

Aproximación a las funciones de los trabajadores sociales de los centros de atención a las drogodependencias

M.^a Jesús LOSADA GIL
Pedro MÁRQUEZ CAMPOS
Pilar SEBASTIÁN ESTEBARANZ*

RESUMEN

El documento "Las Funciones de los Trabajadores Sociales de los Centros de Atención a las Drogodependencias" surge de la necesidad de un grupo de profesionales de los Centros de Atención a las Drogodependencias (CAD), adscritos al Plan Municipal Contra las Drogas del Ayuntamiento de Madrid, de romper con la indefinición que frecuentemente rodea a la intervención en drogodependencias en el ámbito de lo social, ante la ausencia de formulaciones teóricas al respecto. Esta indefinición competencial tiene una doble dimensión: una, relativa al establecimiento de límites con respecto a las actuaciones que desarrollan otros profesionales de los equipos de los CAD; y una segunda, relativa a la delimitación de funciones entre los trabajadores sociales de éstos centros y de los servicios sociales generales.

El resultado de las reflexiones y debates que sobre su trabajo cotidiano realizaron los miembros del grupo de trabajo, constituido a este fin, ha permitido la elaboración de un repertorio de funciones relativas a una serie de áreas básicas de la intervención social en drogodependencias: el área de consumo de drogas, familiar, educativa, laboral, relacional y de ocupación del tiempo libre y jurídico-legal. El documento no pretende ser cerrado, sino una primera aproximación de las funciones de los trabajadores sociales de los CAD, que deberá ser enriquecido con las aportaciones de otros profesionales de los CAD, así como de los servicios sociales generales.

ABSTRACT

The functions of social workers in the Centers for Drug Addict support (CAD).

The document "Social Workers' functions in Drug dependence Attention Centers (DAC)" derives itself from the necessity of a group of professionals (dependent on the Anti-drugs Madrid Town Council Plan) to break with the lack of definition which frequently surrounds intervention in drug dependence in the social context, in the light of the absence of theoretical formulation in the matter. This lack of definition in the context of competence has a double dimension; the first one pertains to the setting of limits of actions which are developed by DAC staff, the second pertains to the delimitation of functions of social workers in these centres (DAC's) and in General Social Services.

The outcome of discussions and reflections about the nature of daily work, realized by a discussion group established for this purpose, elicited a compendium on functions relative to a series of basic intervention areas in drug dependence: drug abuse, family, educational, labour, relational, recreational and legal areas.

This document doesn't intend to settle the relevant issues, but to be a first approximation of social workers' functions in DAC's, which should be enriched with contributions from other DAC professionals as well as ones from General Social Services.

El análisis de las funciones de los trabajadores sociales en el campo de las drogodependencias va a estar condicionado por multitud de factores, que van desde los continuos cambios producidos en el contenido del Trabajo Social, al papel asignado a los servicios sociales especializados para la atención a las drogodependencias dentro de las redes de servicios sociales. Hay, no obstante, dos factores que de una manera más específica han influido en la actual configuración de las funciones de los profesionales del Trabajo Social que actúan en este campo:

a) La propia conceptualización de las drogodependencias o, si se prefiere, la evolución registrada en los modelos teóricos explicativos de las mismas.

b) Los cambios operados en las pautas de consumo de drogas en España y en el perfil de la población consumidora.

Respecto al primero de estos factores cabe señalar que, a medida que los enfoques teórico-conceptuales explicativos de las drogodependencias basados en la incidencia de un único factor (la disponibilidad de las sustancias, los efectos de éstas, determinadas deficiencias en la organización social, los déficits personales, etc.) fueron entrando en crisis, se fue estableciendo un amplio acuerdo entre los técnicos del sector acerca del carácter multicausal de las drogodependencias. Quedaba de ese modo abierto el camino para el establecimiento de un consenso generalizado en torno a lo que ha dado en llamarse Modelo Integrador o Biopsicosocial (SÁNCHEZ, L.,

1989:1-13). La aparición de este modelo, además de establecer la etiología pluricausal de las drogodependencias (explicable desde la interacción del conocido triángulo: individuo-sustancia-sociedad), permitió la revalorización de la esfera de lo social en la intervención en drogodependencias. De esta forma se popularizaron determinados postulados en la intervención, tales como la necesidad de que los tratamientos rehabilitadores incidan simultáneamente en las áreas psicológica, orgánica y social, o de que éstos se realicen de forma preferente en el medio social habitual de los sujetos afectados por el problema (prioridad de los tratamientos ambulatorios frente a los de tipo residencial), la importancia del trabajo con la familia, etc.

Pero si el Modelo Biopsicosocial contribuyó de manera fundamental a evidenciar el papel clave de la esfera de lo social en la intervención en drogodependencias (tanto en el plano preventivo como en el de la rehabilitación-reinserción) y en la necesidad de un abordaje interdisciplinar del fenómeno, no ha sido menor la influencia que la propia evolución de las pautas de consumo de drogas y de las características sociodemográficas de los consumidores han tenido en el quehacer cotidiano de los trabajadores sociales. Numerosas han sido las transformaciones acontecidas en los hábitos de consumo de drogas de la población española en los últimos años, entre las que podrían destacarse las siguientes (DGPNSD, 1993:9-44):

- El fuerte crecimiento del consumo de alcohol entre la población adolescente y juvenil.

- El descenso del consumo de los derivados del cánnabis, hachís fundamentalmente, droga desplazada por el alcohol entre las preferencias de los grupos de edades más jóvenes.
- La reducción del consumo de heroína, así como el progresivo deterioro de las condiciones socio-sanitarias de la población consumidora.
- El crecimiento de los consumos de cocaína y de las demandas asistenciales derivadas del mismo.
- La aparición de las denominadas drogas de diseño, cuyo consumo pese a ser minoritario se encuentra en una fase de fuerte crecimiento.
- La consolidación del fenómeno del policonsumo o ingesta simultánea de distintas drogas.

