

Evolución de programas de tratamiento a drogodependientes: pasado, presente y nuevas experiencias

Pilar Sabio Sanz

Educadora. Unidad Municipal de Atención a Drogodependientes. UMAD – Ayuntamiento de Santiago de Compostela

En diciembre del 1986 comienza su andadura la UMAD, Unidad Municipal de Atención a Drogodependientes, ubicada en el Concello de Santiago.

La perspectiva del tiempo es importante al analizar los cambios que han experimentado nuestros programas asistenciales.

¿Por qué antes no trabajábamos en la línea en que lo hacemos ahora?

¿Por qué planteamos determinados programas en un determinado momento?

Quizás la respuesta es que hablar de drogodependencia, es hablar de evolución, de cambio y de aprendizaje ya que este fenómeno social o “enfermedad social” se ve afectada por todo tipo de cambios sociales, culturales, políticos, económicos, modas... que hacen que sus usos y abusos interaccionen de formas diversas a lo largo del tiempo.

Esto incita constantemente a la revisión de nuestras nuevas situaciones y al planteamiento de otras formas de trabajo.

Recordemos en los años 80 la situación vivida en los centros de tratamiento con el perfil del toxicómano intravenoso y el boom de la seropositividad en nuestro país.

Así encontramos respuesta a la gran receptividad de los usuarios a los progra-

mas con sustitutivos opiáceos, como una opción terapéutica más. Una cruda realidad sanitaria había suscitado un cambio y los programas libres de drogas comienzan a convivir con otras alternativas.

Este cambio a su vez cambia el perfil de los usuarios de los centros ya que en la medida que los programas se adecúan a una realidad cambiante, se incrementa la posibilidad de trabajar las diversas problemáticas de la toxicomanía.

Como premisas básicas obtenemos:

- No todos los toxicómanos realizan la misma demanda; por lo tanto no deben recibir la misma respuesta.
- No todo cliente que se acerca a una unidad asistencial tiene como objetivo su abstinencia y no por ello ha de dejar de ser escuchado, ni atendido (esto plantea trabajar con objetivos aparentemente dispares, pero no por ello menos importantes. Recordemos aquello de que el árbol no nos impida ver el bosque...)
- Es importante que nuestro primer esfuerzo sea intentar mejorar su calidad de vida.

1. El presente

En el día de hoy podemos diferenciar la utilización de nuestros recursos según dos prototipos de usuarios:

Usuarios tipo A

- Pacientes con buen nivel de abstinencia.
- Apoyo familiar y/o social.
- Nivel educativo aceptable o facilidad para retomar tareas de aprendizaje ya sea reglado o no
- Historia de consumo menos prolongada.
- Poseen preparación o/y experiencia laboral.
- Generalmente con menos cargas familiares o con mayor soporte económico.

Una o varias características de este grupo definirían la proyección hacia cierto tipo de recursos con mayor grado de exigencia como:

- Programa de Unidad de Día.
- Programa de inserción social.
- Taller de Sexo Seguro.
- Taller de Educación para la Salud.
- Taller de Dramatización (títeres y Teatro)
- Taller de prevención de recaídas.

Usuarios tipo B

- Pacientes mas cronificados (generalmente incluidos en PMM.)

- Poseen familias multiproblemáticas.
- Bajo o nulo nivel educativo.
- Bajo o nulo nivel de abstinencia.

Para este perfil estarían articulados otros programas de partida, de mas bajo nivel de exigencia como:

- Programa de intercambio de jeringuillas y preservativos.
- Programa con la Prisión Provincial.
- Programa de Atención Judicial. (Mayoritario pero no exclusivo de este grupo)
- Programa de disminución del daño: Taller de Anzuelos.
- Programa de atención a minorías étnicas.

Recalcar que el objetivo final de este grupo de programas es crear una vía de acceso a otros de mayor nivel de exigencia, ya que si no muchos pacientes quedasen excluidos o auto-excluidos en otros programas.

Según los datos extraídos del Programa GECEAS del Plan de Drogodependencias de Galicia en 1.997, pertenecientes a la UMAD., se registraron 271 nuevos pacientes.

ESTUDIAN EN LA ACTUALIDAD

SI	NO	N/C	Programa aplicado
7,46	89,55	2,99	Metadona
20,00	80,00	0,00	Naltrexona

NIVEL DE ESTUDIOS

Analfabetos Sin estudios Graduado escolar	FP1-FP2-BUP Grado Medio o Superior	Programa Aplicado
41,79	58,21	Metadona
26,33	73,67	Naltrexona

Estos datos reflejan cómo las dos tipologías a las que nos referíamos, encuentran dos tipos de realidades, tanto educativas, como sociales y culturales.

En el análisis de experiencias, nos situaremos en este último grupo, por ser programas con menos tiempo de rodaje.

2. Nuevas experiencias

A) Programa de actuación con Minorías Étnicas.

Nos planteamos la necesidad de un abordaje diferencial, para determinados grupos o colectivos, con una cultura y conceptos diferentes.

Nuestra realidad más próxima, era la Comunidad Gitana de Santiago.

A este planteamiento, llegamos después de ver las dificultades reales, para poder realizar tratamientos a los drogodependientes gitanos, que se acercaban a nuestra Unidad.

Generalmente, se trataba de visitas cortas con escasos resultados.

Siendo una Comunidad sin duda, azotada por la problemática de las Drogodependencias, era doblemente interesante tratar de articular puentes de relación con la misma, que nos facilitaran estrategias para la deshabitación e inserción de los miembros de su Comunidad; involucrándose activamente en el proceso.

