¿Qué es para ti una Comunidad Terapéutica? ¿Has estado en otros programas?**

Yo, como se lo he explicado a mi padre... Es un centro donde vienen muchas personas, donde la gente viene a desintoxicarse, a quitar adicciones de todo tipo... Donde hay gente muy maja... hay chicos y chicas.

- **¿Qué motivaciones y expectativas tienes tras la rehabilitación?**

Lo primero poder pasar los fines de semana o el día que queramos mi hijo y yo... por fin. Han sido siete años de una dura batalla para conseguir estar bien.

Cada mañana yo lo pienso mucho, vengo cansada, porque ha sido un ritmo de vida muy malo.

Cada mañana lo único que pienso... estás super activa, te sientes genial, estás contenta y te ríes... sin nada artificial.

- **¿Crees que por el hecho de ser mujer se te da un trato diferente en los programas?**

El primer día en limpieza sí que me di cuenta... pero ahora ya se me trata como un chico más.

- **¿Se te tiene tanto en cuenta como a los demás (hombres)?**

Sí, porque además yo siempre he tenido mejor trato con los chicos que con las chicas.

- **¿Crees que las mujeres son algo “aislado” en este ámbito?**

No, para nada. Es que... yo realmente no lo conozco.

Ahora mismo la verdad, bueno, si que es verdad que los chicos hablan de las “comebolsas”. Chicas de que sexualmente, pueden dar a los chicos lo que quieran a cambio de las drogas.

- **Por ser mujer y haber consumido drogas, ¿sientes mayor presión social?**

No... no tengo ningún problema. No me han prejuzgado cuando se lo he contado a alguien.

## Anexo 7: Entrevistas a profesionales.

Prof.1 Trabajador Social del C.A.D :

**- ¿Cuánto tiempo llevas trabajando en el ámbito de las drogas? ¿Antes de la Comunidad Terapéutica en qué sector trabajaste?**

20 años... y empecé igual que tú, haciendo las prácticas con Juanjo. Antes estuve en Pampuri, estuve como monitor, no como trabajador social y alrededor de seis meses.

**- ¿Cómo definirías el Trabajo Social en el Ámbito de las drogodependencias?**

Una definición exacta... bueno, difícil, ¿no? Aquella actuación profesional que está encaminada a satisfacer las necesidades sociales de los adictos o drogas... o de las personas que tienen problemas por el consumo de drogas.

**- ¿Cuál es tu actuación principal en el Centro?**

Justamente pues la de promover la satisfacción de las necesidades sociales de los pacientes que hay.

Es una de las puertas de acceso a la Comunidad Terapéutica Pampuri, pero no es la única. Para los recursos del tercer nivel, entre los que se encuentra Pampuri, no es un acceso abierto, no es directo, sino que es a través de derivación. De derivación de un recurso o del tercer nivel, es decir, de un recurso del tercer nivel a otro recurso del tercer nivel, por ejemplo desde la Comunidad de Desintoxicación puede derivarse a la Comunidad Terapéutica.

O puede hacerse desde el segundo nivel, donde estaríamos los CAD y en menor medida, en cuanto a volumen de derivaciones, están también las unidades de salud mental y las UTA.

Al tercer nivel por derivación, siempre.

**- ¿Qué tipo de intervención se lleva a cabo con los usuarios del centro?**

Nuestro modelo de trabajo es el que está definido a través de los procesos de gestión de calidad, con la norma ISO 9001 de 2015.

**- ¿Consideras que es necesario adaptar la intervención a cada usuario o una actuación generalizada sería útil para todos por igual?**

No, no, en absoluto. Siempre, desde el principio la intervención es individualizada.

**- Desde tu punto de vista, ¿qué es lo más difícil de trabajar con este colectivo?**

Pues no lo sé... es una pregunta complicada. ¿Qué es lo más difícil?... pues probablemente el asimilar que el valor de tu trabajo no es proporcional a los resultados que obtienes en cuanto a eficacia terapéutica, ¿no?