Estos cambios en las pautas de consumo de las diferentes drogas se han traducido en la modificación de las características de la población consumidora, de tal forma que en la actualidad coexisten perfiles diferenciales de drogodependientes. Entre estas transformaciones convendría destacar dos que van a tener especial trascendencia a la hora de definir las funciones de los trabajadores sociales en el campo de las drogodependencias:

- La reducción de la edad de inicio del consumo de las denominadas drogas legales, lo que viene a reforzar la prioridad del diseño de programas preventivos dirigidos a evitar y/o reducir el consumo de estas sustancias.
- El fuerte deterioro que en las condiciones sociosanitarias experimenta una parte significativa del colectivo drogodependiente, en especial los consumidores de heroína por vía intravenosa, consecuencia de largos años de

consumos de drogas. Esta circunstancia está haciendo modificar tanto el tipo de demandas que formulan los usuarios, como las estrategias y prioridades de los servicios asistenciales.

Precisamente el presente trabajo, resultado del esfuerzo colectivo de un grupo de trabajadores sociales del Plan Municipal contra las Drogas del Ayuntamiento de Madrid, pretende hacer una formulación que dé respuestas a las nuevas necesidades que plantea el colectivo drogodependiente.

El trabajo social en el ámbito de las drogodependencias

Marco teórico - conceptual.

El Trabajo Social debe ser entendido como una de las ciencias sociales que estudian, con métodos propios, distintos aspectos o facetas del hombre en cuanto ser que se relaciona con otros iguales en un conjunto organizado, es decir, en sociedad. Desde esta perspectiva, el Trabajo Social aborda el estudio e intervención de los problemas surgidos en la relación hombre/sociedad, en tanto en cuanto se producen desequilibrios o desajustes entre el individuo y su entorno social, entre sus necesidades sociales y los recursos con los que cuenta para cubrirlos.

El Trabajo Social, como profesión con entidad propia que ocupa un espacio en el esquema interdisciplinar, puede ser definido como aquella profesión dedicada al fomento del bienestar social del hombre, desarrollando y aplicando el saber científico relativo a las

actividades humanas y sociales en el ámbito de un sistema de recursos organizado que operativiza, con el objetivo de prever y superar situaciones de desigualdad y necesidad de individuos, grupos y comunidades en el marco de la promoción de la justicia social.

Ante las distintas situaciones de necesidad, desajustes y desequilibrios sociales, la actuación del Trabajador Social debe impulsar que las personas, familias y grupos desarrollen las correctas respuestas emocionales, intelectuales y sociales necesarias para aprovechar sus recursos y superar sus limitaciones. Nuestro objetivo es que las personas con problemas de drogodependencias y los que con ellos conviven, alcancen un grado de autonomía tal que les permita movilizar sus propios recursos, desarrollar una vida saludable y socialmente normalizada, siendo capaces de transformar activamente su realidad (ZAMANILLO, T. y GAITÁN, L., 1991:34-49).

En la mayoría de los casos no será posible emprender una recuperación y superación del problema sin que se produzca un progresivo cambio en los estilos de vida de la población atendida, lo cual implica realizar modificaciones en diferentes áreas de la vida del individuo, según el grado de deterioro que haya alcanzado en las mismas, manejando para ello los distintos recursos existentes, así como potenciando los propios del sujeto. 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.

Contexto en el que se enmarca el trabajo: el equipo interdisciplinar

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 (social, sanitaria, psicológica, ocupacional, etc.).

El trabajo en equipo, entendido como la integración de las funciones que desarrollan diferentes técnicos a través de un programa planificado que persigue objetivos concretos, vendrá facilitado por una serie de factores, tales como (SAN MARTÍN, H. y PASTOR, V., 1980: 202-232):

- El establecimiento de objetivos comunes para todos los integrantes del equipo.
- La existencia de un programa con funciones definidas y delimitadas para cada miembro del equipo.
- El establecimiento de canales de comunicación entre los miembros del equipo.

Desde la perspectiva biopsicosocial de las drogodependencias, en el equipo interdisciplinar todos los campos de intervención son igualmente importantes, independientes y complementarios. De hecho la interdisciplinariedad no es sino la participación democrática de los diferentes profesionales en el diseño y desarrollo de los programas a lle-

var a cabo con individuos, grupos o colectividades humanas. Asimismo, estos equipos suponen una descentralización importante y la devolución de gran parte de la capacidad de iniciativa al hábitat sociocomunitario, sujeto y objeto de sus servicios.

El marco profesional de referencia del que parte este documento son los equipos interdisciplinares de los CAD del Ayuntamiento de Madrid. Estos equipos están formados por los siguientes profesionales: médicos, trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales, enfermeros, auxiliares de clínica. Esta variedad de profesionales da cobertura a las diferentes áreas esenciales del drogodependiente a distintos niveles, individual, familiar, grupal y social, a través de la coherencia y complementariedad de todos los integrantes del equipo (PMCD, 1989:17-34). Es en este equipo interdisciplinar donde habrá que desarrollar las funciones generales del trabajo social que adquirirán contenidos concretos, acordes con la problemática que aborda.

Objetivos y Funciones Generales del Trabajo Social

El Trabajo Social como profesión cuenta con unos objetivos y unas funciones generales que se dirigen hacia la consecución de dos fines fundamentales:

- La implicación de políticas sociales (puesta en marcha de planes, programas y proyectos sociales).
- La dinamización de la vida social, participando y/o estimulando actuaciones administrativas, formativas y de promoción en la comunidad.

