

# La intervención asistencial en drogodependencias desde los servicios sociales generales

Lorenzo SÁNCHEZ PARDO

## RESUMEN

*El artículo analiza las razones que explican el escaso protagonismo de los servicios sociales generales en los programas que se desarrollan para la atención al colectivo drogodependiente (apuesta por la creación de redes específicas y vinculación de las mismas a estructuras sanitarias), así como las funciones que a los mismos se le asignan en el contexto de las redes asistenciales específicas para drogodependientes.*

*A fin de propiciar una mayor participación de los servicios sociales generales en las políticas asistenciales, acorde con la gran importancia que la esfera de lo social tiene tanto en la génesis del problema, como en los efectos derivados de los consumos abusivos de drogas, se formulan una serie de propuestas de actuación a asumir por éstos en relación al desarrollo de programas de rehabilitación, relativas a la detección precoz del problema y/o captación de usuarios, la motivación de los drogodependientes para su incorporación a algún tratamiento rehabilitador, la derivación a los centros especializados, la realización de actividades de apoyo al tratamiento y la recaptación de usuarios que hayan abandonado el tratamiento.*

*Finalmente se analiza el rol de los servicios sociales en los procesos de inserción social del colectivo drogodependiente, procurando una conceptualización operativa de estos procesos y definiendo un catálogo de posibles actividades a llevar a cabo, agrupadas en cuatro áreas de intervención: relacional, ocio y tiempo libre, formativo-ocupacional y familiar.*

## ABSTRACT

*General Social Services and their role in the treatment of drug addicts.*

*This article analyses the reason why General Social Services have so little involvement in programmes developed for the treatment of drug addicts (it postulates the creation of specific networks and the relationship between them and sanitary structures), as well as functions assigned in the context of specific aid networks for drug addicts. In order to promote a bigger participation of General Social Services in aid policies, in agreement with the role of the social environment as the cause and the context of the effects of abusive consumption, several proposals are formulated. These proposals pertain to actions to be assumed by General Social Services in the development of rehabilitation programmes. They are concerned with the early detection of the problem and/or the search of users; motivating drug addicts to gain treatment; the derivation of specialist services; the realization of support services for treatment and the search of users who have quitted treatment.*

*Finally, the role of General Social Services is analyzed in terms of social insertion processes of the drug addict collective, attempting to operationalize these processes and defining a catalogue of possible activities to be realized; conceptualized in four intervention areas: relational, leisure and spare-time, formative-occupational and family.*

**N**uestro país conoció durante las décadas de los setenta y ochenta un rápido crecimiento de los consumos de drogas, propiciado por dos factores fundamentales que contribuyeron a la generalización de las conductas de uso y abuso de drogas:

- La irrupción de nuevas drogas en nuestro contexto cultural como el hachís, la heroína, la cocaína y más tarde las denominadas drogas sintéticas o de diseño (MDMA o éxtasis, speed, etc).
- La incorporación de nuevos grupos sociales, fundamentalmente jóvenes y mujeres, al consumo de drogas como el alcohol y el tabaco, cuyo consumo estaba bastante generalizado en la sociedad española entre la población adulta masculina.

A medida que los efectos negativos asociados a los consumos de las drogas ilícitas fueron haciéndose más evidentes (involucración de drogodependientes en la comisión de actos delictivos, asociación de determinadas enfermedades como la hepatitis o el SIDA al consumo de drogas por vía intravenosa, situaciones de marginación social: desarraigo familiar, transeuntismo, prostitución, etc) crece la alarma social provocada por el fenómeno, hasta tal punto que el problema de las drogas ha terminado por convertirse en uno de los principales puntos de preocupación de la sociedad española, puesto que las drogas son en la actualidad, tras el desempleo, el principal problema para la mayoría de los españoles (CIS, 1994). La alarma social provocada, unida al importante eco que el mismo alcanzó en los medios de comunicación, determinaron que el problema de las drogas alcanzara una gran rele-

vancia a nivel político, lo que se traduciría más tarde en que las instituciones públicas destinaran importantes recursos financieros y humanos para la creación de redes y servicios asistenciales, y en menor medida a la puesta en marcha de programas preventivos.

A pesar de la importancia que adquirió el fenómeno de las drogodependencias, y de la evidente dimensión social de muchos de los factores explicativos de los consumos de drogas y de los efectos asociados a los mismos, resulta paradójico el escaso protagonismo que los servicios sociales tienen en las políticas preventivas y asistenciales desarrolladas en el campo de las drogodependencias. Son diversas las razones que explican esta situación, entre las cuales destaca el hecho de que las respuestas asistenciales y preventivas descansaran en redes y servicios creados exclusivamente al efecto (apuesta por la especificidad) y que en gran número de casos se vincularon a estructuras sanitarias dependientes mayoritariamente de la Administración Autonómica (centralización administrativa a nivel de comunidad autónoma).

Si bien es cierto que la apuesta por la creación de redes específicas dificultó un mayor protagonismo de los servicios sociales en este ámbito, debe también señalarse que salvo honrosas excepciones tampoco éste se ha reivindicado por parte de los profesionales del Trabajo Social. Las dificultades que para muchos profesionales suponía el abordaje de un problema nuevo, frente al que no se habían desarrollado estrategias de intervención efectivas, unido a la sobrecarga de trabajo a la que tenían que hacer frente numerosos

servicios sociales, acabaron propiciando la inhibición de estos últimos; convencidos de que no tenía sentido mantener su intervención cuando existían unos servicios especializados con mayor dotación de recursos humanos.

A medida que la percepción social del fenómeno drogas comienza a normalizarse, empieza a plantearse la necesidad de conseguir un mayor grado de implicación y compromiso de las redes normalizadas (servicios de salud, servicios sociales, empleo, etc.) en los programas diseñados para la atención de este colectivo. Hoy, de hecho, el conseguir la participación de los servicios sociales se configura como un objetivo básico de todas las instituciones con responsabilidades en este ámbito (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, planes regionales sobre drogas y planes municipales sobre drogas), asignando a los mismos un papel relativamente secundario que podía resumirse como el de "colaboración en el desarrollo de programas de prevención y reinserción". Debe quedar por tanto claro que la participación de los servicios sociales en el desarrollo de las estrategias preventivas y asistenciales es en gran medida una exigencia de carácter técnico planteada desde las propias estructuras y servicios especializados.