Porque claro, está mucho más relacionado con el ejercicio de la voluntad del paciente... Y luego porque el propio curso de las adicciones por sus características incluye las recaídas. Entonces la satisfacción, la gratificación... los resultados de tu trabajo tiene que venir de otras fuentes, ¿no?

Lo más gratificante siempre son esos otros resultados que son avances hacia la normalización, hacia la mejoría de los pacientes.

**- ¿Cuál es el protocolo de acceso a este servicio?**

A este servicio, al CAD, se accede o bien por demanda directa... este sí que está abierto a la comunidad. Aquí puede llamar cualquiera y pedir una cita.

O por derivación desde cualquier otro recurso, incluso recursos fuera de la red de asistencia: desde la consulta de un médico de cabecera, desde la asociación del riñón, desde un CEAS...

**- ¿Con qué otras entidades se trabaja en coordinación? ¿Para qué?**

Recursos dentro de la red de asistencia a drogodependientes. Pues recursos del primer nivel, recursos específicos que aquí en Palencia sería ACLAD. Atención primaria de salud, CEAS...

Luego, recursos del segundo nivel son otros CAD de otras provincias. Hay una intensa coordinación sobretodo en programas de mantenimiento con metadona. Por la movilidad de ellos pacientes, para dar continuidad a su tratamiento.

Recursos del tercer nivel: comunidad terapéutica, unidad de desintoxicación hospitalaria y centros residenciales para el tratamiento del alcoholismo.

Fuera de la red de asistencia, pues juzgados, servicios sociales penitenciarios, bueno, los sistemas generales de salud, las especialidades del sistema de salud. De manera muy intensa la red de asistencia a la salud mental, la especialidad de psiquiatría del SACYL, con ella tenemos un contacto bastante estrecho también.

El recurso con el que más trabajamos no sabría decirte con quien es, porque al final la coordinación implica un poco con todos.

**- ¿Qué ocurre con los individuos una vez causan alta?**

Se pone a disposición el contacto que llamamos seguimiento post-alta. Es verdad que el régimen ambulatorio implica hacer procesos muy sostenidos en el tiempo, y se demora un poco el momento del alta. Pero hay un momento en el que resulta conveniente el proceso terapéutico, darlo por terminado. Es decir, has cumplido los objetivos de tu tratamiento. Ese es el momento del alta terapéutica.

Una vez que llega ese momento, se pone a disposición de los pacientes, porque a algunos les da confianza, una fórmula de seguimiento post-alta. Que, bueno... vienes una vez cada seis meses o cuando consideres, nos cuentas que sigues bien... si hay alguna cosa que ajustar, pues nos cuentas.

Y eso además está incluso recogido en las actuaciones, no por el hecho de estar fuera del programa terapéutico deja de ser importante, sino que incluso esas sesiones las recogemos en su historia clínica.

**- ¿Qué prestaciones se ofrecen a los usuarios durante su estancia? ¿Qué recursos están a su disposición?**

Todos y ninguno, me explico.

Al final la función del Trabajador Social en un Centro de estas características es una función de facilitación. Tú, como cualquier Trabajador Social tienes que manejar recursos, pero esos recursos no son propios... no son propios del Centro ni propios de la institución. En cuanto a

prestación de... pues no sé, prestaciones económicas, prestaciones asistenciales como puede ser la ayuda a domicilio, etcétera.

En esto la figura del Trabajador Social en el CAD es conocer el mayor número posible de recursos sociales que la comunidad ofrece, y ponerlas al alcance de las necesidades del paciente. Como satisfactores de esas necesidades.

Pero no hay ninguna que sea propia del ámbito en el que nosotros trabajamos. Y te diría que por suerte, porque sino sería discriminatorio, ¿no?

Que un adicto sea desempleado, es un desempleado, no un adicto desempleado. Que un adicto no tenga techo, es una persona sin hogar. Que tu función aquí será ponerle en contacto con la red de protección social, ¿no? Que una mujer víctima de violencia de género, drogodependiente, tenga acceso al sistema de protección de mujeres víctimas de violencia de género no necesariamente lo tiene que ser por el hecho de que sea adicta, porque eso serán consideraciones particulares a la hora de planificar la intervención.