Los objetivos y funciones genera-

les tendentes a la consecución de estos fines podríamos resumirlos, en consecuencia con las resoluciones adoptadas por la Federación Internacional de Trabajadores Sociales, del siguiente modo:

Objetivos:

- Participar en el diseño y ejecución de las políticas sociales.
- Instrumentalizar y complementar su cuerpo teórico a partir de la práctica.
- Potenciar el ajuste dinámico entre demanda social y los recursos sociales fomentando las condiciones necesarias y posibles para ello.

Funciones:

- Función cognoscitiva, que nos lleva a conocer la realidad social con la que nos enfrentamos, a través de la investigación de causas y procesos de la misma, tanto a nivel macro como microsocial.
- Función preventiva, elaborando modelos de intervención que actúan precozmente sobre las causas generadoras de situaciones problema, y/o sobre los grupos de población afectados por dichas situaciones de riesgo.
- Función de atención directa, sobre individuos y grupos bajo los efectos de una problemática social concreta, desde la doble perspectiva asistencial y socioeducativa, desarrollando sus capacidades y facultades.
- Función gerencial, de administración y planificación de servicios sociales y sus actuaciones para lograr, desde criterios de eficacia y eficiencia, una correcta racionalización de los recursos sociales.
- Función de investigación y docencia, realizando desde la práctica una aportación teórica y formativa.

Estas funciones generales son las

que habrá que desarrollar en la práctica diaria, delimitando sus contenidos concretos en función del campo de actuación al que nos dirijamos; en el caso que nos ocupa, el campo de las drogodependencias y, en concreto, en la intervención directa con drogodependientes y sus familias en centros de atención especializados. En el campo de las drogodependencias se pueden diferenciar dos grandes ámbitos de actuación, desde los que extraer los contenidos de las funciones de los trabajadores sociales:

a) La atención directa a individuos con problemas de drogodependencia, a su familia o personas con las que conviven.

b) La participación en actuaciones que desde los equipos de intervención se desarrollan paralela o simultáneamente a la atención directa, intervenciones relativas a actividades de carácter preventivo y comunitario.

El presente documento se ceñirá exclusivamente al análisis del primer punto, esto es, a la reflexión en torno a los contenidos de las funciones del trabajador social en la atención directa a individuos con problemas de drogodependencia. Esta decisión no supone que se considere secundaria la participación de los trabajadores sociales de los centros de atención a las drogodependencias en el desarrollo de programas preventivos, sino que responde a una limitación de carácter temporal, que esperamos pueda ser atendida en un futuro inmediato.

Es preciso destacar, por otra parte, que muchos de estos contenidos son compartidos con los de otras profesiones integrantes del equipo, pero no por ello dejarán de ser contenidos

propios de las funciones de nuestra profesión. Se tratará por tanto de contenidos concurrentes y compatibles.

Para desgarnar dichos contenidos, y atendiendo a la experiencia de la práctica diaria, los hemos calificado en seis "**áreas de intervención**": consumo de Drogas, Familiar, Educativa, Laboral, Relacional y de Ocupación del Ocio y Tiempo Libre, Jurídico - Legal.

Funciones de los trabajadores sociales en las distintas áreas de intervención

Funciones en el Área de Consumo de Drogas

Nuestras funciones en éste área irían encaminadas en 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.

Funciones en el Área Familiar

La familia, como grupo socializador primario, actúa como modelo y grupo de referencia para el aprendizaje de conductas y el desarrollo integral de los miembros que la componen, influyendo en la configuración de la personalidad de cada uno de ellos, sus ideas, actividades, relaciones interpersonales, etc, siendo a la vez un componente básico de transmisión de valores sociales y culturales, creencias, tradiciones y comportamientos. Es por ello que, dentro de nuestras funciones, es fundamental el trabajo a realizar con el grupo familiar, marcándonos como objetivo fundamental conseguir su máximo nivel de implicación y participación activa a lo largo del tratamiento y el desarrollo de sus recursos y capacidades.

Entendemos a la familia (ANDOLFI, M., 1991:17-22) -y según la Teoría General de Sistemas- como un sistema abierto formado por unidades ligadas entre sí por medio de reglas de comportamiento y en continua relación para sí y con el exterior, con las siguientes características:

- La familia es un sistema en constante transformación, que se adapta a los distintos estadios de desarrollo (relación pareja, hijos, madurez ...) con necesidades de organización interna y externa. En ella se dan dos tipos de funciones: homeostáticas y de cambio o transformación.
- La familia es un sistema activo, que se autogobierna mediante reglas que se han ido estableciendo en el tiempo y que permiten que los individuos adquieran seguridad, sepan lo que se puede hacer y lo que no. El comportamiento de la familia se establece por reglas que rigen habitualmente en toda organización familiar: jerarquías de poder, reparto de roles, complementariedad de funciones, etc.
- La familia es un sistema abierto en relación con otros (escuela, barrio, lugar de trabajo, centros asociativos), y que mutuamente se condicionan.
- La familia es un sistema en el que se establecen unas relaciones afectivas, cuya peculiar forma va a incidir en las futuras relaciones que cada uno de los miembros establezcan con el exterior.

Tras esta visión general, pasaremos a señalar una serie de características de las familias que atendemos en los Centros de Atención a las Drogodependencias (CAD) dependientes del Ayuntamiento de Madrid.

La mayoría de estas familias, con motivo de la aparición del problema en su seno, tiende a constituirse en un sistema cerrado, dificultando el crecimiento de sus miembros y presentando un claro déficit a la hora de encontrar alternativas a la solución de sus problemas. Tienden a aislarse de su medio circundante, manteniendo una débil in-

teracción. En su interior hay pocas muestras de amistad o afecto, las relaciones se establecen en un ambiente de sospechas. No hay comunicación y, si la hay, se da en torno a órdenes que deben de ser cumplidas, con exigencias desproporcionadas, muchas veces descontextualizadas o en espacios o tiempos inoportunos.

