

Programas de intervención social en las diferentes alternativas terapéuticas para toxicómanos

Pepa Gómez Moya

Diplomada en Trabajo social
Asistente social del Dispensario de Toxicomanías de la Diputación de Valencia
Profesora de Trabajo Social de la Escuela Universitaria de Trabajo Social de Valencia

RESUMEN

En el presente trabajo se intenta dar una visión global y generalizada, dentro del área de las drogodependencias y en el momento actual, desde la perspectiva del trabajador social.

Para llegar a delimitar diferentes niveles de intervención en la práctica de la toxicomanía, se analiza y describe en las dos primeras partes del trabajo los objetivos terapéuticos individuales y los centros de atención a toxicómanos. La tercera parte está dedicada a exponer cuáles serían las técnicas sociales a utilizar según el objetivo propuesto para cada paciente y dependiendo del centro asistencial donde se le atiende.

Palabras clave: Trabajo social, programas de intervención social, grupos familiares, centros de atención.

SUMMARY

The objective of this work is to give a global and generalizaed outlook of drug addiction at present, from the social worker's point of view.

In order to establish the different levels of intervention in the practice, the individual's treatment procedures and the care centers of the addicts are described in the first and second part of the work. The third part describes what social techniques can be used according to the patient's needs as well as the characteristics of the center.

Key words: Social work, social intervention programs, family groups, care centers.

EXPOSICION DEL TRABAJO

1. OBJETIVOS TERAPEUTICOS

Al hablar de tratamiento y rehabilitación de drogodependientes, se piensa de inmediato en la consecución de un solo fin: la persona que ha abandonado por completo su dependencia, ha reestructurado su vida familiar y está integrado en la vida laboral.

El fenómeno es más complejo que esto, ya que en muchas ocasiones el paciente ni siquiera puede llegar a plantearse alguna de estas metas. El enfermo drogadicto vivencia el mundo con una ausencia total de normas, y su jerarquía de valores no coincide con la del resto de las personas que no son drogodependientes. Desde la adolescencia han sido trastocados sus sistemas de comunicación y ha ido reduciendo su lenguaje a aquellas personas que, como él, participan de sus vivencias. No sabe expresarse y por tanto no puede ser comprendido por otros grupos sociales ajenos a su toxicomanía.

La falta de intercambios con su medio le ha producido un progresivo deterioro en sus relaciones personales, familiares, laborales y sociales. Llega un determinado momento en que le resulta difícil incluso saber cuál es su puesto exacto dentro de su grupo social. No sabe hasta qué punto las complicaciones sociales están acosándole y no puede calibrar con objetividad su problema.

Por ello, cuando un paciente recurre a un centro de asistencia, en demanda de ayuda, no puede discernir con exactitud qué es lo que quiere conseguir. En muchas ocasiones recurre al centro con el único objetivo de superar una crisis, cubrir una necesidad concreta o conseguir una droga sustitutiva.

El camino de la marginalidad social lo ha recorrido velozmente, y en corto espacio de tiempo, se encuentra abrumado por las complicaciones que el consumo del tóxico le han acarreado.

Así pues, no todos los pacientes se plantean reestructurar su vida; algunos se sa-

ben de antemano incapaces de permanecer abstinentes y otros no lo desean, ya que sus normas y marcos de referencia son los que les proporciona la subcultura establecida en el amplio grupo social de drogodependientes. También hay algunos que inician su tratamiento con el firme propósito de abandonar los hábitos y formas de vida adquiridos en los años anteriores.

Por tanto, el planteamiento del trabajo social con referencia a toxicómanos debe contemplar de una parte el establecimiento de unos objetivos terapéuticos, que no siempre van a ser la consecución de la total rehabilitación.

A partir del diagnóstico conjunto con otros profesionales del equipo (médico, psicólogo, terapeuta...) y una vez delimitado el objetivo para cada paciente se han de seleccionar las técnicas de intervención apropiadas y, a la par, determinar en equipo el régimen asistencial adecuado para la consecución de ambos.

En este sentido, E. Megías (1987) ha señalado una relación de lo que podrían ser considerados objetivos terapéuticos básicos de un proyecto asistencial para personas toxicómanas.

Objetivo 1.

Mejora de la calidad de vida del toxicómano sin modificar el hecho de la dependencia.

Incluye:

- Disminución del número y gravedad de los trastornos de salud secundarios.
- Disminución de las complicaciones criminogénicas y legales.
- Disminución de las alteraciones socio-personales.

Objetivo 2.

Mejoras parciales en relación con el consumo.

Incluye:

- Abstinencias transitorias.
- Disminución de la gravedad del consumo (dosis, vía de administración, tipo de droga...).

Objetivo 3.

Sustitución controlada de la droga por

otra con menos consecuencias personales y sociales.

Se trataría de un objetivo con entidad propia, aunque en relación con lo anterior, y que puede plantearse sin límites temporales o como un paso previo o intermedio de cara a la abstinencia.

Objetivo 4.

Eliminación de la dependencia y consecución de la abstinencia como definitiva de la forma de vida.

Incluye:

- Capacidad de abstinencia y control.
- Mejoría de la salud física.
- Maduración de la personalidad.
- Reordenación de la dinámica socio-personal, familiar, etc.

Coherentemente con toda la exposición anterior, hay que señalar que la elección de uno u otro de estos grandes objetivos debe ser el resultado del análisis de todos los componentes, unos objetivables y descriptibles, y otros interpretables o conjeturables, que van desde la demanda a las condiciones de la estructura asistencial.