Sea como fuere, lo cierto es que en estos momentos existen las circunstancias, tanto técnicas como administrativas, para propiciar una mayor implicación de los servicios sociales en el ámbito del que venimos ocupándonos. Precisamente a intentar definir posibles espacios de trabajo conjunto entre los servicios generales y especializados se dirigen los siguientes apartados, que a

efectos meramente expositivos clasificaremos en dos grandes categorías: a) La participación de los servicios sociales en los programas de rehabilitación, y b) Los servicios sociales como instrumentos de apoyo a los procesos de inserción social del colectivo drogodependiente.

### ***La organización de los recursos para la atención a las drogodependencias***

Antes de analizar las posibles actuaciones a desarrollar desde los servicios sociales en los dos niveles citados anteriormente, conviene tener presente cuál es el marco institucional en el que van a producirse éstas. En este sentido debe tenerse presente que los servicios especializados para la atención a las drogodependencias existentes en España dependen en la mayoría de los casos de las comunidades autónomas y, en menor medida, de grandes municipios que han creado unas estructuras administrativas denominadas respectivamente Planes Regionales y Municipales Sobre Drogas. A estos servicios adscritos a instituciones públicas habría que sumar aquellos dependientes de diferentes organizaciones no gubernamentales (Proyecto Hombre, Cruz Roja Española, etc.).

La enorme heterogeneidad de características y situaciones personales y sociales que se esconden tras lo que genéricamente denominamos como población drogodependiente (difieren el tipo de drogas consumidas, su frecuencia, las vías de administración, los contextos personales y sociales de los consumos, los efectos derivados, etc),

ha obligado a las instituciones con responsabilidades en este ámbito a crear redes amplias y diversificadas de recursos, a fin de poder adaptar las respuestas asistenciales a las peculiaridades de cada sujeto. Por ello, las redes de atención a las drogodependencias integran habitualmente numerosos recursos, tanto generales como especializados (centros ambulatorios de atención a las drogodependencias, centros de día, comunidades terapéuticas, unidades hospitalarias de desintoxicación, pi-

sos de reinserción, programas de mantenimiento con metadona, programas de intercambio de jeringuillas, etc).

Desde la perspectiva de la planificación asistencial, el conjunto de recursos y servicios que integran estas redes suele clasificarse en tres grandes categorías o niveles, siendo las funciones que en general se asignan a cada uno de los niveles tradicionales de la planificación asistencial los que aparecen en el cuadro 1 (SÁNCHEZ, L., y MATELLANES, M., 1993:127-140).

**Cuadro 1.**  
**Funciones y niveles**

<p><b>A) NIVEL PRIMARIO</b> - Servicios de salud de atención primaria. - Servicios sociales generales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Actúan como puerta de acceso a la red asistencial.</li> <li>* Detectan la existencia de problemas relacionados con el consumo de drogas, derivando los mismos a los servicios especializados.</li> <li>* Prestan información y asesoramiento básico a las personas y familiares con problemas de drogas.</li> <li>* Motivan al tratamiento.</li> <li>* Atienden la problemática orgánica y social asociada al consumo.</li> <li>* Actúan como puerta de salida de la red.</li> </ul>
<p><b>B) NIVEL SECUNDARIO</b> - Recursos especializados de carácter polivalente (centros ambulatorios).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Diagnóstico, evaluación y tratamiento de las drogodependencias.</li> <li>* Actúan como centros de referencia de la red asistencial, coordinando las actuaciones de los diferentes servicios que intervienen en el proceso rehabilitador. ..</li> <li>* Derivan a los usuarios a servicios con mayor grado de especialización (de tercer nivel) cuando precisan una atención que no pueden dispensar ellos.</li> <li>* Participan junto con los recursos del nivel primario en el desarrollo de programas de prevención y reinserción.</li> </ul>
<p><b>C) NIVEL TERCIARIO (*)</b> - Recursos altamente especializados no polivalentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Prestan una atención altamente especializada, durante un período de tiempo limitado.</li> <li>* Derivan los sujetos atendidos al dispositivo de referencia una vez que cesa su intervención.</li> </ul>

(\*) Comunidades terapéuticas, unidades de desintoxicación hospitalaria, centros de día, pisos de reinserción, programas de mantenimiento con metadona, etc.

Las funciones que, desde la óptica de las redes de atención a las drogodependencias, deben asumir los servicios sociales generales podrían sintetizarse del siguiente modo:

1. Detección de problemas de dependencia a diferentes drogas (captación de usuarios).

2. Motivación a los drogodependientes para el inicio de tratamientos.

3. Información sobre las alternativas asistenciales existentes, así como de las características generales y niveles de exigencias de cada una de ellas.

4. Derivación de drogodependientes a los servicios especializados para su tratamiento.

5. Intervención sobre los problemas sociales asociados a las drogodependencias.

6. Desarrollo de programas y actividades no específicas para drogodependientes, tendientes a apoyar los procesos de inserción social de los sujetos que lo requieran.

### ***La participación de los servicios sociales en los programas de rehabilitación***

#### ***La captación de usuarios***

Una de las grandes prioridades que actualmente se plantean las diferentes redes asistenciales es la de la captación de los potenciales usuarios de las mismas. De hecho, un porcentaje importante de drogodependientes españoles no está en contacto con nin-

gún servicio asistencial especializado en el tratamiento de las drogodependencias, bien porque los sujetos no se autorreconocen como tales y por tanto no formulan demandas de tratamiento, bien porque su nivel de deterioro personal y social (consecuencia de largos años de consumo de drogas) se lo impide, al haber desarrollado unos estilos de vida claramente identificados con la marginación social. Y es precisamente en esta labor de detección del problema y de captación de usuarios donde los servicios sociales pueden jugar un papel relevante:

- En el caso de los consumidores de drogas que no se reconocen como drogodependientes, porque la detección e intervención precoz sobre el problema harán que mejoren sustancialmente las perspectivas de éxito de los tratamientos rehabilitadores. Dicho de otro modo, cuanto más larga sea la historia de consumo de un sujeto más difícil va a ser su recuperación, al contar con menos recursos personales, familiares y sociales, puesto que, con frecuencia, además de la drogodependencia deberá hacer frente a otros graves problemas (deterioro orgánico, trastornos psicológicos, desarraigo familiar, desempleo, problemas legales, etc).