Se generan interacciones rígidas, dando lugar a la aparición de rituales, mitos y secretos familiares. Aparece la pelea padre-madre por la no exigencia al hijo drogodependiente de responsabilidad y comportamiento adecuado; entre los sistemas filial y parental se cuestionan constantemente los aspectos o formas de vida de cada uno de los miembros, sin que se llegue nunca a ningún acuerdo del tipo de relación que se espera entre ellos.

Las familias presentan una serie de conflictos que cristalizan de tal forma que tienden a presentarse sistemáticamente, se presentan de la misma manera o en el mismo orden y tiempo. El drogodependiente genera un tipo de relación tal que, cuando la familia exige una solución inmediata y real al problema y aquél actúa o se muestra interesado en cambiar (asegurando, por ejemplo, que "no va a consumir jamás"), pronto opta por no apoyar la solución pedida o hacerlo de forma parcial, repitiéndose de nuevo el mismo patrón. Por ejemplo, se busca un centro de tratamiento, se logra convencer al drogodependiente, éste inicialmente cumple con las exigencias planteadas por la familia; pero a medida que el individuo cambia, la familia vuelve a no exigir (dada la "mejoría"), aquél reincide y el ciclo se perpetúa. Todo ello no

es más que una importante dificultad que tiene la familia para adaptarse al nuevo papel de la figura del drogodependiente cuando éste deja de serlo.

Desde nuestra práctica podemos señalar algunas características del sistema familiar disfuncional que contribuyen a la falta de crecimiento de sus miembros, a una rigidez y, por ende, a una incapacidad de facilitar una transformación:

- Falta de establecimiento de límites y normas claras o desacuerdo del sistema parental.
- Confusión en la autoridad, bien por exceso o defecto; padres excesivamente autoritarios e inflexibles o padres que se sienten "colegas" de sus hijos, sin ejercicio de su rol.
- Falta de comunicación. Dentro de estas familias no existe diálogo abierto para la resolución de problemas, bien porque nunca ha existido o porque se han aprendido formas de comunicación inadecuadas: discusiones, amenazas y descalificaciones continuas. En ocasiones la comunicación se establece entre algunos miembros de los diferentes subsistemas (madre e hijo, padre-hijo a través de la madre, etc.).
- Sentimiento de culpa. Los padres en su mayoría se sienten responsables de los éxitos o fracasos de sus hijos, lo que les lleva a que cuando aparece el problema de la drogodependencia en algunos de sus miembros se culpabilizan de los fallos que puedan haber tenido en la educación y se preguntan en qué pueden haber fallado. Esto les lleva a que sean ellos los que solicitan el tratamiento para el hijo, rogando o seduciéndole para que acepte dejarse "curar". Por este sentimiento de culpa

la familia suele centrar toda la atención sobre el hijo afectado, olvidándose del resto de los miembros, de su ocio, relaciones sociales, etc., manteniéndose unida la familia a través de lazos de dolor y culpabilidad.

- Por el contrario, nos encontramos con familias que no entienden, y menos aceptan, el problema de la drogadicción, bien por una falta de información de lo que representa el fenómeno, o bien por la angustia y el temor a enfrentarse con el problema.

Tras esto, podemos señalar ahora una serie de objetivos ante una intervención sobre el núcleo familiar:

1. Conocer la incidencia de los factores perturbadores que han descompensado el funcionamiento familiar (identidad, valores y mitos familiares; cambios en el ciclo familiar, capacidad de transformación-respuesta; mecanismos de retroacción social utilizados por algunos de sus miembros).

2. Crear un clima afectivo donde los límites y las normas son necesarios para el desarrollo de actitudes que les ayuden a superar sus frustraciones y desarrollar ideas propias, lograr la seguridad y autoconfianza necesarias para alcanzar su madurez e independencia.

3. Que la familia adquiera unos hábitos saludables que les permitan afrontar todas aquellas situaciones conflictivas que se les plantearán a lo largo de su vida, algunas de las cuales tienen que ver con el consumo de drogas.

En consecuencia con estos objetivos, pasamos a describir las funciones desarrolladas por los trabajadores sociales de los CAD en el área familiar, teniendo en cuenta que en el trata-

miento de las drogodependencias, la familia actúa como objeto de intervención y como agente terapéutico del proceso de rehabilitación. Las funciones las estructuramos en tres apartados, interrelacionados entre sí: funciones de conocimiento (necesarias para el estudio y diagnóstico de la situación familiar), de intervención concreta (como objeto y agente terapéutico) y aquellas de carácter normalizador.

a) **Funciones de conocimiento.**

- Elaboración de la historia socio-familiar para conocer su estructura y características. Dicha historia contribuirá a conocer el entorno familiar en que vive el toxicómano, el status social de la familia, etc.

- Es importante analizar cuándo y cómo los familiares han detectado el consumo de drogas.

- Conocer el posicionamiento de la familia ante la evidencia del consumo de drogas de alguno de sus miembros.

- Igualmente es conveniente analizar las alteraciones que existen en las relaciones familiares, pues son frecuentes las discusiones y enfrentamientos, prestando especial atención a los sentimientos de rechazo, de no refuerzo de conducta positiva, de autoculpabilidad.

- Asimismo, detectar los obstáculos familiares que impiden el crecimiento y desarrollo del drogodependiente: Padres alcohólicos o con trastornos psiquiátricos, Situación de indigencia y marginación familiar, Prostitución en el seno familiar, Actividades delictivas y/o tráfico de drogas, Existencia de otros miembros con problema de drogadicción.

- Evaluación de la situación familiar y

de los problemas existentes en sus relaciones.

b) Funciones de intervención.