Ante esta perspectiva de considerar la existencia de diversos objetivos terapéuticos que serán seleccionados para cada individuo según sus propias características personales, es imprescindible contar con una red asistencial que permita la consecución de los mismos a través de los centros de atención específicos y con fines terapéuticos delimitados.

2. CENTROS DE ATENCION

2.1. Unidad ambulatoria.

Concepto: La unidad ambulatoria de toxicómanos es un centro sanitario abierto especializado en el tratamiento de los drogadictos (Hofman, F., 1983). Debe estar integrado en una red asistencial amplia y debe mantener estrechas relaciones con la unidad hospitalaria de toxicómanos, el centro de dispensación de metadona, las comunidades terapéuticas para toxicómanos y los servicios médicos y psiquiátricos de su entorno.

Objetivos: El fin primordial de la uni-

dad ambulatoria de toxicómanos es el tratamiento a largo plazo y de forma global tanto de la dependencia física como de la dependencia psicológica, de los problemas psicológicos personales como de los conflictos familiares, de los aspectos laborales hasta los asuntos judiciales si el caso lo requiere. Por lo general se empezará por el tratamiento del síndrome de abstinencia en el domicilio del enfermo, pero sólo como paso previo para otros tipos de intervenciones.

Si no es posible la desintoxicación ambulatoria, se recurrirá a ingresar al enfermo en el hospital, para posteriormente continuar el tratamiento en el ambulatorio, utilizando así el ambulatorio como un centro de postcura de la unidad hospitalaria.

Otro de los objetivos que puede desempeñar el ambulatorio de toxicómanos, es el de diagnosticar precozmente las enfermedades asociadas a las drogodependencias, tratarlas si no precisa de sofisticados medios técnicos, y participar en la prevención de dichas enfermedades, como el SIDA, hepatitis B, candidiasis o enfermedades venéreas.

Por último, cuando el enfermo o sus familiares lo necesitan, se puede desde el ambulatorio proporcionar la información necesaria para utilizar otros recursos sociales de la comunidad, solicitar ayudas o becas y tramitar otras gestiones en relación con la enfermedad del toxicómano.

Alternativas terapéuticas: El ambulatorio de toxicómanos permite una amplia gama de alternativas terapéuticas, algunas de ellas se pueden simultanear en el mismo enfermo, otras sin ser excluyentes se pueden aplicar de forma sucesiva. En nuestro medio las podemos agrupar de la siguiente forma:

a) Desintoxicación ambulatoria.

Consiste en el tratamiento del síndrome de abstinencia en el domicilio del enfermo, bajo supervisión de algún familiar (San Molina, L., 1985). Por lo tanto es condición indispensable que el enfermo disponga de un lugar para tal efecto. También es necesario que el familiar que se va a responsabilizar de él no tenga otras ocupacio-

nes durante los primeros quince días del tratamiento. El enfermo se ha de comprometer además a no salir del domicilio, ni recibir visitas de amigos ni hablar por teléfono, ni por supuesto, consumir drogas ni alcohol durante el tratamiento. Se le prescriben diversos medicamentos para combatir la ansiedad, los dolores y el insomnio.

La desintoxicación ambulatoria está indicada especialmente en las primeras desintoxicaciones, cuando haya apoyo familiar y disponibilidad de un alojamiento y el enfermo esté motivado para el tratamiento.

b) Tratamiento libre de drogas.

Puede ser la continuación del anterior o si el enfermo lo prefiere, el mismo inicio del tratamiento. Consiste en conseguir la abstinencia mediante diversas estrategias y con tratamiento psicoterapéutico. Este último puede ser una psicoterapia estructurada con una orientación concreta, o bien una psicoterapia de apoyo.

Las estrategias utilizadas tienen en común apartar al enfermo del ambiente toxicomanígeno, y son muy variables en función de las peculiaridades del enfermo (Mothner, I.; Weitz, A., 1986).

c) Programa de mantenimiento con metadona.

La metadona es un opiáceo sintético que se puede ingerir por vía oral, con lo que se eluden los riesgos de la vía endovenosa. El programa de mantenimiento con metadona consiste en administrar durante largos períodos de tiempo la metadona a una dosis tal que el enfermo ya no tenga necesidad de utilizar otros opiáceos como la heroína (Dole, V.P., y Nyswander, M.E., 1980).

2.2. Unidad hospitalaria.

La unidad hospitalaria es un dispositivo asistencial imprescindible dentro de una red amplia de servicios de atención al toxicómano, con los que debería mantener una estrecha relación y permanente colaboración. Pero no deja de ser uno más de la gama de alternativas terapéuticas necesarias en una sociedad moderna, y sería un tremendo error pensar que las unidades

hospitalarias son la panacea de todos los problemas de los toxicómanos (Gossop, M. y cols., 1986).

Objetivos: El objetivo primordial de la unidad hospitalaria de toxicómanos, es el diagnóstico y tratamiento de los síntomas producidos por la retirada de la droga en los enfermos adictos, o lo que es lo mismo: la desintoxicación hospitalaria. Por tanto no tiene nada que ver con las expectativas falsas que genera entre la población general, e incluso entre otros profesionales sanitarios, cuando piensan que los enfermos que allí se tratan van a salir «curados» en todos los aspectos.