Quiero decir que no hay recursos específicos como protección a la mujer adicta víctima...

**- ¿Cuáles son los principales recursos en cuanto a Servicios Sociales de los que hacen uso los usuarios?**

En el ámbito económico, bueno, claro... el perfil es predominantemente de desempleo. Hay un amplio sector que no tienen rentas propias. Y luego, si que hay un volumen importante de perceptores de Renta Garantizada de Ciudadanía, a partir de este año Ingreso Mínimo Vital.

Pensiones Contributivas hay también un buen número, es decir, personas que han tenido periodos laborales suficientemente amplios como para ser perceptores de pensiones de la Seguridad Social.

Pensiones por invalidez no hay tantos... aunque algunos hay.

Prestaciones de protección a desempleados, pues... si, si hay alguna. Más que la prestación son subsidios y rentas activas de inserción.

**-¿Las personas que están trabajando, que vienen demandando ayuda, si están empleadas en el momento de la demanda, con el tiempo logran mantener ese empleo?**

Hay de todo... hay de todo.

La adicción a drogas, cuando empieza a ser un problema social potente, muy violento, que casi convulsiona la sociedad, en los años 90, sí que tiene esas consideraciones de discapacidad.

Sobre todo, porque iba asociada a una enfermedad letal, que entonces era el SIDA. Entonces bueno, antes en las calificaciones de discapacidad, en la evaluación de la capacidad para el trabajo, pues la consideración era otra.

Hay adictos crónicos, que son supervivientes de aquella época que si que son incapacitados para el trabajo o con discapacidad reconocida en grado elevado. Hoy en día eso no es así, porque la consideración es completamente diferente... entre otras cosas porque el SIDA ya tiene un control bastante... y porque hay recursos como para no entender la adicción como algo tan incapacitante como lo era en aquel momento, ¿no?

Entonces bueno, pues... el hecho de tener reconocido la incapacidad laboral o discapacidad en adictos, normalmente cuando alcanza esos niveles ya más altos viene a ser porque es comórbido con algún otro problema, sea trastorno mental muy frecuentemente, sean otras enfermedades somáticas.

**- ¿Qué diferencias principales se observan si analizas al consumidor de hace 30 años y al consumidor actual?**

Pues mira... en esa primera etapa de problema sociológico asociado al consumo de drogas, la droga que impactaba era fundamentalmente la heroína. La heroína, actualmente, sigue estando presente, pero si hay una característica del consumo de drogas actual es la diversidad.

¿Qué pasaba? Que la heroína, afectaba a perfiles de gente joven, de muy poco recorrido en el consumo... con vida más o menos normales antes de padecer un problema de adicción a drogas.

Y sin embargo lo que nos encontramos ahora es una realidad totalmente distinta... primero son policonsumidores, son consumidores de distintas drogas, que en distintos momentos de su vida han pasado por el predominio de una o de otra. En muchos casos con un muy elevado recorrido en el tiempo, sobre todo aquellos supervivientes de aquellos primeros años. Con mucha patología orgánica, con muchísima patología mental y con un problema que se está revelando cada vez más, que es el envejecimiento, la soledad y el aislamiento.

Está ocurriendo con todas las drogas, no sólo con los consumidores de antes. Los consumidores jóvenes de ahora, la proporción de consumidores de heroína es muy pequeña.

Las necesidades sociales que produce la patología dual, la concurrencia de un trastorno por consumo de drogas y de un trastorno mental pues está ahí...

**- ¿Qué avances e innovaciones sociales se han ido dando con el paso del tiempo (en el ámbito de las drogas)? ¿Crees que son un colectivo al que se tiene en cuenta? ¿Cómo han avanzado los programas y planes?**

Pues yo creo que en algunas cosas hemos mejorado mucho, pues por ejemplo en avanzar hacia esa condición de ciudadanía, ¿no?