La familia como objeto de intervención. La drogodependencia es un fenómeno que afecta, como hemos visto anteriormente, a todo el conjunto familiar; por tanto, es necesaria una intervención sobre todo el sistema.

- En primer lugar, informaremos de quiénes somos y cómo funcionamos, transmitiendo la gran importancia de la colaboración familiar en el tratamiento. Esta información tiene como fin que la familia ordene y clarifique el proceso terapéutico en el que se va a integrar, frenando a su vez la urgencia con la que suelen acudir, esperando soluciones rápidas y mágicas, haciéndoles ver que el tratamiento se va a desarrollar en el tiempo y con distintas fases de intervención.

- Informando de la globalidad del problema y de su pluricausalidad. Hay padres que intentan analizar qué factor familiar ha podido desencadenar la adicción de su hijo; otras veces la familia atribuye la causa únicamente a las amistades. Es necesario situarles en el momento presente y explicarles qué ha supuesto para el toxicómano estar en "el mundo de las drogas" y la gran variedad de factores de riesgo que han podido inducirles al consumo.

La familia como agente terapéutico. El grupo familiar cumple un papel muy importante, especialmente en los tratamientos urbanos de carácter ambulatorio; por ello nuestra intervención debe ir encaminada a dotarle de los conocimientos y habilidades necesarias para que con su actuación puedan colaborar y contribuir en el proceso tera-

péutico. O dicho de otra forma, que la familia pueda ser agente y motor de su propio cambio, ya que "un cambio en el sistema familiar puede ser el método más eficaz para cambiar al paciente" (COLETTI, M., 1987: 11-20).

- Informamos a la familia de lo que comporta el proceso terapéutico como tratamiento biopsicosocial. Para ello es importante que exista un compromiso de la familia y del toxicómano en el inicio del tratamiento, en cuanto a establecer unos acuerdos y pactos, y dedicar su esfuerzo a llevarlos a término. Nuestra actuación irá encaminada a que entiendan que es básica la motivación del toxicómano y su implicación en el proceso terapéutico: las soluciones no vienen del exterior, es el toxicómano fundamentalmente el que debe poner los medios para salir del problema, con independencia de los recursos que se le puedan facilitar.

- Posibilitar el aprendizaje de pautas terapéuticas y educativas que les ayuden en la relación familiar, mediante el establecimiento de normas (horarios, tareas domésticas, manejo de dinero, acompañamiento, comunicación entre el grupo familiar, etc.), la creación de un marco de contención externo, en cuanto a relación con otros sujetos o grupos de consumidores, el establecimiento de nuevos hábitos tanto familiares como relacionales que faciliten un nuevo estilo de vida, fomentando y reforzando todas aquellas actitudes y actuaciones positivas por parte de la familia que puedan ser modelo a seguir para los hijos y otras familias.

- Otra intervención importante con el grupo familiar sería aquella encaminada a promover la creación de grupos de

familiares de aquellos sujetos que abandonan el tratamiento o bien que no tienen deseo de abandonar la droga.

c) Funciones de carácter normalizador.

Considerando la familia como uno de los elementos claves en el proceso de reinserción, las funciones en esta etapa irán encaminadas hacia el logro de un triple y complementario objetivo:

- Romper el aislamiento familiar que suele llevar asociado la aparición de un problema de drogodependencia.
- Normalización de la dinámica familiar.
- Capacitación de la familia como agente normalizador.

Desde este encuadre podemos ir señalando distintas actuaciones:

- Ayudar a recuperar y restaurar hábitos familiares saludables: mejora de la comunicación y diálogo entre todos los miembros; lograr el interés por compartir tareas comunes y tiempo de ocio, etc.
- Aprender a identificar los distintos problemas que interactúan en el grupo familiar y lograr situar el problema de la drogodependencia en su justo punto: romper la focalización absoluta de las precauciones e intereses familiares entre el sujeto drogodependiente que hay en su seno.
- Posibilitar que familia y sujeto, que en la mayoría de los casos tienden a funcionar con exigencias y demandas desproporcionadas y fuera de la realidad, vayan elaborando objetivos y metas propias realistas, es decir, acordes con su situación en el aquí y el ahora, con los recursos y medios de que disponen.
- Interesar a los distintos miembros que componen el grupo familiar en otras actividades al margen de las propias

derivadas del proceso de tratamiento (contactos vecinales, actividades lúdicas, culturales y recreativas, asociacionismo, etc.).

- Que la familia entienda y apoye las actividades que ha de realizar el propio sujeto drogodependiente en las últimas fases de tratamiento, sin impedir u obstaculizar su proceso de independencia y maduración (control de miedos y angustias, fantasía de una recaída, asumir la pérdida del protagonismo familiar).

Pensemos que para la consecución de todo ello, es necesario que la familia empiece a adaptarse a una nueva exigencia: preocuparse por sí misma, como unidad global, para cumplir su rol de cauce y agente de normalización.

Funciones en el Área Educativa

El hecho de que el contacto de los consumidores con las drogas se produzcan mayoritariamente en edades tempranas, lleva asociado en un alto porcentaje de casos el fracaso o abandono de los estudios. Consecuentemente, nos encontramos en nuestro trabajo cómo muchos jóvenes que han interrumpido sus estudios en E.G.B., B.U.P. y Formación Profesional. Asimismo, hemos podido comprobar que en la mayor parte de las familias existe una baja sensibilización y una poca o nula estimulación hacia el estudio y la formación, bien porque la familia carece de ella o bien porque se prioriza la incorporación temprana a un trabajo (que en la mayoría de los casos es de escasa cualificación, cuando no directamente es de carácter marginal).