El tratamiento del síndrome de abstinencia se realizará con distintos medicamentos en función de la droga de que se trate (Freixa, F.; Masferrer, J.; Sala, L., 1986). En el caso más frecuente de los heroínómanos, se pueden utilizar los mismos medicamentos que se utilizan en el ambulatorio, pero las condiciones de internamiento de la desintoxicación hospitalaria permite utilizar ciertos fármacos cuyo manejo se hace difícil en régimen ambulatorio.

Por último, hay que incluir también entre los objetivos de la unidad, la detección de los problemas sociales, económicos, laborales y familiares tan frecuentes entre la mayoría de los enfermos. Está claro que no es el lugar adecuado una unidad hospitalaria para la resolución de estos problemas, pero es necesario conocer a fondo cada uno de estos aspectos de los individuos para poder encauzar al enfermo al ser dado de alta del hospital.

2.3. Centro de Día.

Concepto: Dentro de un programa global de tratamiento de las drogodependencias, el Centro Urbano de Día es un recurso asistencial intermedio entre la asistencia dispensarial o ambulatoria y la comunidad terapéutica.

La intervención terapéutica en el Centro de Día se realiza a través de tres áreas de actuación diferentes: la psicológica, la social y la médica. Cada una de ellas tiene un doble nivel de actuación: el individual y el grupal. El nivel individual cubre la ac-

tuación sobre el sujeto y sobre su núcleo familiar; el tratamiento grupal se realiza sobre el grupo de sujetos y sobre el grupo de padres.

El Centro de Día se ubica como un recurso asistencial en la clínica del toxicómano que, por un lado, ofrece un tratamiento exclusivo y completo en el medio urbano y, por otro, se complementa con otros recursos asistenciales como dispensarios y comunidades terapéuticas rurales.

El paciente acude al centro a primera hora de la mañana y permanece allí durante todo el día realizando las distintas actividades programadas, regresando a su casa sobre las seis de la tarde.

Objetivos y funciones: Los objetivos fundamentales de un Centro de Día se podrían concretar en dos:

- Superar la adicción y dependencia a las drogas.
- Conseguir la integración social del sujeto.

El problema real con el que se encuentran los pacientes terminada su desintoxicación física y psíquica, es el de la reinserción social, y éste es el fin último que se debe proponer un Centro de Día.

Si el supuesto teórico de la recuperación del toxicómano tiene como objetivo su vuelta a la situación anterior del consumo de la droga, no debe olvidarse que la situación anterior ya era en muchos casos disocial. Reinsertar significará diseñar un proyecto de vida no conflictiva ni autodestructora, por tanto, la línea de actuación ha de ir encaminada a fomentar en el sujeto las siguientes actitudes:

- La capacidad de aceptar responsabilidades.
- La adquisición de compromisos personales.
- La capacidad de tolerar las frustraciones.
- La capacidad de tomar decisiones.
- La autonomía personal.
- La capacidad de análisis y reflexión.
- La mejora del bagaje cultural.
- La autoestima.
- La normalidad interrelacional en los grupos de pertenencia (familiar, social...).

Estos objetivos específicos podrían resumirse en lo que se conoce como el desarrollo o crecimiento personal, aspecto importante a tener en cuenta a la hora de intentar lograr la reinserción social.

Actividades: La desvinculación del paciente de su medio socio-familiar conlleva, en muchos de los casos, que los mismos factores que actuaron inicialmente desencadenando las drogodependencias actúen al final del proceso de tratamiento (cuando el sujeto se reincorpora a su medio social), produciendo así repetidas recaídas. El vivir largo tiempo en una comunidad alejada de su entorno social puede producir, en algunos enfermos, dificultades de integración al volver a enlazar con el medio. Desde el Centro de Día se actúa día a día sobre las dificultades de adaptación y/o integración en el medio de referencia (social y familiar).

Así, la reinserción social del paciente no se realiza de una manera súbita, sino paralelamente al proceso de deshabitación, por cuanto que se actúa simultáneamente sobre ambos procesos.

Tratar el fenómeno de la drogodependencia en el medio donde ésta se generó se apoya en la hipótesis de que es más efectivo, a largo plazo, lograr que la persona rechace o rehuya el consumo de drogas, que apartar o alejar las drogas de la persona (Durán, A., 1985).

La reinserción social en el Centro de Día se plantea atendiendo tres áreas: reinserción familiar, reinserción escolar y reinserción laboral.

Para alcanzar los objetivos propuestos en un Centro de Día, se desarrolla un programa de actividades que se realiza bajo la dirección de los miembros del equipo profesional. Estas actividades son:

- Psicoterapia individual.
- Psicoterapia grupal.
- Taller ocupacional.
- Gimnasia y deporte.
- Asambleas.
- Actividades comunitarias.
- Actividades culturales.
- Actividades recreativas.

Indicaciones del Centro de Día: Existe un comité de selección que debe valorar si

el Centro de Día es el recurso asistencial idóneo para cada una de las personas que solicitan su ingreso en él o si, por el contrario, sería otro el modelo de tratamiento adecuado.

2.4. Comunidad Terapéutica.

Concepto: La Comunidad Terapéutica para toxicómanos se puede conceptuar como el espacio donde los pacientes pueden realizar un intenso proceso de crecimiento para poder elegir una vida sin drogas, permitiéndoles una maduración personal.