Antes el adicto era una categoría en si misma, ahora cada vez más nos acercamos al concepto de ciudadano que padece una enfermedad como cualquier otra. En eso hemos avanzado... En lo que hemos retrocedido es en la importancia que socialmente se le reconoce a este problema. En los años 90, en las encuestas sobre las preocupaciones de los españoles, llegó a estar situada en la segunda preocupación de los españoles por detrás de los atentados de ETA, y ahora se encuentra en el puesto treinta y pico...

Claro, se ha perdido peso en las puntuaciones porque es menos problema que entonces... claro. Pero en medida que tu das menos peso a las preocupaciones en la sociedad, le asignas menos recursos para dar respuesta a esa problemática social.

En los años 90 se desarrolló toda la red de asistencia a drogodependientes.

**- ¿Consideras que sigue habiendo prejuicios en la sociedad sobre las personas consumidoras? ¿Qué consejos darías para que esto pudiera cambiar?**

Sin ninguna duda. Sí.

Pues, la raíz del problema pues sea seguramente el desconocimiento. Cuando tú tienes una situación amenazante como sociedad que eclosiona de una manera tan violenta en los años 80, 90. Cuando socialmente no tienes respuestas a esto, y cuando no se conoce nada del fenómeno, pues la única manera de comprenderlo es el prejuicio, y yo creo que ese es el origen.

El prejuicio... para que cambie... pues te diría que por una parte proyectar una imagen positiva de la asistencia, pero por otra parte también tiene que ver mucho con los profesionales que trabajamos con el colectivo. A veces expresamos actitudes y maneras de actuar que alimentan esa culpabilidad del adicto.

Es que son enfermedades... que se pueden objetivar.

**- Mujer y drogas, ¿conlleva presión social?**

Mucha.

Pues mira, hay un elemento que a mí me parece clave. Y es que, si decíamos que se culpabiliza al adicto de padecer una enfermedad, en el caso de la mujer es aún peor. Se la culpabiliza por adicta y por mujer.

Los recursos en ocasiones no están bien adaptados a los estilos de vida y a la condición de género. Por ejemplo, en la conciliación, hay mujeres que tienen dificultades para acudir a los centros o para que en un momento de agudización dejen su actividad habitual e ingresen en una Comunidad Terapéutica, por los roles que social o familiarmente se tienen atribuidos.

¿Cómo vas a ingresar y vas a dejar todo esto así? Eso es algo que pueden plantearle los familiares a la mujer que va a ingresar.

**- ¿Qué nuevos aspectos a trabajar incluirías en la intervención para que esta fuera más efectiva y eficaz?**

Desde el Trabajo Social considero que los retos ahora mismo son la cuestión de género, el envejecimiento de los adictos... es algo completamente nuevo, porque hasta ahora no tenían tanto recorrido, pero los que son supervivientes de los años 80 ahora mismo ya son abuelos, entonces el envejecimiento... y la soledad, porque es un problema de primer orden sociológico para la sociedad, pero además en nuestro caso con esos prejuicios y esa estigmatización es doble conflicto, o cuádruple.

**- ¿Qué aspectos diferenciadores tiene el Trabajo Social con respecto a otras disciplinas? ¿Y el Trabajo Social en el ámbito de las drogas con respecto al Trabajo Social en otros ámbitos?**

Bueno... la especificidad del objeto de trabajo. El médico atiende a la salud, la psicóloga a los procesos psicológicos y los trabajadores sociales a las necesidades sociales.

Pues aspectos diferenciadores debería tener pocos o ninguno, desde ese concepto de ciudadanía.

Lo que sí que tiene son especificidades, tienes que conocer un poco el marco-problema en el que te estás moviendo, y el marco de oportunidades, claro.

**Prof.2 Trabajadora Social C.T. Pampuri:**

**- ¿Cuánto tiempo llevas trabajando en el ámbito de las drogas? ¿Antes de la Comunidad Terapéutica en qué sector trabajaste?**

No he trabajado siempre como Trabajadora Social, pero bueno... un año. He estado de Trabajadora Social en discapacidad, psicogeriátrico y Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica, personas con discapacidad severa.