- En el segundo supuesto, porque a pesar de que se están realizando esfuerzos importantes en la puesta en marcha de programas y servicios de baja exigencia que faciliten el contacto con estos drogodependientes (servicios móviles que distribuyen jeringuillas o preservativos en áreas geográficas en las que se concentran consumidores de drogas, programas de sustitutivos de metadona-, centros de contacto y

atención sociosanitaria que brindan a los consumidores de drogas servicios básicos como curas, vacunas, alimentación básica, intercambio de jeringuillas, etc), sigue siendo fundamental la creación de espacios que permitan la intervención con este sector del colectivo drogodependiente, que conviene recordar que es precisamente es el más necesitado de atención.

Si bien la mayor parte de los centros específicos de tratamiento de las drogodependencias contempla la posibilidad de acceso directo de los usuarios a los mismos, es bastante frecuente que los servicios sociales mantengan contactos con esta población o con sus familiares. Son numerosos los motivos por los cuales puede producirse este contacto y que podríamos agrupar en dos grandes categorías:

a) Demandas directamente relacionadas con el problema de drogodependencia.

Cuando el drogodependiente y/o su familia reconocen expresamente el problema, es habitual que planteen a los servicios sociales demandas del siguiente tipo:

- Solicitud de información, orientación y asesoramiento respecto a las posibles soluciones al problema. Los usuarios querrán saber fundamentalmente dos cosas: ¿qué recursos existen para solucionar el problema? y ¿cómo hay que actuar frente al problema?

- Solicitud de ayudas para posibilitar el desarrollo de alguna intervención sobre el problema establecida previamente:

- Ayuda económica para sufragar los gastos derivados de la estancia o tratamiento en algún dispositivo asistencial de titularidad privada.

- Ayudas para el mantenimiento general del hogar, en especial cuando el drogodependiente que está sometiéndose a tratamiento, o que va a iniciar éste, era el principal soporte económico de la familia.

- Peticiones para que algún voluntario realice tareas de acompañamiento durante determinadas fases del tratamiento.

- Demandas dirigidas a conseguir una alternativa convivencial, formuladas por sujetos con un importante deterioro físico y social, que han sido expulsados del domicilio familiar y carecen de alojamiento, etc. Son casos con un nulo soporte sociofamiliar externo, donde habrá que gestionar su estancia en algún alojamiento alternativo (centros de acogida), siempre condicionada al inicio de un tratamiento adaptado a sus características biopsicosociales del sujeto.

- b) Demandas que se presentan como ajenas o independientes a la drogodependencia, pero que tienen una importante relación con ésta.

En ocasiones van a acudir a los Centros de Servicios Sociales personas que solicitan un conjunto de ayudas o prestaciones (prestaciones de los programas de rentas mínimas, adopción de medidas de protección sobre menores en situación de desamparo, vivienda, orientación legal para iniciar trámites de separación, becas de comedor o guardería, etc) por estar viviendo una situación sociofamiliar precaria. A lo largo de estos contactos los profesionales de los servicios sociales podrán detectar que la situación que motiva estas peticiones está íntimamente relacionada con la presencia, en

el núcleo familiar, de algún miembro drogodependiente.

**Motivación para la incorporación del drogodependiente a los servicios especializados**

La detección del problema o la recepción de demandas expresas de orientación ante el mismo constituyen, a juicio de los especialistas en el campo de las drogodependencias, un momento clave en la posible intervención a desarrollar con un drogodependiente. De cómo se actúe en estos contactos va a depender en numerosos casos que el drogodependiente se vincule o no a un proceso terapéutico. Es por tanto necesario tener presente los siguientes criterios (CARRÓN, J. y SÁNCHEZ, L., 1994):

a) Debe crearse un clima adecuado, donde puedan expresarse confiadamente, que les ayude a exponer su problema y a establecer una relación empática, básica no sólo a la hora de recoger información, sino también a la hora de realizar una devolución del criterio del profesional frente a la demanda formulada. Para conseguirlo debe mostrarse una actitud abierta, de escucha y disponibilidad, de la que se deduzca que todo lo que nos van a decir es suficientemente importante.

b) Deben servir para recabar una información precisa, que en los primeros contactos será la estrictamente necesaria para permitir clarificar y centrar la demanda formulada, así como una correcta devolución de ésta. Esta recogida de información debe dirigirse hacia:

- El conocimiento del nivel de motiva-

ción real del usuario para iniciar un tratamiento rehabilitador.

- Las dimensiones del problema; esto es, conocer cómo se vive el problema, qué consecuencias acarrea actualmente y cuales se prevén para el futuro.
- Las actitudes que tanto el drogodependiente como su familia muestran frente al problema y sus posibles soluciones.

c) Valorar y hacer una primera interpretación de la situación. Esta primera valoración de la demanda debe permitir al profesional:

- Jerarquizar los problemas y necesidades.
- Esbozar las primeras intervenciones a llevar a cabo (derivación a un centro especializado, etc).

d) Realizar la devolución de la demanda, que tendrá por objetivo la orientación de la misma y/o su reconducción. La devolución debe ser clara, precisa y acorde con la problemática empleada, no se limitará a dar datos u opiniones, sino a orientarlos y resolver posibles dudas. Debe servir además para orientar las acciones a seguir, en especial respecto a qué centro deben dirigirse.

En algunos casos, y a pesar de los esfuerzos realizados para motivar el inicio de un tratamiento rehabilitador, el drogodependiente se puede negar a acudir a un centro de atención especializado, si bien mantiene un contacto más o menos regular con los servicios sociales. En este supuesto los servicios sociales, al igual que lo hacen con otro tipo de problemáticas, deberán procurar un intervención lo más integral posible de manera que, a la vez que atienden las demandas explícitas y latentes

que les son formuladas, traten de encauzar correctamente la resolución de la dependencia hacia ciertas drogas que presenten los miembros de las unidades familiares sobre las que actúan.