Para ello debe contar necesariamente con un equipo terapéutico bien diferenciado de los pacientes, que mediante recursos técnicos propios logre que el toxicómano tome progresivamente conciencia de sí mismo y de la sociedad que le rodea. La función de dicho equipo es hacer al toxicómano apto, hábil y capaz para una vida no dependiente, mediante la superación de las carencias identificatorias, la mayor tolerancia a la frustración, la aceptación de su propio cuerpo, sus emociones y pensamientos respecto a sí mismo y a los demás, y a la adquisición de hábitos de trabajo y ocupación del ocio. Así se posibilita su entrada en el universo adulto sin desarraigarlo más allá de lo necesario, creando una «sociedad» paralela.

Resulta siempre recomendable la autorrevisión periódica del propio trabajo junto con la valoración y evaluación de los resultados.

La Comunidad Terapéutica debe, por tanto, estar englobada en un programa más amplio de tratamiento, donde se contemplen otras variables: aspectos familiares, residenciales, educativos y culturales, sanitarios, etc., así como coordinada con programas globales (autonómicos y nacionales).

Objetivos: Grimson, W.R. (1972) ha proporcionado una acertada definición de la Comunidad Terapéutica considerándola un «...conjunto de técnicas integradas que se aplican en una institución tendiendo a permitir y obtener el máximo de participación por parte de los pacientes, caracterizada por un sistema constante pero flexible cuyas características son conocidas

por todos los participantes y son discutidas por ellos, periódicamente, existiendo de manera explícita la posibilidad de rectificar aspectos de funcionamiento en base a la deliberación común.

La Comunidad se sirve de roles terapéuticos diversos y opera principalmente en base a grupos. Tiende a integrar el conjunto de actividades en un marco socioterapéutico (...). La distribución del poder tiende a la igualación de los roles y se dispone de un conjunto de información común a todos los participantes».

Todo ello con los objetivos básicos de:

- Proporcionar al paciente experiencias que aumenten su conciencia de la realidad.
- Facilitar su colaboración y relación con el resto de personas de la comunidad, de modo que aumente su seguridad y su autoestima.
- Movilizar sus capacidades para que desarrolle sus potenciales de realización personal.

De esta forma los principios de la comunidad terapéutica modifican los esquemas tradicionales de la relación médico-enfermo (o por extensión personal-pacientes), intentando utilizar con finalidad terapéutica todos los recursos de la institución. El paciente pasa de ser considerado un objeto pasivo de cuidados, a convertirse en un agente terapéutico más. La tradicional estructura jerárquica se transforma, adoptándose un modelo de funcionamiento horizontal, a medida que la institución va organizándose sobre bases democráticas.

Podemos, por todo esto, encontrar ciertas características similares en todas las comunidades terapéuticas independientemente de su orientación.

Tipos de comunidades terapéuticas: Básicamente se pueden esquematizar en tres los modelos de comunidades terapéuticas: aquéllas en las que solamente están regidas por extoxicómanos, aquéllas donde, además, se permite la participación de personal técnico y por último las profesionales.

Estas modalidades de intervención han sido duramente criticadas en los últimos años. N. Kalibaba (1984) ha sido quien ha realizado el análisis más lúcido de estos

modelos terapéuticos señalando cómo están contruidos sobre la permanente escisión entre el mal = afuera y el bien = adentro. Estas comunidades no modificarían la naturaleza de las relaciones objetales del toxicómano. Tan sólo desplazarían las relaciones de dependencia creando una total sumisión a los modelos que valorizan a través de «sobredosis» de aprendizaje. Esto se evidencia en lo problemático que resulta en todas ellas la salida de la comunidad, siendo lo más fácil para el paciente reingresar e intentar convertirse en un miembro más del «staff».

En oposición a estos modelos, la mayoría de profesionales responsables de comunidades terapéutica, definen sus modelos como plurales y multirreferenciales.

Creemos con ellos que los distintos dispositivos asistenciales deben posibilitar a jóvenes con diferentes trastornos, cuyo síntoma manifiesto sea la toxicomanía, encontrar referencias terapéuticas que permitan una confrontación con su realidad individual y social.

3. NIVELES DE INTERVENCION SOCIAL

3.1. Intervenciones no programadas.

Estas intervenciones van dirigidas a aquellas personas que no acuden voluntariamente al centro o no se detecta en ellas un deseo claro de desintoxicación y rehabilitación.

También a los que, expresando su deseo de abstinencia, han tenido una conducta anterior durante mucho tiempo que no demuestra ni avala dicho deseo.

Las intervenciones no programadas las constituyen aquellas que no entran en una programación global e individualizada. Son de carácter puntual y paliativo, encaminadas a disminuir el grado de malestar que rodea al paciente toxicómano.

Nos encontramos con la necesidad de utilizar dichas técnicas, fundamentalmente en los centros ambulatorios específicos para enfermos toxicómanos, pero también pueden aplicarse en otro tipo de centro so-

cial no especializado, donde recurra alguna persona con problemas de drogodependencias.

En este nivel de atención, es donde existe mayor participación de recursos sociales no especializados en toxicomanías, ya que son varias las facetas de deterioro social que inciden en la persona, y porque se actúa directamente atendiendo las demandas concretas para proporcionar apoyos o remedios concretos.

En el primer contacto con el paciente, el trabajador social recibe la demanda explícita de éste, elaborando una ficha social en la que se recogen los siguientes datos:

- Filiación.
- Situación económica y laboral.
- Situación legal.
- Familia.

Conviene hacer referencia también a algunos datos en relación con el consumo, como por ejemplo:

- Años de dependencia.
- Tratamientos recibidos anteriormente.