**- ¿Tu función principal en el Centro, cuál es ahora mismo? ¿Qué actividades realizas?**

Trabajadora Social, a nivel asistencial. Las actividades, pues dependiendo un poco del perfil... un poco las funciones para decirte son el abordaje familiar, abordaje con el paciente y a la hora de abordar al paciente pues un poco responder a las demandas que realizan, ya sea a nivel económico, a nivel judicial... etcétera.

**- ¿En qué momentos del tratamiento intervienes con los usuarios?**

Durante todo el proceso, durante toda la estancia. Como residen aquí, como están aquí internos se realiza continuamente... pero en realidad hay que tener en cuenta los turnos y horarios, me refiero a continuamente, pero yo por ejemplo solo estoy aquí por la mañana, aunque sí todos los días de lunes a viernes, que es cuando intervengo con ellos a nivel asistencial, a nivel social.

**- ¿Cómo definirías qué es una Comunidad Terapéutica?**

Una Comunidad Terapéutica... pues sinceramente no te sabría decir a la perfección por el poquito tiempo que llevo. Pero, es un recurso donde se rehabilitan, toman conciencia de la realidad que tienen y de la realidad social. Y de alguna manera se intenta solucionar los problemas que puedan llegar a tener.

Se hace una especie de entrenamiento de habilidades sociales, y mejorar esos aspectos pues ya sean de comunicación, etcétera.

**- ¿Qué tipo de intervención se lleva a cabo con los usuarios del centro?**

Es individualizada, porque cada usuario tiene unas necesidades y tiene también unas circunstancias sociales, familiares, económicas...etc.

Hay un acceso a la comunidad mediante derivación, entonces cuando les derivan ingresan aquí. Hay una acogida y una valoración, y después una valoración biopsicosocial. Ya después se les desarrolla un Plan Individualizado de Rehabilitación, el PIR que se llama.

**- ¿Consideras que es necesario adaptar la intervención a cada usuario o una actuación generalizada sería útil para todos por igual?**

Hay que ser específicos, de hecho, yo creo que es una cosa que se destaca mucho en las intervenciones, en lo que son los planes de intervención.

**- Desde tu punto de vista, ¿qué es lo más difícil de trabajar con este colectivo?**

Por lo que he visto hasta ahora... lo que más difícil me parece son las cuestiones judiciales. Muchas veces ellos mismo no saben por donde se andan. Igual ahora les llega una notificación de un delito que han hecho hace tres años... Pero para mi es lo que más bueno, lo que más me cuesta.

**- ¿Con qué otras entidades se trabaja en coordinación? ¿Para qué?**

En coordinación pues con centros ambulatorios, hospitales de salud mental... un poco con todos esos dispositivos.

**- ¿Qué ocurre cuando los usuarios causan alta?**

Se pueden dar diversos tipos de alta.

Se da el alta por expulsión, que esa es cuando hay un incumplimiento de las normas. Porque claro, cuando ingresan aquí siempre es voluntariamente y por eso hay que cumplir unas normas, que si no las cumplen pues es motivo de expulsión.

Luego está también el alta voluntaria, que como son voluntarios, pues en cualquier momento pueden pedir el alta.

Y luego está el alta terapéutica, que en esos casos... bueno, en todos los casos siempre se informa a la parte que nos ha derivado inicialmente. Es decir, si hay un ingreso de una persona que ha sido derivada de Salud Mental de Valladolid, pues cuando causa el alta siempre se le va a comunicar del alta. Por ejemplo, si es un paciente que necesita metadona, pues es necesario que continúe su tratamiento en otro sitio.

Y aunque sea expulsión se comunica también, porque es lo que te digo, si esa persona toma metadona, tiene que ir al CAD para que, habiendo informado, le dispensen dicha dosis.

**- ¿Qué prestaciones se ofrecen a los usuarios durante su estancia? ¿Qué recursos están a su disposición?**

Siempre se les apoya, dentro de lo que está a nuestro alcance.