El otro interés, se basa en trazar estrategias de prevención, en una Colectividad de Alto Riesgo.

Conociendo la situación de diversidad, dentro del Colectivo Gitano en Santiago, en 1.993 se comenzó por un estudio de campo, con la participación activa de miembros de esta comunidad Gitana.

Con esta base llegamos a observar, los siguientes puntos de reflexión:

- Existen dificultades en el programa de acogida, marcados por la diferencia de comprensión de conceptos básicos.
- Es de suma importancia, la implicación familiar ya que la coherencia grupal es un valor y forma de vida, dentro de la Cultura Gitana, muy por encima de la consideración del individuo.
- El abandono en la fase de deshabitación, cuando ya la familia ha visto superada la desintoxicación y han visto evolucionar favorablemente al drogodependiente, pudiera deberse por su diferente concepto de enfermedad, que en su cultura obedece a pautas más agudas.
- La poca accesibilidad inicial, en citas y horarios, se transformaba en frecuentes abandonos.

Tomando nota de estas reflexiones, se elaboró el proyecto; siendo sus principales objetivos:

- Lograr una mayor información, acerca de los diversos tratamientos y recursos existentes.
- Lograr un mayor índice de retención en los tratamientos.
- Posibilitar seguimiento en sus estructuras sociales, que faciliten su deshabitación o inserción dentro de su propia comunidad.
- Incorporar un monitor perteneciente a la Comunidad Gitana, para realizar seguimientos y apoyo desde su Comunidad.

Metodología:

Se utilizó la propia del trabajo, en medio abierto, creando contextos de consulta y seguimientos familiares para la

Comunidad Gitana y con la actuación del monitor que realiza un continuo Feed-Back, con la información que aporta a su Comunidad y a su vez transmite a la misma.

Evaluación:

En la actualidad podemos constatar:

- Existe una mayor y mejor información, sobre los tipos de recursos y tratamientos que se pueden efectuar.
- Mayor retención en los tratamientos.
- Accesibilidad a la Unidad Asistencial mas normalizada.
- Inician el tratamiento con un historial de consumo mas breve en cuanto al tiempo.
- Mayor información acerca de las problemáticas reales de la Comunidad Gitana.
- Incorporación del monitor, al equipo de la UMAD.

No obstante, se sigue manteniendo la dificultad, de acudir a actividades continuadas y a realizar actividades encaminadas a la prevención.

B) Programa con pacientes de Reducción del Daño: Taller de Anzuelos.

Después del Programa específico para Minorías Étnicas, surge el interés por crear un taller estable, y ampliar la oferta a otros pacientes que hasta la fecha no participaban de otros programas asistenciales.

El perfil sería:

- Pacientes mayoritariamente incluidos en el programa de Metadona (PMM), con graves dificultades para conseguir períodos de abstinencia, o sin abstinencia.
- Bajo o nulo nivel educativo y sin experiencia laboral.

- Tendencia a la autoexclusión social o marginalidad, (mendicidad, domicilio inestable, etc.).
- Graves problemáticas individuales y familiares.
- Graves dificultades económicas.
- Invalidez por enfermedad.

Así, el Taller de Anzuelos, pretende cubrir espacios de tiempo libre (siete horas diarias) para pacientes con escasa o nula formación, que no pueden competir en el mercado laboral, introduciendo quizás la característica mas valorada por los que asisten voluntariamente.

La actividad se remunera, ya que cada persona cobra la totalidad del trabajo que realiza, (con el concepto de "te ganas lo que trabajas" y no el "te pago porque así estás").

Objetivos:

- Conseguir mayor retención en el programa de PMM.
- Acercar un recurso a los pacientes con mas dificultades.
- Crear hábitos prelaborales, en pacientes con difícil inserción.
- Facilitar una alternativa ocupacional, para dejar de consumir o reducir consumos.
- Derivar pacientes a otros programas de la Unidad.

Metodología:

- Señalar que se vincula el trabajo del monitor del programa de minorías étnicas a este Taller.
- Incorporación inmediata.
- Se celebran asambleas como dinámica de grupo.

No se programa ninguna actividad, ni deportiva o de tiempo libre, sin que la solicite parte o todo el grupo, con el

compromiso de asistir a ella. (Resaltar que en el horario, hay horas de formación, deporte y ocio complementarias al trabajo del taller).

Evaluación:

Esta actividad lleva desarrollándose desde julio de 1.996. Desde esa fecha, ha ido aumentando el número de personas que solicitan formar parte de esta actividad; incluso algunas personas no drogodependientes.

La primera reflexión sería que el "cambio de marco", en el que se desenvuelve el taller, normaliza a los pacientes que forman parte de él.

En cuanto a cambio de hábitos, tanto de vías de consumo, como de higiene personal, respecto a normas y horarios establecidos, es notable su normalización; como también un gran descenso de nuevos problemas delictivos, (evaluado mediante escala de observación).

Quizá la dinámica de estar ocupados, "trabajando", descentra que el único objetivo diario sea consumir y facilita llegar a algunos períodos de abstinencia, antes inalcanzables.

Bibliografía

GOLDSTEIN, A. (1995): *Adicción*. Barcelona, Edición Neurociencias.

FUNES, J. y MAYOL, I. (1989): *Incorporarse a la Sociedad*. Madrid, Cruz Roja.

GRUPO ITACA (1996): *Formación de los Terapeutas y la Adaptación de los Tratamientos a los Nuevos Perfiles de Consumo de Drogas*. Grupo Itaca,

VARIOS (1997): *Intervención en Drogodependencias*. Madrid, Síntesis.