Por último ha de constar la demanda del paciente, la orientación que se le ha proporcionado y las gestiones realizadas o derivaciones a otros centros.

Puede ocurrir que, tras la primera entrevista, se oriente el problema hacia otro recurso o centro sanitario o social y no se vuelva a recibir a la persona o, por el contrario, se mantengan contactos posteriores con el enfermo, que suelen ser distanciados y siempre a petición de él mismo, ya que no acostumbra a ser constante y responsable en las citaciones ni está dispuesto a adquirir compromisos de continuidad. En ocasiones, es la familia quien acude de nuevo al ambulatorio para relatar el desarrollo de los acontecimientos en espera de que se produzca un cambio de actitud en el hijo/a o el esposo/a.

Por tanto, en este contacto inicial se ha de realizar un estudio general de las condiciones de vida del enfermo y hacer una valoración objetiva de la demanda planteada ya que, en ocasiones, ésta no corresponde a sus necesidades reales.

El trabajador social ha de seleccionar en ese momento su modo de actuación desdo-

blada en dos facetas: la orientación y la gestión.

Se puede decir, en conclusión, que las intervenciones no programadas van destinadas a aquellos pacientes a los que se aplicaría el primero de los objetivos terapéuticos (mejora de la calidad de vida del toxicómano sin modificar el hecho de la dependencia) y son técnicas aplicables, fundamentalmente, en los centros de atención ambulatoria.

Como ejemplos de intervenciones de este tipo, se pueden citar las siguientes:

- Recepción.
- Elaboración de ficha social.
- Ayudas económicas.
- Consejo legal.
- Facilitación de comidas o camas.
- Derivación a otros recursos sociales.

3.2. Intervenciones programadas limitadas.

Estas intervenciones se aplican a aquellos pacientes con los que se pretende conseguir el objetivo segundo (mejoras parciales en relación con el consumo) y el tercero (sustitución controlada de la droga por otra con menos consecuencias personales y sociales).

Existen motivos diferenciales desde el punto de vista médico, psicológico y social para seleccionar uno de estos dos objetivos terapéuticos individuales, pero la incidencia del trabajador social es similar en los casos en que se haya especificado cualquiera de estos dos.

Es difícil determinar qué circunstancias llevarían a la selección del objetivo segundo; se puede decir que son las relacionadas con la motivación personal o con situaciones sociales muy desfavorecedoras que hacen sumamente difícil pretender que se consiga una abstinencia prolongada.

Además de intentar conseguir mejoras claras y prolongadas en relación al consumo, el planteamiento de asistencia a estos enfermos debe abordarse globalmente, ya que la mejora de las circunstancias sociales evidentemente va a contribuir, en gran medida, a la consecución de la finalidad propuesta.

Lo mismo ocurre con aquellas personas que solicitan o aceptan un tipo de intervención terapéutica destinada a mejoras basadas en la sustitución de una droga por otra, que es menos nociva para él y para los demás (objetivo tercero). Se entendería muy bien en el caso de las embarazadas en que sería una medida menos perjudicial que la supresión radical del tóxico.

El marco estructural y asistencial para la consecución de estos dos objetivos y, en consecuencia, para la aplicación de las intervenciones programadas limitadas, son fundamentalmente la Unidad Ambulatoria y la Unidad Hospitalaria de Desintoxicación.

Llamamos intervenciones programadas porque responden a un proceso metodológico en el que se desarrollan varias etapas:



Son limitadas, puesto que tienen un tiempo concreto para su desarrollo, mientras se mantiene la mejoría o la abstinencia, y porque no se plantean una finalidad última de reinserción social.

De cualquier forma, han de ser intervenciones realizadas con detalle y profundidad, dada la gran importancia que merece la mejora de la calidad de vida del toxicómano para él mismo y para el grupo familiar y laboral. Sin descartar que podría ser incluso un condicionante para la aparición de un planteamiento posterior, tendente a la abstinencia total y la completa rehabilitación social.

Estas intervenciones programadas serían:

• *Recepción y elaboración de historia social.*

Como en el caso de las intervenciones no programadas, el trabajador social recibe al paciente por primera vez para recoger la demanda expuesta por él mismo o sus familiares.

Durante esta primera entrevista los fines propuestos son fundamentalmente dos: la recogida de los datos necesarios para conseguir una visión general de la situación socio-familiar y la creación de un clima que permita tanto al paciente como a sus familiares, considerar la posibilidad de conseguir una importante mejoría.

Esta entrevista no debe ser excesivamente larga, pues en un primer contacto no conviene profundizar en las demandas o problemas planteados, ya que hay un desconocimiento tanto de la posibilidad de respuesta de las personas, como de sus interrelaciones. Por otro lado, pueden ocultar informaciones, que aparecen posteriormente, y que resultan decisivas para la comprensión de determinadas posturas.

Se elabora una historia social que comprende los siguientes apartados:

- * Datos personales.
- * Datos culturales.
- * Servicio militar.
- * Datos laborales.
- * Datos familiares.
- * Situación económica.
- * Vivienda.
- * Relaciones sociales.
- * Problemas legales y de marginación.
- * Datos del consumo.
- * Tratamientos.

La historia social que recoge la información proporcionada durante la primera entrevista, se va ampliando posteriormente con una hoja de seguimiento, en la que se anotan las conclusiones de las entrevistas mantenidas y el trabajo realizado con el paciente o sus familiares.