Por tanto, todos los contactos que se mantengan con el drogodependiente o con sus familiares deben ser aprovechados para establecer cauces que propicien el inicio de un tratamiento rehabilitador, bien facilitando pautas a los familiares para motivar al drogodependiente, bien condicionando la concesión de determinadas prestaciones. Es importante destacar que el mero hecho de mantener un seguimiento social del drogodependiente y/o su familia constituye un logro importante, por cuanto supone mantener un puente abierto que, bien encauzado, puede facilitar una adecuada intervención sobre el problema.

### ***Derivación a un servicio especializado***

Una vez constatada la existencia de una motivación real para el inicio de un tratamiento rehabilitador, corresponde a los servicios sociales generales la derivación del caso a un centro de tratamiento. Para que la derivación sea eficaz se recomienda prestar atención a los siguientes procesos:

1. El drogodependiente debe ser remitido al centro adecuado. Para ello es preciso tener en cuenta que en todas las redes asistenciales existen centros encargados de valorar las demandas recibidas y de establecer un programa de intervención para cada sujeto (indicación de tratamiento). De igual modo, debe recordarse que para

determinado tipo de centros no es posible el acceso directo de los drogodependientes (ejemplo, comunidades terapéuticas, unidades hospitalarias de desintoxicación, etc.).

2. Deberá facilitarse al drogodependiente una información lo más ajustada posible sobre el funcionamiento del centro al que va a ser remitido (características del tratamiento que ofrece, funcionamiento, requisitos de acceso y permanencia, etc.).

3. Se remitirá un informe de derivación que recogerá los datos más relevantes observados en las entrevistas mantenidas con el sujeto, así como de los incluidos en la historia personal o familiar cuando ésta exista.

4. Se mantendrán los contactos telefónicos y/o personales necesarios para verificar que el sujeto derivado ha entrado en contacto con el centro de tratamiento, así como la indicación terapéutica decidida por el centro especializado y la posible colaboración de los servicios sociales.

### ***La realización de actividades de apoyo al tratamiento rehabilitador***

Cuando el drogodependiente accede a iniciar un tratamiento rehabilitador en un servicio especializado, las actividades de los servicios sociales se orientarán fundamentalmente a la cobertura de diferentes necesidades de carácter social que puedan presentar los sujetos en tratamiento o sus familiares, así como a favorecer la normalización progresiva del estilo de vida del drogodependiente y su familia. Es en este caso donde la colaboración entre

los servicios sociales generales y especializados adquiere una mayor relevancia, y también el momento en el que deben establecerse unos mecanismos eficaces de coordinación entre ambos servicios, si no queremos que los servicios generales acaben jugando un papel meramente auxiliar en el tratamiento de las drogodependencias, limitado a la gestión de determinadas prestaciones de carácter económico.

Para que la coordinación entre los servicios especializados y generales sea posible, es preciso la definición de un modelo operativo que concrete cual va a ser la participación de los distintos servicios en la atención a dispensar al colectivo drogodependiente. Este modelo operativo deberá determinar una serie de cuestiones básicas como son: ¿en qué casos deben intervenir los servicios sociales?, ¿en qué momento del tratamiento?, ¿cómo debe canalizarse su participación? y ¿qué objetivos debe perseguir ésta? Trataremos de aportar algunas sugerencias al respecto (CARRÓN, J., y SÁNCHEZ, L., 1994):

1.<sup>a</sup> ¿En qué casos deben intervenir los servicios sociales generales?

La percepción social del drogodependiente como un sujeto marginal ha generado una corriente de opinión según la cual todo drogodependiente "per se" se convierte en un objeto de intervención desde los servicios sociales, obviando el hecho de que dentro de este colectivo coexisten múltiples perfiles de consumidores de drogas, con unas características y necesidades muy diferentes, entre los que se encuentran sujetos que no presentan dificultades en los espacios típicos de la

intervención de los servicios sociales. Dicho de otro modo, una parte importante de los drogodependientes que inician un tratamiento rehabilitador, en especial los pertenecientes a los grupos de edades más jóvenes, no presentan dificultades de integración a nivel familiar, laboral o social, del mismo modo que otra parte significativa del colectivo, en especial los consumidores de drogas por vía intravenosa, presenta un importante deterioro en sus condiciones sociosanitarias, llegando en ocasiones a desarrollar estilos de vida marginales (transeuntismo, prostitución, comisión de actos delictivos, etc).

Será preciso por tanto que los servicios especializados valoren la existencia de problemas sociales, bien por parte del sujeto en tratamiento, bien en su entorno familiar, instando la intervención de los servicios sociales generales en caso afirmativo. Todo ello sin perjuicio de que, de manera general, todos los usuarios de los recursos especializados reciban información de la oferta de servicios que pueden recibir de una serie de servicios comunitarios básicos (servicios de salud, sociales, culturales, ocupacionales, etc).

2.<sup>a</sup> ¿En qué momento deben intervenir los servicios sociales generales?

Una vez valorada la necesidad de la intervención de los servicios sociales generales, la misma deberá producirse en el mismo momento en que un drogodependiente solicita o accede al inicio de un tratamiento rehabilitador. Esta participación de los servicios sociales generales se justifica por numerosas razones:

- Determinados problemas sociales re-

quieren una intervención inmediata, sin la cual no será posible llevar a cabo ningún tratamiento rehabilitador.

- En numerosas ocasiones las personas que demandan directamente tratamiento, o algún familiar, cuentan con antecedentes o historia abierta en los servicios sociales, disponiendo éstos de una valiosa información que deberá ser tenida en cuenta por los servicios especializados a la hora de valorar las demandas recibidas y decidir la modalidad terapéutica más adecuada para cada sujeto.

- Existen muchos factores de carácter familiar y social que condicionan la indicación terapéutica o modalidad de tratamiento a realizar por un sujeto determinado. Así, por ejemplo, sólo será posible que un drogodependiente lleve a cabo un tratamiento de carácter ambulatorio si previamente tiene garantizado un lugar de convivencia estable.

- Es necesario que el drogodependiente identifique a los servicios sociales como un punto de referencia y apoyo del tratamiento que desea comenzar en ese momento, puesto que a lo largo del mismo puede necesitar de su colaboración.