Esto es régimen cerrado, entonces muchas veces quieren que la persona esté allí, es decir, se realice la demanda de forma presencial. Con esto de la pandemia se han habilitado muchos recursos que se pueden gestionar de manera telefónica o de manera on-line. Siempre que lo requieren se les suele ayudar.

Se les suele ayudar porque el objetivo no es ingresar para tener una ayuda económica, es verdad que, si no tiene nada y le ha pillado un poco mal, pues se les apoya y ayuda.

Lo que siempre les dejamos claro es que no vienen aquí para ver si me haces la gestión de una ayuda económica. Vienen aquí a lo que vienen, a rehabilitarse.

**- ¿Cuáles son los principales recursos en cuanto a Servicios Sociales de los que hacen uso los usuarios?**

Cuando salen de aquí sí que hacen uso de los Servicios Sociales. Pues igual van a la Gerencia, o si no van a la Seguridad Social, por temas de pensiones y demás o si tiene alguno alguna discapacidad.

Sí que hacen uso de los recursos y además suelen venir bastante enterados de ello.

Hay muchos que están desempleados y que están cobrando el paro, y que sino piden la Renta Mínima Garantizada. Pero... sí, hay muchos que están de baja y hay mucho desempleo.

**- ¿Qué diferencias principales se observan si analizas al consumidor de hace 30 años y al consumidor actual?**

A nivel de experiencia no te sabría decir. Pero yo creo que, a grandes rasgos, con lo que yo me he podido informar y lo que yo he visto aquí, creo que ahora el consumidor, al igual que el enfermo, hablo en general porque llevo muy poco tiempo aquí.

Antes por ejemplo el enfermo mental y también el consumidor eran familias muy humildes y pobres, con pocos recursos. Pero ahora sí que encuentras a personas con muchas habilidades, con estudios, con familias y demás que consumen. Ha habido una evolución en cuanto a eso.

Pero ya te digo que no te sé decir muy bien, aunque por lo que estudio... hay muchos más suicidios en gente joven.... Y yo creo que a causa de la crisis que llevamos arrastrando desde hace años.

**- ¿Qué avances e innovaciones sociales se han ido dando con el paso del tiempo (en el ámbito de las drogas)? ¿Crees que son un colectivo al que se tiene en cuenta? ¿Cómo han avanzado los programas y planes?**

Pues no te sabría decir... entiendo de que sí. Que, a nivel general, aunque siempre se dice que nunca es suficiente, yo creo que sí. Hay mayor información, hay mayor número de asociaciones, hay más dispositivos... yo creo que sí.

Creo que recursos hay, de apoyo, de ayuda. A nivel económico, no sé hasta qué punto.

**- ¿Consideras que sigue habiendo prejuicios en la sociedad sobre las personas consumidoras? ¿Dónde crees que radica el problema? ¿Qué consejos darías para que esto pudiera cambiar?**

Sí... pero yo creo que, en todos los sectores, tanto en salud mental, en drogodependientes.... Y en todo. Es una etiqueta que es muy complicada.

El problema de esto es, pues falta de información, pero no porque no esté disponible, sino porque la gente... yo creo que es "de masas", lo que digan los demás es lo que hay. Y... yo creo que es eso, es gente que igual no es empática o igual no se para a pensar en la situación o que pudiera ser él mismo el que tuviera el problema.

No sé si desde pequeños... de alguna manera que se formen o se realicen más experiencias para sensibilizar. Por ejemplo, que te dieran charlas personas que han consumido, estar en contacto con personas consumidoras, puede ser útil para la concienciación. Igual si te ponen a una persona de veintipico, incluso de dieciocho años... pues bueno, es una manera de educar y de concienciar.

**- Mujer y drogas, ¿conlleva presión social?**

Yo es que ahí no te sé decir. Yo creo que no hay diferencias. Quiero decir, que eres consumidor y da igual que seas mujer o seas hombre.