En este área nuestra intervención iría encaminada hacia:

- El conocimiento del nivel educativo y formativo obtenido: dificultades habidas, capacidades que presentaba, logros alcanzados, etc.
- Valoración de la posibilidad de reanudar una formación educativa y/o profesional reglada, estimulándoles y orientándoles hacia ello si así se considera necesario.
- Motivar al individuo por la realidad educativa y cultural, necesaria para comprender y participar de los acontecimientos de la comunidad en que habita.

Funciones en el Área Laboral

Una gran parte de los drogodependientes que atendemos suelen compaginar una actividad laboral, escasamente cualificada, con el consumo de drogas. Pero no podemos dejar de tener en cuenta que muchos jóvenes drogodependientes, por su edad de inicio en el consumo de drogas, jamás han realizado actividad laboral alguna e incluso, frecuentemente, no poseen ni siquiera los más mínimos conocimientos que les capaciten para ello. El paro y el ocio no deseado, junto a la falta de espacios comunitarios de interés, conlleva no sólo una carencia de medios económicos, sino una importante falta de expectativas, estímulos y motivaciones que van favoreciendo un progresivo deterioro de las habilidades personales, generando un caldo de cultivo adecuado para que se vayan conformando distintos tipos de conductas asociales y antisociales.

Paralelamente debe tenerse en cuenta que también en el medio laboral

se registran importantes niveles de consumos de drogas, actuando determinadas características del mismo como desencadenante, coadyuvante o modulador de estos consumos. Existen determinadas características ambientales y organizativas, en los procesos productivos que pueden favorecer los consumos de drogas (estrés, trabajos peligrosos, rotación horaria, condiciones climatológicas adversas, frustración profesional, inseguridad, etc.), por lo que debemos tener en cuenta para cada sujeto la relación existente entre el consumo de drogas y su realidad laboral.

Las funciones del Trabajador Social en este área irían encaminadas hacia:

- El conocimiento, estudio y valoración de su historia laboral y su situación actual. Es necesario conocer aspectos como la estabilidad laboral, incidentes habidos en el trabajo y su alcance, nivel de responsabilidad en el cumplimiento de las tareas (absentismo, dejación de deberes), cualificaciones laborales, intereses actuales de formación laboral, etc.
- Es importante, asimismo, valorar el papel que el trabajo cumple o puede cumplir en el desarrollo personal del individuo (independencia económica, integración social, autoestima, sentimiento de utilidad) y la funcionalidad que el individuo, como trabajador, tiene dentro de su núcleo familiar. Todo ello habrá que relacionarlo con la pertinencia o no de los trabajos a los que tenga o pueda tener acceso, en base a que puedan ser o no considerados como de alto riesgo o favorecedores del consumo.
- La valoración de la conveniencia o no de la incorporación del individuo al

mundo laboral o al mercado de trabajo en función del momento en que se encuentre en su proceso de rehabilitación. Esta valoración debe ser trasladada al individuo y su familia y comprendida adecuadamente por ellos, con el fin de evitar que éstos tomen decisiones (incorporaciones laborales precipitadas o selección de trabajos no convenientes) que puedan interferir negativamente en el tratamiento.

- La elaboración de un programa básico para la capacitación o incorporación laboral de aquellos casos en que, considerándose conveniente su incorporación al mundo laboral, el sujeto no disponga de expectativas ciertas o adecuadas de trabajo. Ese programa contemplaría a grandes rasgos y de forma muy general los siguientes aspectos:

- Orientación laboral básica hacia aquellos trabajos o actividades que se adecúen mejor a las necesidades y características del sujeto, siguiendo criterios realistas de idoneidad.

- Motivación del sujeto hacia la necesidad de una formación o capacitación laboral previa y orientada hacia el desempeño de un trabajo remunerado de carácter normalizado.

- Información y orientación (no gestión) hacia recursos prelaborales o laborales existentes, estimulando y facilitando su inclusión en ellos (talleres prelaborales, cursos del INEM, cursos del Instituto Municipal para el Empleo y la Formación Empresarial, cursos de habilidades sociales y búsqueda de empleo, etc.).

- Seguimiento de la evolución del sujeto en su reincorporación a una vida social activa.

Funciones en el Área Relacional y de Ocupación del Ocio y el Tiempo Libre

Un número muy importante de los adolescentes y jóvenes hacen de la calle un punto de encuentro fundamental. En ella se relacionan con sus iguales, se divierten o simplemente dejan pasar el tiempo. También en la calle hacen frente a los conflictos familiares, a las dificultades económicas y de todo tipo que representa el enfrentarse a la vida de los adultos, y en ella también tienen lugar los primeros contactos con las drogas.

La calle es también el lugar de encuentro con el grupo de amigos, y es en el grupo donde se ha iniciado los primeros consumos de drogas, facilitados por la presión que éste ejerce sobre sus integrantes (COMAS, D., 1992: 45-59), y desde donde se perpetúa su consumo. Pero lo que en un principio se muestra o vive el individuo como elemento "facilitador" de relaciones sociales (facilita el sentimiento de pertenencia a grupo o el sentirse "algo" en el grupo), se vuelve pronto como elemento inhibitor en cuanto a las potencialidades del individuo para relacionarse con el exterior y desarrollarse en él. A menudo observamos entre los usuarios atendidos como cuanto mayor es el tiempo de consumo, mayor es el proceso de aislamiento y de deterioro de las capacidades personales, fundamentalmente en el aspecto relacional (tanto en el marco familiar, laboral o de amistades), produciéndose un profundo empobrecimiento en las capacidades de comunicación, tanto verbal como de sentimientos y afectos.