- Algunas modalidades de tratamiento sólo serán viables con el apoyo y colaboración de los servicios sociales generales, que deberán garantizar que los sujetos en tratamiento disponen de unos mínimos ingresos económicos, de un lugar donde alojarse, de un respaldo o apoyo de la familia al tratamiento, etc.

- Por otra parte, el desarrollo del proceso asistencial requiere la participación de los sujetos en tratamiento en

una serie de actividades y recursos de carácter normalizado, cuya incorporación podrá ser en muchos casos propiciada y facilitada desde los servicios sociales generales.

Como puede observarse, la intervención de los servicios sociales generales se mantendrá, con mayor o menor intensidad, según las exigencias de cada caso concreto, desde antes de que el drogodependiente inicie el tratamiento rehabilitador hasta incluso después que éste haya concluido, puesto que una vez que un sujeto haya superado su dependencia a las drogas puede continuar presentando otros problemas sociales. Conviene resaltar, en relación con este tema, que habitualmente las demandas formuladas por la población drogodependiente no son uniformes a lo largo del proceso rehabilitador, intensificándose en las fases previas al inicio del tratamiento, decayendo en las primeras semanas después de su inicio y volviendo a intensificarse a medida que se evoluciona en el mismo.

### ***Recaptación de usuarios tras la recaída, para el reinicio del tratamiento***

Es bastante frecuente en la intervención asistencial en drogodependencias que se produzcan abandonos del tratamiento y recaídas en el consumo. Del mismo modo, es habitual que un sujeto drogodependiente haya realizado varias tentativas de rehabilitación antes de entrar en contacto con determinado servicio asistencial. Podría afirmarse de hecho que las recaídas son un elemento consustan-

cial al tratamiento de las drogodependencias.

Por ello, estas circunstancias no deben ser vividas como acontecimientos especialmente negativos, sino más bien como un elemento relativamente común en los programas de rehabilitación. Cualquier contacto con un servicio especializado constituye en sí mismo un elemento o factor positivo en la *recuperación del drogodependiente*, por más que finalmente pueda producirse un abandono, puesto que durante el intervalo de tiempo que ha participado en un programa de rehabilitación ha interiorizado pautas que pueden mejorar las condiciones de su consumo (puede continuar consumiendo heroína pero no compartirá jeringuillas, utilizará preservativos en sus contactos sexuales, etc.), habrá recibido una información veraz acerca de qué es un *tratamiento rehabilitador* y *qué exigencias* conlleva, pero sobre todo sabe que tiene una puerta abierta para cuando desee o pueda abandonar definitivamente el consumo de drogas. Así, la figura del "reingreso" es muy frecuente en las redes asistenciales.

En los casos de abandono del tratamiento, lejos de recriminar esta conducta, es importante que los profesionales de los servicios sociales aprovechen cualquier contacto con estas personas para intentar que reinicien el tratamiento, evitando que el propio drogodependiente o su familia acaben percibiendo que su problema es insuperable. En ocasiones podrá condicionarse, si se estima oportuno, la concesión de determinadas prestaciones (por ejemplo la percepción de las rentas de inserción) al reinicio del tratamiento.

### ***La vuelta a la normalidad: los servicios generales como instrumentos de apoyo a los procesos de inserción social***

#### ***Las dificultades que entrañan los procesos de inserción social***

La integración social de las personas y colectivos en situación de marginación social aparece como uno de los objetivos básicos de la acción de los servicios sociales. Sin embargo, cuando el colectivo objeto de intervención está constituido por la población drogodependiente, a las dificultades genéricas que entraña cualquier acción integradora hay que añadirle otras de carácter específico, como son los *grandes esfuerzos que requerirá la ruptura* de la relación de dependencia hacia ciertas sustancias, la gravedad de los problemas de salud y sociales que suelen aparecer asociados al consumo de drogas o el rechazo social que producen estas personas. No es por tanto extraño que la responsabilidad que la sociedad delega en los profesionales de los servicios sociales provoque en éstos cierta sensación de desconcierto, cuando no de impotencia, ante la complejidad y dificultades que entraña la tarea asignada, máxime teniendo en cuenta la limitación de los recursos humanos y materiales disponibles.

Son diversas las razones que explican las dificultades que conlleva el diseño y desarrollo de proyectos y actuaciones dirigidas a facilitar la integración social del colectivo drogodepen-

diente, entre las que destacan por su importancia las siguientes:

A) La propia naturaleza de los procesos de inserción social

Como ya se ha comentado anteriormente, son muchos los factores que explican la génesis de las drogodependencias, entre los que se encuentran algunos de carácter individual (determinadas características de la personalidad, crisis personales, etc) y otros de tipo social. Por tanto, la integración social de los sujetos con consumos abusivos de drogas va a requerir intervenciones a nivel:

- Individual, dirigidas a mejorar las aptitudes y actitudes de estas personas de cara a su inserción.
- Microsocial, fundamentalmente con la familia y el grupo de iguales, instituciones con una gran influencia tanto en el origen del problema como en su posible resolución.
- Macrosocial, dirigidas fundamentalmente a transformar la percepción social del problema (cargada de estereotipos), y a la creación de valores y condiciones facilitadoras de la integración del colectivo.

Es precisamente esta doble dimensión individual y social (en su vertiente micro y macro) de los procesos de inserción, la exigencia de que la sociedad no sea un mero sujeto pasivo en los procesos de inserción, lo que hace aún más difícil el éxito de las actuaciones integradoras, que no dependerán sólo de la capacidad superadora o de los esfuerzos de los sujetos afectados por el problema (CABRERO, G., 1988: 54-62).

B) La indefinición del concepto de inserción

Hay una tendencia muy acusada

entre los profesionales de la intervención social a concebir la integración como una especie de proceso ideal, como una suerte de tránsito casi milagroso desde una situación de desarraigo y marginación a otra de plena integración y participación social. Sin embargo, la realidad social nos muestra con gran frecuencia que, además de las situaciones extremas de plena integración y de total marginación, existen múltiples situaciones intermedias, entre las cuales los sujetos pueden desplazarse. Dicho de otro modo, más que pensar en la inserción en términos ideales debemos hacerlo en términos reales.