Las intervenciones posteriores quedan determinadas por el tipo de demanda o problema que se haya presentado en cada persona en concreto.

• *Entrevistas de seguimiento de apoyo social.*

Pueden efectuarse con el propio paciente o con sus familiares, dependiendo de la finalidad de las mismas. Se debe tender en ellas a la clarificación de las orientaciones que se hayan dado sobre trámites o gestiones concretas y su seguimiento.

Han de ser entrevistas tendentes a la objetivización de las complicaciones que rodean al paciente y a crear un sentimiento de seguridad para solucionarlas, basado éste, en parte, en el apoyo que puede recibir del personal del centro, para no recorrer «el camino» en solitario como ha venido haciéndolo durante su período de dependencia.

En otras ocasiones la entrevista se limita a la escucha de los relatos que el paciente necesita extrovertir, con relación a sus logros en el proceso de tratamiento y sus mejoras sociales. De este modo se reafirma en sus motivaciones.

Con respecto a los padres hay que ser muy insistente sobre la importancia que tiene para ellos asistir a las reuniones de grupo.

Hay que tener presente que en las entrevistas de seguimiento con la familia no se pretende un abordaje terapéutico, ya que ello corresponde al psicólogo, sino simplemente proporcionar información adecuada con respecto a conductas inter-familiares y mantener contactos para implicarles en el proceso de rehabilitación del hijo/a y, por último, orientar y proporcionar un apoyo en la resolución de problemas sociales concretos.

• *Orientación familiar para mejorar la situación.*

La mayor parte de las familias de los drogadictos han sufrido un grave deterioro económico a consecuencia del consumo del tóxico. Es frecuente que los padres abonen cuentas o deudas pendientes de los hijos, como también que sean víctimas de hurtos hogareños de objetos de valor.

En ocasiones, las madres, sobre todo de las mujeres toxicómanas que tienen que hacerse cargo total y absolutamente de los ni-

ños nacidos del matrimonio de su hija, que en muchos casos se ha unido a un marido o compañero también adicto.

Todos estos trastornos familiares requieren una atención y dedicación adecuada, que va desde la orientación a la tramitación de ayudas económicas.

El trabajador social ha de tener conocimiento de las diversas posibilidades de solicitud de ayudas para poder informar sobre la manera de tramitarlas. En ocasiones es conveniente facilitar los impresos y asesorar al familiar o al propio toxicómano sobre la forma de cumplimentarlos.

A este recurso se le debe dar su valor preciso, ya que ocurre que el paciente, que acaba de estrenar su abstinencia, comienza a verse de algún modo iniciando su integración en la sociedad que abandonó o en la que jamás estuvo arraigado, al sentirse capaz de optar como otro ciudadano a un recurso social y burocrático y que incluso puede llegar a conseguir.

• *Seguimiento de la problemática legal.*

Es muy frecuente que el drogadicto haya tenido una conducta delictiva durante el período de consumo, y es precisamente al dejar el tóxico cuando se hace consciente de la problemática legal que tiene por resolver.

En general es un tema que les preocupa cuando están en abstinencia. A determinados pacientes llega a deprimirles este hecho, y por tanto debe ser especialmente atendido.

El trabajador social ha de conocer la situación judicial exacta del enfermo y hacer un seguimiento de los procesos pendientes. Se hace necesario en este caso la intervención de especialistas en esa materia y se ha de tender a la derivación a centros específicos de atención de dicha problemática, manteniendo una coordinación con la persona que se hace responsable de la intervención directa en este sentido.

En muchas ocasiones se precisa la elaboración de un informe médico y social sobre la evolución del paciente, a petición del abogado, dado que se encuentra en un proceso de rehabilitación y respondiendo positivamente al tratamiento.

• *Recursos comunitarios.*

Principalmente son utilizados los recursos que van dirigidos a:

- Formación y estudios.
- Ocupación del tiempo libre con actividades manuales o lúdicas.
- Recursos de tipo laboral.

Estos recursos suelen ser de gran utilidad durante el período en que el paciente ha superado la dependencia física, se encuentra abstinentemente, pero aún no se considera oportuno que se inicie en una actividad laboral a pleno rendimiento, en el supuesto que tuviera la posibilidad de ello.

En esta situación el enfermo comienza a normalizar sus horarios, y se encuentra con sus días vacíos de contenido. Todavía está luchando por superar su dependencia psíquica y necesita, además de llenar las horas, relacionarse con grupos de compañeros distintos a los usuales.

De esta forma, el poder integrarse en una actividad concreta según sus preferencias y dentro de las posibilidades que se le ofrecen, suele ser una medida muy positiva. No se entiende como algo definitivo en su proceso, pero le sirve para iniciar una forma de vida diferente, acoplarse a unas normas y adquirir pequeñas responsabilidades.

El trabajador social ha de informar al paciente que se encuentra en las condiciones adecuadas para ello, sobre las diversas actividades a las que puede optar, y una vez decidido, encauzarlo hacia el centro más conveniente. Es recomendable que el trabajador social mantenga contacto con el centro al que ha dirigido al paciente, a fin de conocer la evolución de éste.

• *Intervención familiar a nivel de grupo.*

Teniendo en cuenta la alta conflictividad e inestabilidad que muestran las familias del drogodependiente, se hace casi indispensable el tratamiento del núcleo familiar que no ha proporcionado el marco de seguridad emotiva para su desarrollo armónico.