Paralelamente, se aprecia un profundo desconocimiento en cuanto a cómo utilizar de una forma positiva, creativa y enriquecedora el tiempo de ocio, que se concibe casi exclusivamente como espacio para la diversión. La diversión se va a identificar con un "estado de descontrol" que va a obtenerse fácilmente a través del consumo de sustancias. Divertirse es "colocarse" y si uno no se "coloca" difícilmente puede divertirse. De este modo, diversión-descontrol-consumo de drogas aparece como una triada difícil de romper.

Desde el quehacer diario observamos que los usuarios con los que trabajamos, ya en sus etapas críticas de adolescencia, presentan un gran vacío en cuanto a actividades de ocio. Tanto en su familia como fuera de ella, se han potenciado poco las actividades recreativas, el fomento de aficiones y lo que es peor, no se aprecia la importancia que ello puede tener en la vida de una persona. El disfrute del ocio y el tiempo libre queda focalizado en pasar el tiempo en lugares y ambientes que son propensos a la monotonía y pasividad, escasos de creatividad. Es en estos ambientes también donde hay mayor proclividad al consumo de drogas.

Un número importante de los drogodependientes que atendemos presentan una antigüedad y un nivel en su historia de consumo parejo a un proceso de marginación ampliamente desarrollado, presentando, tanto ellos como sus familias, serias dificultades y carencias relacionales a todos los niveles, así como una importante desestructuración personal, un alto umbral de frustración y una pérdida de autoestima. Con ello, los individuos han de

enfrentarse a lo que denominamos "cambio de estilo de vida" y ello en un contexto sociocultural no ajeno al etiquetaje y al rechazo social.

La decisión de abandonar el consumo de drogas impone adoptar importantes cambios en el tipo de vida que realiza el drogodependiente: en las formas con que uno se relaciona, en las personas con quienes mantiene contacto, en los ambientes que se frecuentan, en las actividades que se realizan. Todo ello, con el objetivo de que paralela y progresivamente se vayan produciendo cambios internos y de actitudes más profundas. Por esta razón la intervención en este área es de suma importancia, ya que va a suponer el favorecer una "resocialización", el ir reconstruyendo un mundo de relaciones y un disfrute del ocio y el tiempo libre nuevo y diferente, al margen de conductas directamente asociadas al consumo de drogas. Las funciones y medidas a desarrollar en este área irían encaminadas a fundamentar el proceso de incorporación progresiva a un nuevo estilo de vida y a lo que venimos en llamar proceso de reinserción social. Así podemos destacar:

- Conocimiento y análisis del individuo en lo que respecta a sus relaciones sociales (grupos de amigos, familia, escuela, trabajo, barrio). Se trata de ver si tuvo grupo de amigos o si lo tiene, el consumo de drogas en el grupo, las actividades principales de su grupo de amigos, con su pareja, etc. Analizar cómo son las relaciones del individuo y su familia con el entorno comunitario, si conocen y usan los recursos de zona, si mantienen relaciones sociales y vecinales, si participan o han participado

en actividades asociativas, etc. Asimismo, es importante conocer cuáles han sido y son las aficiones e intereses del usuario, así como en qué emplea él y las personas con quienes convive su tiempo libre.

- Conocer los recursos, dispositivos y actividades que puedan cumplir un papel importante en esta área, con el fin de poder establecer los cauces adecuados de relación entre estos y nuestros usuarios.

- Sensibilizar, modificar y favorecer el abandono del ambiente y círculos de amistades relacionados con el consumo de drogas, estimulando los canales y actividades que puedan favorecer el conocimiento de nuevas personas o la reanudación de amistades abandonadas y que estén al margen del consumo.

- Sensibilizar a la familia y procurar cambios de actitudes en ésta frente al miembro drogodependiente, entrenándoles en la apreciación de sus cambios, valorando sus transformaciones y estimulándoles a la asunción de nuevas responsabilidades, favoreciendo así una elevación de su nivel de autoestima.

- Propiciar el desarrollo de determinadas habilidades de comunicación (diálogo, escucha) y de toma de decisiones propias y autónomas frente a la presión social de grupo (saber decir que no, mantener sus criterios de abstinencia frente a otros, etc.).

- Sensibilización sobre la importancia de disponer de una ocupación creativa del tiempo libre individual y familiar, dando pautas sobre ello y ayudando a organizar y programar el tiempo libre del drogodependiente y su familia. Se

trata de hacer uso de alternativas de ocio, de actividades lúdicas y creativas que potencien y enriquezcan el mundo de relaciones y el desarrollo personal.

- Estimular y facilitar el ingreso de la población atendida en recursos normalizados.

- Establecer cauces de coordinación con los recursos y personal voluntario que de forma más o menos asidua, pueden colaborar en esta área.

Todas estas funciones tendrían como objetivo final la creación de una nueva red de relaciones sociales y la progresiva instauración de un nuevo estilo de vida.

Funciones en el Área Jurídico-Legal

El consumo abusivo de drogas aparece asociado con relativa frecuencia a la comisión de actividades delictivas. La necesidad de financiar consumos cada vez más importantes de sustancias con un elevado precio en el mercado determina que un elevado porcentaje de usuarios atendidos en los servicios asistenciales presenten alguna incidencia de carácter legal -un 48 % en el caso de la red asistencial dependiente del Ayuntamiento de Madrid- (PMCD, 1994: 81). En general, se trata de delitos contra la propiedad, hurto, robos con intimidación, etc.; o por tráfico de drogas a pequeña escala, en los que el drogodependiente pasa a convertirse en traficante/distribuidor, con el fin de financiarse su propio consumo.