De esta manera es bastante frecuente que la inserción social se defina en términos utópicos, identificando ésta con la consecución de un empleo estable, la existencia de un núcleo familiar o de convivencia propio, la participación social activa en grupos y entidades ciudadanas, etc, objetivos éstos que, siendo deseables, en la práctica son de difícil, cuando no de imposible consecución, para muchos de los drogodependientes atendidos. Cabe preguntarse, por tanto, si ¿tiene algún sentido fijarse como objetivo de la intervención de los servicios sociales ante la población drogodependiente la consecución de un empleo?, cuando el país soporta unas elevadísimas tasas de desempleo juvenil y cuando otras muchas personas con más recursos personales comparten ese mismo problema. Por ello, es preciso redefinir los procesos de inserción, adecuando los objetivos de la intervención de los servicios sociales a las posibilidades, no sólo de los sujetos con los que se tra-

baja, sino básicamente a las que ofrece el medio social en el que éstos se desenvuelven.

C) La escasa operativización de los procesos de inserción

Posiblemente la indefinición de la noción de inserción ha contribuido a que los programas y proyectos de integración se definan en general en términos vagos, poco realistas y escasamente operativos. Es muy frecuente

encontrar en estos proyectos formulaciones de ambiciosos objetivos (abocados a un seguro incumplimiento), acompañados de acciones puntuales y aisladas que difícilmente pueden refrendar su consecución.

Ante esta situación ¿qué pueden hacer los técnicos de los servicios sociales generales? Algunas propuestas (SÁNCHEZ, L., 1992: 73-83) aparecen en el cuadro 2.

**Cuadro 2**  
**Propuestas de inserción**

1. <sup>a</sup>	Se impone repensar de manera realista la inserción, adaptándola a su carácter procesual, prestando mayor importancia a la formulación de objetivos operativos en detrimento de ambiciosas declaraciones de principios.
2. <sup>a</sup>	Ser conscientes de las limitaciones, tanto de los propios profesionales, como del sistema de servicios sociales. Es preciso tener en cuenta que, si bien los servicios sociales deben y pueden coadyuvar a superar situaciones de marginación, su responsabilidad no es exclusiva y con frecuencia su capacidad de acción dependerá de las medidas adoptadas por el resto de los sistemas de protección social.
3. <sup>a</sup>	Es preciso reajustar las expectativas, tanto de los usuarios como de los profesionales de los servicios sociales, respecto de los programas de inserción, adecuándolas a una realidad social poco facilitadora de los procesos de integración, dominada por una importante crisis económica, donde cada vez con más frecuencia se establecen límites a la acción protectora del Estado y donde el individualismo se configura como un valor cultural dominante.

Las sugerencias formuladas, lejos de querer cuestionar la viabilidad de los programas de inserción social dirigidos a drogodependientes, persiguen únicamente evitar frustraciones innecesarias, a la vez que deben permitir con-

centrar los esfuerzos de los profesionales de los servicios sociales en una serie de actividades que les son mucho más propias y que cuentan con una gran capacidad integradora y que serán descritas posteriormente.

**¿Cómo concebir la inserción social de la población drogodependiente?**

Existen dos elementos fundamentales que definen los procesos de inserción social (SÁNCHEZ, L., 1991: 103-115):

1.º La inserción comporta siempre un proceso de socialización. Dicho de otro modo, la inserción es fundamentalmente un proceso educativo, por el cual el drogodependiente interioriza las normas, valores y costumbres dominantes en el grupo social al que se incorpora.

2.º La inserción social se concreta en la progresiva normalización de las conductas del sujeto, en su capacidad de asimilación de sus modos de vida a lo que una sociedad determinada define como "normal". Sólo en la medida en que el sujeto drogodependiente adecua su conducta a la norma dominante será capaz de conseguir un mínimo grado de compatibilidad social.

Es importante entender, por tanto, que en ocasiones bastará con que un sujeto abandone el consumo abusivo de drogas, se relacione con personas no consumidoras de drogas o tenga un núcleo convivencial estable para que haya conseguido unos niveles mínimos de compatibilidad y aceptación social, a pesar de que presente otros muchos problemas sociales. Dicho de otro modo, debe romperse la idea tradicional que identifica integración social con la consecución de un empleo fijo, una vivienda digna o un marco familiar y social estable, puesto que son muchas las personas que no cumplen los requisitos anteriores y no por ello están excluidas socialmente.

Existen una serie de características o criterios básicos que deben ser tenidos en cuenta a la hora de diseñar y ejecutar actuaciones de carácter integrador dirigidas al colectivo drogodependiente, entre las que destacan las siguientes:

a) Los procesos de inserción deben concretarse en términos operativos, esto es, deben incluir objetivos concretos y evaluables, así como actividades capaces por sí mismas de asegurar el logro de esos objetivos.

b) La inserción tiene un carácter procesual, de aproximaciones graduales y sucesivas al objetivo último de la normalización, lo que precisamente va a facilitar el establecimiento de una serie de objetivos intermedios.

c) La inserción o la reinserción no constituye una etapa posterior a la rehabilitación, como se ha entendido tradicionalmente, sino que se inicia y desarrolla a la par de las intervenciones rehabilitadoras, reforzándose mutuamente.

La experiencia acumulada en el tratamiento de la población drogodependiente demuestra que la rehabilitación sólo será posible, en la mayor parte de los casos, si va acompañada de la progresiva normalización de las pautas de conducta de los sujetos sometidos a tratamiento. En este sentido resultará, por ejemplo, de gran importancia para que una persona consolide su abstinencia al consumo de ciertas drogas el que pueda contar con alternativas saludables para llenar su tiempo libre, o el que se vincule a otros jóvenes no consumidores de drogas.

d) La inserción es un proceso individualizado, que requerirá el estudio de las carencias y recursos que presenta

cada drogodependiente, con el fin de establecer una serie de estrategias y actuaciones integradoras adecuadas para cada sujeto. Dicho de otro modo, no todos los drogodependientes plantean los mismos problemas, ni existen recetas únicas para un colectivo tan heterogéneo, siendo posible encontrarse tanto con sujetos que no van a precisar intervenciones específicas de los servicios sociales, como con otros sujetos necesitados de un amplio y continuo apoyo. Esto supone también que los objetivos a perseguir por los profesionales de los servicios sociales deberán determinarse de modo diferencial para cada sujeto, en base a sus propias carencias y recursos personales.

e) Las actividades integradoras se sustentarán fundamentalmente en la utilización de recursos de carácter generalista, debiendo evitarse siempre que sea posible la organización de actividades y recursos dirigidos específicamente a drogodependientes, que pueden acabar reforzando y consolidando la segregación de estas personas. Por tanto, deberá potenciarse al máximo el acceso de este colectivo a los diferentes servicios culturales, deportivos, educativos, formativos u ocupacionales existentes, como una vía de normalización progresiva.