Ahora bien... ¿que si van a señalar a una mujer, con niños, consumidora? Que qué mala madre y tal... pues no sé, porque el tema de la igualdad no sé. Porque en el ámbito de ser madre o no, también se debería de culpabilizar igual a un hombre, que es su padre y tiene la misma responsabilidad.

Pero es verdad que sí que se puede acusar más a una mujer con hijos... es verdad que esas etiquetas pueden seguir.

- **¿Los programas de desintoxicación y las Comunidades Terapéuticas tienen en cuenta por igual a hombres que a mujeres, se les dan las mismas oportunidades?**

Yo creo que sí... o así se debería de hacer, ojo. No hablo mucho por mi experiencia, pero así debería de ser.

Que igual no se está haciendo, pues puede ser. Por ejemplo, si que hay muchas ayudas, por ejemplo, que mujeres consumidoras son maltratadas por sus parejas y cierto es que hay programas que son víctimas de violencia de género... y yo ahí replanteo, ¿no? Que, ¿qué pasa con los hombres que son maltratados por una mujer? Yo ahí no veo programas en estos colectivos, pero sí lo veo a mujeres.

- **¿Qué nuevos aspectos a trabajar incluirías en la intervención para que esta fuera más efectiva y eficaz?**

Pues es que... no sé muy bien todos los aspectos que se trabajan, llevo dos meses aquí.

Yo creo que sobre todo hay que ser realistas, que si tratas de hacer una intervención o una especie de taller de cara a que la persona que esté desempleada tiene el estigma de que es tóxico, pues cómo puedes orientarle a encontrar el trabajo, porque puede ser un hándicap el hecho de que haya sido tóxico. Pues así darle habilidades y recursos para no caer ante la búsqueda.

No hay que decir, te va a ir bien, no te preocupes... no se qué... porque las palabras se las lleva el viento.

Igual que cuando nosotros estudiamos la carrera, que se nos proyecta a la realidad que nos vamos a encontrar fuera, después.

- **¿Qué aspectos diferenciadores tiene el Trabajo Social con respecto a otras disciplinas? ¿Y el Trabajo Social en el ámbito de las drogas con respecto al Trabajo Social en otros ámbitos?**

Es complicado... porque un paciente necesita hablar. Pues entonces no es que el Trabajador Social no Intervenga con el paciente, sino que más bien hace el papeleo.

A la hora de la verdad el trabajador social está trabajando continuamente con la persona.

Por ejemplo, un educador social trabaja aspectos más centrados y concretos. Yo diría que lo que le hace especial al trabajo social es que no solo trabajas con la persona afectada, sino con el colectivo de alrededor... y puedes ser como más enriquecedora la intervención.

Pues el perfil ya te lo dice todo... en drogas lo que más destaca es el ámbito judicial, porque aquí lo más importante es el dinero y lo judicial o el trabajo... son los tres puntos que les interesan. Son personas que bueno, aunque tengan algún trastorno o alguna cosa, son gente que entiende y comprende. Entonces diferenciador pues diría eso... aunque es complicado, no sabría decirte.

Fundamentalmente la diferencia no es tanto lo que trabajas, sino es más que como es régimen cerrado no lo pueden hacer ellos... el perfil que veo a diferencia de otros años es eso que te digo, con mayor número de estudios.

Prof.3 Psicóloga C.T. Pampuri:

- **¿Cuánto tiempo llevas trabajando en el ámbito de las drogodependencias? ¿Antes de la Comunidad Terapéutica, en qué sector trabajaste?**

Desde que abrió Pampuri, lo abrimos Juanjo, Antonio y yo. Desde el 91. Y antes trabajaba arriba, en la segunda...

- **¿Cuál es tu función en el centro? ¿En qué momentos del tratamiento intervienes?**

Pues... lo que yo me encargo es de la valoración psicológica. No hay un momento determinado, yo estoy todo el rato interviniendo, todo gira en torno a lo social. Desde el momento que ingresan hasta que se van.

- **¿Cómo definirías el concepto de Comunidad Terapéutica? ¿Y la intervención en la misma?**

Pues es el tratamiento de los drogodependientes en un ámbito residencial. La intervención es centrada en la deshabitación del consumo de drogas.