Hoy existe la filosofía ampliamente aceptada de que a aquellos drogodependientes que tienen problemas

con la justicia se les faciliten los medios para intentar llevar a cabo un proceso de rehabilitación, tratando de evitar especialmente que aquél que ingrese en prisión agudice su deterioro y proceso de marginación. En la práctica podemos detectar algunas dificultades para llevar a cabo esta filosofía:

- A veces las posibilidades reales que existen para favorecer la rehabilitación de los penados se reducen, ante la ausencia de permisos para realizar tratamiento fuera de la cárcel.
- Inquietud por la lentitud de los procesos judiciales, lo que perjudica seriamente a aquellos drogodependientes que están en proceso de rehabilitación y también indirectamente a aquellos otros que, al haber acumulado varios delitos, no pueden acogerse, por reincidencia, al beneficio de la remisión condicional de la pena.
- Necesidad de regular la sustitución de la prisión preventiva por el ingreso en un centro de rehabilitación (computando el tiempo a efectos de cumplimiento de la condena), tal como está regulado para los penados de tercer grado, que así consiguen el cumplimiento de la pena en instituciones extrapenitenciarias adecuadas.
- Necesidad de ajustar las actuaciones terapéuticas a los penados, lo que exigiría entre otras cosas: la homologación de los tratamientos alternativos, la acreditación de los centros de tratamiento donde pudieran desarrollarse éstos y el establecimiento de cauces adecuados de información y coordinación entre las instituciones judiciales y penitenciarias y los centros de tratamiento.
- Dudas sobre la incidencia que en la

evolución de un tratamiento puede tener el carácter realmente coercitivo de éste, ya que su abandono le conduce irremediamente al cumplimiento de la pena en un centro penitenciario. Ahora bien, el hecho de que el sujeto no acuda de una forma voluntaria al tratamiento no nos debe hacer pensar que esté llamado irremediamente al fracaso, puesto que cubre como tal necesidades reales del individuo drogodependiente que seguramente no cubriría el centro penitenciario.

- Por último, señalar que tanto las instancias judiciales, como las propias familias e incluso los drogodependientes, tienden a ver como únicos centros alternativos a la prisión aquellos que tienen la característica de ser de régimen cerrado (Comunidades Terapéuticas), sin valorar suficientemente el papel de los centros de tratamiento de medio urbano.

Por regla general los casos más comunes con problemas legales que acuden a los CAD son:

- Personas con juicios pendientes que se encuentran en libertad provisional.
- Personas con remisión condicional de la pena (Art. 93 bis del Código Penal).
- Penados clasificados en tercer grado (Art. 57.1 RD de 26 de Marzo de 1984).
- Personas que han sido detenidas y no han sido encausadas, que son derivadas por los equipos de asesoramiento en drogodependencias de los Juzgados.
- Cumplimiento sustitutorio de pena en centro de tratamiento alternativo a la prisión (Arts. 8.1. y 9.1. del Código Penal).
- Los beneficiarios del Art. 60 del Reglamento de Instituciones Penitencia-

rias (enfermos terminales de SIDA que se encontraban cumpliendo condena).

El contenido de las funciones de este área sería el siguiente:

- Conocimiento de la organización judicial, legislación y reglamento penitenciario relacionados con la problemática de drogodependencias.
- Conocimiento y coordinación de los recursos externos relacionados con esta problemática: departamentos de Trabajo Social Penitenciario, comisiones de Asistencia Social, programas de Intervención en los Juzgados de Guardias, comisiones de clasificación, equipos de tratamiento de toxicomanías penitenciarios, etc.
- Valorar la incidencia que su situación jurídico-penal tiene sobre su motivación frente al inicio del tratamiento y su posterior desarrollo.
- Informar y poner en contacto a las familias con los recursos externos especializados para su orientación y asesoramiento.
- Facilitar pautas a la familia en su relación con el drogodependiente interno en prisión, y preparar el retorno al medio familiar y social cuando se produzca la situación de libertad.

Bibliografía

- ANDOLFI, M. (1991). *Terapia Familiar. Un enfoque Interaccional*. Madrid: Paidós.
- COLETTI, M. (1987). "Teoría y Epistemología del Tratamiento. Relación de las Toxicodependencias". COMUNIDAD Y DROGAS, Monografía n.º 1, 11-20.
- COMAS ARNAU, D. (1992). *Las Drogas. Guía para mediadores juveniles*. Madrid: Instituto de la Juventud.
- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (1993). *Informe de Situación y Memoria de Actividades 1992*. Madrid: M.º de Sanidad y Consumo.
- PLAN MUNICIPAL CONTRA LAS DROGAS (1994). *Memoria 1993*. Madrid: Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid.
- PLAN MUNICIPAL CONTRA LAS DROGAS (1989). *Documento Marco de Atención a las Drogodependencias*. Madrid: Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid.
- SAN MARTÍN, H y PASTOR, V. (1980). *Salud Comunitaria. Teoría y Práctica*. Madrid: Díaz de Santos.
- SÁNCHEZ, L. (1989). "Drogodependencias y Trabajo Social". *ESLABÓN* n.º 7, 1-13.
- ZAMANILLO, T y GAITAN, L. (1991). *Para comprender el Trabajo Social*. Navarra: Verbo Divino.

* Este trabajo ha sido realizado con la colaboración de los siguientes miembros de los CAD: M.ª Herminia López López, Manuela Delgado Muñoz, Pedro Márquez Campos, M.ª Jesús Losada Gil, M.ª José Hernández Castaño, M.ª Ángeles Asenjo Cordero, Rosario Robleño Guerrero, Julia M.ª Gómez Mirón, Lucía Pamo Díaz, Rosario García Natal, Pilar Sebastián Estebaranz, M.ª Luz Arribas Arbiol; ha sido coordinado por Lorenzo Sánchez Pardo (Asesor Técnico del Departamento del Plan Municipal contra las Drogas); ha sido redactado por las firmantes del artículo.

M.ª Jesús LOSADA GIL
Pedro MÁRQUEZ CAMPOS
Pilar SEBASTIÁN ESTEBARANZ