### ***¿Cómo pueden facilitar los servicios sociales la integración social de los drogodependientes?***

Una constante en la práctica totalidad de los tratamientos rehabilitadores en drogodependencias lo constituyen los esfuerzos realizados, por parte

de los técnicos responsables de su desarrollo, para que los sujetos que participan en los mismos rompan con los hábitos, intereses y relaciones sociales que hasta entonces han dado sentido a la vida del drogodependiente, al considerar que éstos ejercen una influencia negativa sobre los sujetos en tratamiento, dificultando el abandono del consumo de drogas. De este modo, a medida que el tratamiento avanza el sujeto va perdiendo todo aquello que hasta hace poco tiempo constituían sus señas de identidad, su "cultura", siendo necesario cubrir ese vacío estimulando el surgimiento de nuevos hábitos, intereses y relaciones sociales.

Es precisamente en esta tarea resocializadora, de conexión con una serie de actividades y recursos que van a contribuir de manera efectiva a propiciar un cambio en la conducta y modos de vida de una población hasta hace poco tiempo consumidora abusiva de drogas, donde los servicios sociales generales pueden y deben jugar un papel fundamental. En este sentido, debe destacarse que la importancia del papel a desempeñar por los servicios sociales no reside tanto en su responsabilidad en la puesta en marcha y gestión de determinadas actividades y recursos, sino básicamente por su capacidad de aproximar toda una amplia gama de recursos de carácter generalista o normalizados a una población que hasta entonces no participaba de los mismos. Este esfuerzo de conexión de la población drogodependiente con una serie de actividades y recursos generalistas va a permitir cubrir un doble objetivo:

- Contribuir a la superación de la rela-

ción de dependencia que determinados sujetos han establecido respecto de las drogas.

- Propiciar un cambio progresivo de actitudes en la población no afectada por el problema respecto de la población drogodependiente, que supere los temores y recelos que con frecuencia presenta como consecuencia de una percepción del fenómeno cargada de estereotipos y poco favorecedora de la integración social.

En general las actuaciones integradoras dirigidas al colectivo drogodependiente aparecen vinculadas a una serie de ámbitos o áreas de intervención, que guardan una estrecha relación con los contenidos y actuaciones propias de los servicios sociales generales. Entre estas áreas destacan las siguientes: Área relacional, Área de ocio y tiempo libre, Área formativo-ocupacional y Área familiar. Los posibles contenidos de la intervención de los servicios sociales generales en cada una de estas áreas se recogen a continuación.

A) Actuaciones en el ámbito relacional

Es frecuente la existencia de problemas en este ámbito entre la población drogodependiente, bien por el hecho de que muchas de estas personas únicamente se han relacionado durante años con otros consumidores de drogas (los "colegas"), bien porque el consumo ha ido minando su capacidad de comunicación y de relación con otras personas o simplemente porque las personas de su entorno más próximo han perdido el contacto con ellos, una vez que la drogodependencia se ha hecho evidente.

Por ello es fundamental que la persona implicada en un proceso rehabilitador sea capaz de romper con sus antiguos compañeros de consumo y construir o reconstruir un nuevo entramado de relaciones sociales, estableciendo nuevas amistades o recuperando las perdidas en los años de consumo. En este sentido, los profesionales de los servicios sociales deben actuar facilitando estas relaciones sociales, favoreciendo la participación de estas personas en grupos o asociaciones que funcionen en su barrio, contando cuando sea necesario con el apoyo de los educadores o de los responsables de estas entidades para asegurar la vinculación efectiva en las mismas.

B) Actuaciones en el ámbito del ocio y el tiempo libre

El abandono del consumo sitúa al drogodependiente ante una nueva realidad; de pronto descubre que tiene mucho tiempo por delante, un espacio que antes llenaba con sus antiguas amistades y que giraba en torno al consumo de drogas. Es por tanto muy importante la generación de alternativas de ocio, que permitan romper la identificación entre ocio y diversión y consumo de drogas. De hecho la mayor parte de los programas y servicios de asistencia a drogodependientes dan una gran importancia a la adecuada ocupación del tiempo libre de los sujetos que se encuentran en tratamiento, puesto que puede contribuir de una manera efectiva a consolidar la abstinencia del sujeto en el consumo de drogas, evitar posibles recaídas, especialmente en los primeros meses del tratamiento.

En este ámbito, el papel de los servicios sociales será muchas veces de intermediación entre el sujeto y la oferta cultural, deportiva o de ocio que exista en la zona. Pero no basta con la mera información acerca de las posibles alternativas de ocio existentes, actividad de la que se encargan habitualmente otras instancias ajenas a los servicios sociales, sino que debe ayudarse a las personas que están participando en un tratamiento rehabilitador a que aprendan a programar de manera sistemática y con suficiente antelación su tiempo libre, especialmente durante los fines de semana o períodos vacacionales, intervalos de tiempo en los que se incrementan habitualmente las posibilidades de entrar en contacto con las drogas y donde la posibilidad de recibir apoyo externo desaparece.

C) Actuaciones en el ámbito educativo-ocupacional

Si tenemos en cuenta que, en general, el inicio del consumo de drogas se produce en edades tempranas, resulta bastante habitual que muchos drogodependientes no hayan podido completar los estudios que estaban realizando o que no hayan obtenido una adecuada cualificación profesional. Por tanto, una parte importante de los esfuerzos en favor de la integración social del colectivo drogodependiente se dirigen a dotar a estas personas, bien de una titulación académica que facilite su acceso posterior al mercado de trabajo, bien de una cualificación o formación profesional que les permita el desarrollo de una profesión.