- **¿Quién forma el equipo multidisciplinar de la Comunidad?**

El médico, la Trabajadora Social, el psicólogo y los monitores educadores.

- **¿Cuál es el protocolo de acceso a este servicio?**

Los protocolos de derivación que realizan los dispositivos del segundo nivel, que son derivados al Comisionado de la Droga y ahí es donde hace su derivación.

- **Desde tu experiencia personal, ¿consideras que el colectivo de drogodependientes es un área de especial dificultad a la hora de intervenir? ¿Por qué?**

No... es un colectivo especial. Al final intervenir con un toxicómano no es lo mismo que intervenir con un niño, al final adaptas a su historia clínica.

- **¿Consideras que es necesario adaptar la intervención a cada usuario o una actuación generalizada sería útil para todos por igual? ¿Por qué?**

Individualizada. Porque cada persona tiene una historia distinta.

- **¿Qué modelo de intervención se lleva a cabo en el centro y qué teorías se emplean?**

Es una integración terapia-cognitiva, terapia cognitivo-conductual, prevención de recaídas, motivacional...

- **¿Con qué otras entidades se trabaja en coordinación? ¿Es necesaria?**

Con todos los dispositivos del segundo nivel: CAD, Salud Mental... yo trabajo con esos.

El trabajador social trabaja con otros. Y con la familia, con la familia también se trabaja.

La coordinación claro que es importante.

- **En cuanto a tu papel como psicóloga, ¿qué destacarías de la coordinación con el trabajador social?**

Todo el aspecto familiar y social. Si tiene problemas, lograr un acercamiento mayor y trabajar juntos.

- **¿Qué trastornos asociados al consumo son los principales que presentan las personas usuarias del centro?**

Trastornos de los impulsos, trastorno de la personalidad, depresión, control de los impulsos, trastorno de personalidad y TDAH son los más comunes.

- **¿Qué aspectos han cambiado en los perfiles de los usuarios consumidores de hace 30 años con respecto a los actuales?**

Mayor cronicidad, mayor problemática física, mayor carga psicológica, mayor desarraigo familiar, mayor judicial... todo a más.

Antes los usuarios eran más jóvenes y no tan cronificados. Ahora los que son así se quedan en el CAD.

- **En el ámbito psicológico, ¿qué diferencias notables se observan en cuanto a los trastornos en este período de tiempo?**

Más trastornos de personalidad y más esquizofrenia, más patología dual. A más años más deterioro, las drogas de diseño están metiendo muchos problemas de patología.

- **¿Consideras que la intervención ha mejorado con el paso del tiempo? ¿En qué aspectos?**

Creo que sí, porque antes había poco conocimiento, y ahora pues hay más formación.

- **Tomando como referencia los años 80/90, ¿en qué ha cambiado la psicología que se especializa en las drogodependencias?**

Esta cada vez más profesionalizada la intervención, cada vez es más técnica.

- **¿Consideras que sigue habiendo prejuicios por parte de la sociedad hacia las personas drogodependientes? ¿Dónde radica la base del problema? ¿Qué consejos darías para que esto pudiera cambiar?**

Sí.

- **Mujer y drogas, ¿conlleva presión social? ¿por qué?**

No. Yo considero que no.

- **¿Consideras que los recursos toman en cuenta a las mujeres? Y si es que no, ¿por qué?**

Totalmente sí, no creo que discriminen.

- **¿Qué nuevos aspectos a trabajar incluirías en la intervención para que esta fuera más efectiva y eficaz?**

Seguir trabajando la motivación.

- **¿Consideras que la sociedad toma la problemática social de las adicciones con la importancia que realmente tiene?**

No, con menor peso de lo que realmente tiene. No se está preparando bien a los profesionales.

- **Mirando hacia el futuro, ¿cómo consideras que evolucionará la problemática de las drogodependencias?**

No lo sé... Irán en función de la sociedad y la política. Si se normaliza, el consumo se incrementará. Estará en función del cambio social.