La terapia familiar es la forma de intervención que más éxitos parece haber obtenido en los últimos años. Así lo confirma el estudio referido a 2.012 centros que tratan drogodependientes, de los cuales, un

93% proporciona algún tipo de terapia familiar (Coleman, S.B. and Davis, D.I. 1978).

Las intervenciones del trabajador social con respecto a la familia a nivel de grupo y dentro de las programaciones limitadas, se refieren, fundamentalmente, a la realización de las llamadas «reuniones informativas».

En estos grupos de información y discusión están incluidos los padres cuyos hijos han empezado a recibir un tratamiento de desintoxicación, así como también aquéllos cuyos hijos se encuentran en espera de ingresar en una comunidad terapéutica o Centro de Día. La duración de las reuniones es de una hora semanal, con un máximo de seis semanas.

Mediante la información y la discusión se consigue descender el nivel de angustia con el que llegan todos los padres al grupo. Se fomenta la solidaridad, apoyo y comprensión entre ellos, pues hasta que llegan al grupo han sido personas llenas de temores, que han tratado de ocultar el problema, incluso ante los propios familiares, por miedo a una mayor marginación. El sentimiento de soledad e impotencia que experimentan frente a esta crisis, se ve reducido por el reparto de la carga con los demás miembros del grupo. Las manipulaciones a las que se han visto sometidos los padres del toxicómano, son muy parecidas, constituyendo éstas el principio de una alianza común, de desahogo.

Otra idea que deberá fomentar el trabajador social entre los padres, será la de hacerles ver que la enfermedad no la sufre únicamente el hijo toxicómano, sino que es toda la familia la que está implicada en el proceso.

El responsable del grupo deberá tener suficientes conocimientos y práctica en dinámica de grupos como para poder llevar a cabo la tarea.

Estos grupos permiten además detectar problemas familiares graves, de modo que en coordinación con el terapeuta individual del hijo, se puede llevar a cabo un plan de intervención familiar individualizado.

3.3. Intervenciones programadas de finalidad amplia.

Se trata de un programa estructurado que permite intervenir sobre los diversos niveles de conflicto y requiere un abordaje multidisciplinar.

Se lleva a cabo con aquellos pacientes con los que se pretende conseguir el objetivo más ambicioso: la abstinencia total, la rehabilitación y reinserción social.

Dejar de ser toxicómano supone la obligación de reordenar la realidad social y reestructurar la personalidad, ya que por el solo hecho de la supresión de la droga, no queda reconstruida la vida.

Debe situarse al paciente en un ámbito libre de drogas para hacer posible su rehabilitación, por lo que en este caso los centros más adecuados son las granjas rurales o comunidades terapéuticas y los centros urbanos de rehabilitación o Centros de Día.

Las intervenciones del trabajador social durante este período han de ser totalmente coherentes con las del resto del equipo terapéutico. «En un proceso de rehabilitación de una persona toxicómana han de mezclarse todo tipo de intervenciones y es preciso que los profesionales que manejen los distintos instrumentos terapéuticos funcionen al unísono» (Megías, E. 1987).

En un programa de rehabilitación, la actuación del trabajador social va dirigida a reforzar los potenciales individuales y sociales en los que se incluyen, fundamentalmente, familia y reinserción laboral.

En un primer momento hay que actuar sobre las circunstancias desfavorables que rodean al paciente, realizando intervenciones similares a las referidas en el apartado anterior:

- Recepción.
- Elaboración de historia social.
- Entrevistas de seguimiento.
- Mejora de la situación familiar.
- Seguimiento de la problemática legal.
- Recursos comunitarios.

La atención a la familia es una de las acciones a la que se debe prestar especial dedicación. El trabajo se realiza a nivel de

grupos de discusión y en completa coordinación con otros miembros del grupo.

• *Trabajo de grupo con familias.*

En este nivel quedan incluidos aquellos padres cuyos hijos han ingresado en la comunidad terapéutica o Centro de Día. La circunstancia de trabajo individualizado con el hijo, y en grupo con los padres, es la óptima para obtener unos resultados satisfactorios.

Los padres estarán asistiendo al grupo durante todo el tiempo que el hijo/a permanezca ingresado. Durante estos meses se trabaja en grupo con el fin de que el cambio no sea sólo por parte del hijo sino de toda la familia. Pensamos como Kaufman, E. (1981), que no tiene ningún sentido devolver al toxicómano a la misma familia de la que salió y que propició en parte esta sintomatología.

Los padres deben comprometer su asistencia al grupo desde el primer día, produciéndose un corte terapéutico si no se lleva a cabo.

El grupo está llevado por el trabajador social y un co-terapeuta (un monitor ocupacional o un auxiliar). El co-terapeuta mantiene relación con el paciente identificado en la comunidad terapéutica o Centro de Día y esto permite tener una visión más realista de la situación.

En cada sesión se registra por escrito el contenido de la reunión y la ubicación de cada miembro dentro de la sala, esto último para poder estudiar mejor las alianzas que se van estableciendo entre los distintos miembros. El registro de las sesiones permite llevar a cabo revisiones críticas periódicas.

Las sesiones tienen una duración de 90 minutos cada quince días.

Los padres que asisten al grupo, han tenido una experiencia anterior, ya que todos ellos han participado en los grupos informativos de discusión.