La importancia dada al factor trabajo como instrumento facilitador de la inserción social explica que en nume-

rosas ocasiones, desde el ámbito de los servicios sociales, se hayan puesto en marcha diversas iniciativas tendientes a garantizar una determinada cualificación profesional (creación de talleres ocupacionales específicos para drogodependientes) o para favorecer la contratación de personas exdrogodependientes (subvenciones para la contratación). La evaluación de los resultados conseguidos por estas medidas de discriminación positiva del colectivo drogodependiente, pone en entredicho su supuesta eficacia para favorecer la incorporación al mercado laboral de estas personas, a la vez que señala la aparición de efectos asociados no deseados, tales como el reforzamiento de la condición de drogodependiente de un determinado sujeto, precisamente en un momento en que se pretende su normalización.

Con estas premisas, parece aconsejable que el papel de los servicios sociales en el ámbito formativo ocupacional se limite a estimular el interés por la realización de estudios académicos o la obtención de una determinada cualificación profesional, a la información de la oferta formativa existente y a la organización de diversas actividades generalistas de apoyo al empleo, dirigidas a cuantos colectivos y personas tengan problemas para acceder al mercado de trabajo, tales como cursos sobre técnicas de búsqueda de empleo, habilidades sociales, etc.

D) Actuaciones en el ámbito familiar

Desde la perspectiva de la intervención en drogodependencias, la familia se configura tanto como un agente terapéutico (que puede y debe

colaborar en los procesos de inserción social de sus miembros drogodependientes), como un objeto de intervención, por cuanto que con frecuencia, la aparición del problema está relacionada con determinados desajustes familiares. Así, los esfuerzos e intervenciones realizadas por los servicios especializados de atención a las drogodependencias se dirigen fundamentalmente a conseguir la involucración familiar en el proceso terapéutico y a provocar una serie de modificaciones en la dinámica familiar que pudieran dificultar la recuperación de uno de sus miembros.

La intervención de los servicios especializados de rehabilitación con la familia del drogodependiente debe simultanearse con el trabajo de los servicios sociales generales, que se orientará fundamentalmente hacia:

- El abordaje de una serie de problemas familiares que frecuentemente aparecen asociados a las drogodependencias, tales como la existencia de menores en situación de abandono, la ausencia de recursos económicos, desorganización familiar (falta de hábitos horarios, deficientes pautas educativas, alimentarias o higiénicas), conflictos en las relaciones de pareja, etc. Para el tratamiento de estos problemas será necesario que los servicios sociales movilicen o gestionen diferentes prestaciones económicas (rentas de inserción, etc.) y técnicas (servicios de educación familiar), a la vez que ponen en marcha diferentes actividades de apoyo (escuelas de padres, etc.).
- La ruptura del aislamiento que la drogodependencia de alguno de sus miembros provoca en el conjunto familiar. Es

bastante frecuente que la existencia de un problema de este tipo haga que toda la familia se vuelque en el mismo, rompiendo con antiguas amistades (con frecuencia porque la emergencia del problema va acompañada de cierto rechazo social de la familia) y aficiones y procurando relacionarse casi en exclusiva con otros familiares que comparten ese mismo problema, reforzando el estigma que la drogodependencia provoca no sólo en el consumidor de drogas, sino en el conjunto de la familia.

Estas circunstancias obligarán a que los servicios sociales incidan facilitando la normalización social de la familia, contribuyendo a que descubran nuevos centros de interés y actividades, nuevas relaciones sociales que les ayuden a dar un nuevo sentido a su vida después de largos años de entrega al problema, a romper el aislamiento en el que les sumió la aparición del problema, a dejar de sentirse como familiares de drogodependientes cuando el problema ya está resuelto.

Convendría recordar que con frecuencia la drogodependencia no es más que el síntoma que hace emerger la existencia de una variada gama de problemas personales, familiares y sociales, que permanecen en un segundo plano ante la supuesta gravedad del primero. Por tanto, la intervención en drogodependencias, si quiere ser efectiva, deberá ir acompañada de la intervención en los problemas que puedan presentarse en los ámbitos familiar y social. Dicho de otro modo, los servicios especializados de atención a las drogodependencias no pueden asumir por sí mismos la articulación de soluciones definitivas al problema.

Esto supone que, además de las actuaciones propuestas para apoyar la inserción de la población drogodependiente en las distintas áreas o ámbitos descritos anteriormente, los servicios sociales generales deben incidir en los múltiples problemas de tipo familiar y social que presenta esta población, de igual forma que lo harían con un sujeto no consumidor de drogas.

### **Bibliografía**

- CABRERO, G. (1998). *La Integración social de los drogodependientes*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (M.º de Sanidad y Consumo).
- CARRÓN, J. y SÁNCHEZ, L. (1994). *Los Servicios Sociales generales en la atención a la población drogodependiente*. Madrid: Grupo Interdisciplinar Sobre Drogas.
- CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS (1994). *Opiniones y comportamientos de los españoles en relación a los consumos de drogas, tabaco y alcohol*, (Estudio 2.080), Madrid.
- FUNES, J. (1987). *La reinserción social como proceso*, en **Reinserción Social y Drogodependencias**, Madrid, Asociación para el Estudio y Promoción del Bienestar Social.
- SÁNCHEZ, L. (1991). "La inserción social de los drogodependientes desde el marco del sistema público de servicios sociales". *REVISTA DE TRABAJO SOCIAL*, n.º 121, 103-115.
- SÁNCHEZ, L. (1992). "Los límites de la intervención social en los procesos de inserción". *INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL*, vol. 1, n.º 2, 73-83.
- SÁNCHEZ, L. y MATELLANES, M. (1993). "La Especialización de los recursos para la atención de las drogodependencias". *ADICCIONES*, vol. 5, n.º 2, 127-140.

---

Lorenzo SÁNCHEZ PARDO  
Asesor Técnico  
Plan Municipal  
Contra las Drogas  
Ayuntamiento de Madrid