La dinámica del grupo:

Los padres con mayor experiencia en el grupo (por el tiempo que asisten) son los encargados de llevar a cabo la acogida y arropamiento de nuevos miembros recién

llegados. En la primera sesión se les presentará al grupo y éste se presentará, uno a uno, al recién llegado, diciendo el tiempo que llevan en el grupo. Por último se les explican los objetivos del grupo también por los mismos padres, insistiendo para que se comuniquen honestamente y expresen libremente sus sentimientos. Cuando logran superar sus dificultades para expresar sus sentimientos ante el grupo, habrán dado un gran paso hacia la expresión abierta de los sentimientos en general. Son muchos los padres que aprenden a expresar el amor o la cólera a través del grupo por primera vez. Se les estimula a expresar una pena o alegría y a que todos apoyen este tipo de expresiones en vez de rechazarlas o negarlas. Los padres comparten sus experiencias y ofrecen su ayuda valiéndose mutuamente del grupo.

Los dos primeros meses de asistencia, los padres manifiestan sentimientos contradictorios hacia el hijo. Por una parte sienten una sensación de vacío por la ausencia de éste, por otra, se han descargado del problema y se ha producido un bienestar. Bienestar que hace que se desencadenen sentimientos de culpa que se vienen a sumar a los de fracaso como padres, que ya experimentaban. Es el momento que se debe aprovechar para tratar «la culpa». Habrá que explicarles que la dependencia de la droga se debe considerar como un problema familiar en el cual no puede haber víctimas propiciatorias.

Tras este primer período de separación con los hijos, éstos comienzan a dar claras muestras de afecto hacia los padres. El hijo/a escribe cartas donde pone de manifiesto el amor que siente por ellos. Reconoce su culpa en el proceso, lo que permite que los padres se descarguen de ella. Comienza a evidenciarse su recuperación física. Los padres experimentan una gran euforia y empiezan a creer que el cambio es posible (el cambio del hijo, apenas han concienciado que se debe dar en todos). Estos son los padres especialmente indicados para hacer la «acogida» de los recién llegados, porque son capaces de animarlos con un poder de convicción mayor.

Al acercarse el momento de la salida de la comunidad terapéutica, aparecen los primeros miedos por parte de los padres. Miedos que se pueden dar a un nivel consciente («qué trato tenemos que darle», «qué confianza podemos otorgarle») como inconsciente (miedo al cambio que supone la convivencia con un «nuevo elemento» en la familia). Se muestran muy colaboradores y con ansia de que los terapeutas o el grupo les den las soluciones y pautas a seguir. La respuesta debe ser siempre la misma: escuchar al «otro», comunicarse, no esperar a que «el vaso se desborde», aprender a detener las situaciones hablándolas a su debido tiempo, aprender a decir «no» o «sí» con la consecuente expresión del mensaje.

Por último, el hijo termina su proceso terapéutico en la comunidad o en el Centro de Día y, por lo general, los padres continúan asistiendo a terapias individuales de familia que realiza un psicólogo.

4. CONCLUSIONES

A) En el tratamiento de pacientes toxicómanos deben plantearse distintas alternativas. No existe una respuesta generalizada para abordar la rehabilitación y que pueda aplicarse a todos los pacientes.

El nivel de necesidades sociales que rodean a cada individuo, su motivación personal y sus características o perfil psicológico, van a condicionar el tipo de tratamiento adecuado a cada persona.

B) La rehabilitación del toxicómano no se reduce a conseguir la desaparición de la dependencia. Debe ser un tratamiento multifocal que comprenda la reestructuración de su personalidad y la reconstrucción de su vida familiar y social.

C) Es necesaria la existencia de centros de atención especializados, integrados en la red de servicios públicos de salud mental, que proporcionen diferentes alternativas terapéuticas y sociales y, a la vez, guarden una estrecha coordinación y colaboración entre sí.

D) Los profesionales dedicados a la atención y tratamiento de drogodependientes, deben estar especializados en este te-

ma ya que las intervenciones del equipo terapéutico, para ser coordinadas, requieren un nivel de conocimientos en toxicomanías, una total comprensión y aceptación del paciente y unos niveles de comunicación coherentes.

E) Para aplicar la metodología del trabajo social en el campo de las drogodependencias se deben conjugar los siguientes conocimientos:

— Estudio teórico de las diferentes drogas (efectos, consecuencias, tolerancia, dependencia...).

— Conocimiento de la finalidad y funciones de los distintos centros especializados de atención a toxicómanos.

— Información sobre los diversos tratamientos de desintoxicación y rehabilitación.

— Desarrollo de técnicas de entrevista.

— Experiencia en dinámica de grupo.

— Utilización de técnicas de registro.

— Amplia información sobre recursos sociales comunitarios, en lo referido especialmente a:

- Ayudas económicas.
- Centros de formación y estudio.
- Servicios para la juventud.
- Cursos de formación laboral.
- Centros de orientación y asesoramiento legal.
- Bolsas de trabajo o cooperativas laborales.

BIBLIOGRAFIA

- COLEMAN, S.B., and DAVIS, D.I. (1978). «Family therapy and drug abuse: A national survey». *Process*, 17: pp. 21-29.
- DOLE, V.P., y NYSWANDER, M.E. (1980). «Methadone maintenance a theoretical perspective». *Halt inst. drug abusers monogr.*, 30: pp. 256-261.
- DURAN, A. (1985). «Centro Urbano (CURT): una experiencia de tratamiento individual y familiar». En: *Los municipios ante las drogodependencias*. Vigo. F.E.M.P., pp. 435-448.