

L a Intervención Psicológica en el marco de los Servicios Sociales: El caso de las Drogodependencias.

Leonor Cano Pérez

Luis Mayor Martínez

Depto. de Psicología Básica. Universitat de València.

RESUMEN

Los autores realizan una reflexión acerca de la intervención en drogodependencias desde el ámbito de Servicios Sociales Generales. Exponen de manera detallada el trabajo que han venido realizando y también como éste se ha abandonado en aras al auge adquirido por la red de servicios especializados en drogodependencias, perdiéndose con ello posibilidades de intervención psicológica. De forma, que apenas si son receptores de la demanda del usuario de drogas considerándose «clientes» de otros servicios.

Se realiza así mismo una descripción de los principales programas de intervención en drogodependencias para finalmente proponer posibles acciones de intervenciones psicológicas en este campo.

Finalmente se realizan algunas conclusiones sobre las potencialidades de los equipos de atención primaria social y sus repercusiones positivas sobre intervenciones posteriores.

PALABRAS CLAVE

Intervención Psicológica, Servicios Sociales, Drogodependencias.

1. INTRODUCCIÓN

En general la evolución de la sociedad en las dos últimas décadas ha determinado unos cambios que derivan en nuevas necesidades sociales, que alcanzan a capas más amplias de la sociedad y que dan lugar a nuevos fenómenos de marginación y pobreza.

En el proceso de abordar estas nuevas necesidades, se han desarrollado e implantado los *Servicios Sociales como un nuevo sistema de las políticas de bienestar*, insertándose en los nuevos objetivos y tendencias de la acción social. Esta nueva filosofía del bienestar, que pretende consolidar nuevos servicios públicos orientados hacia la convivencia y la potenciación de la prevención de situaciones de necesidad, ha significado un avance muy importante en la atención a las necesidades de la población.

Los Servicios Sociales por su inserción local en una comunidad y su carácter polivalente, constituyen actualmente un punto de referencia y un lugar privilegiado de articulación de respuestas a las necesidades de una población. La complejidad de la realidad social ha llevado también a una especialización en respuestas, creándose los distintos niveles de atención primaria y especializada.

Al igual que todos los sectores de población (menores; discapacitados, enfermos mentales, familias, tercera edad, minorías étnicas, mujeres u otros) atendidos en el ámbito de los Servicios Sociales, la problemática que suscita el consumo de drogas ha generado una respuesta que ha ido variando en el tiempo, desde Servicios Sociales Generales a Servicios Especializados con profesionales y recursos adecuados a las necesidades. De este tipo de atención, nos interesa ahora, particularmente la vertiente psicológica, que ejemplificaremos con la atención a las drogodependencias.

El caso de las drogodependencias puede, en efecto, tomarse como un ejemplo paradigmático de la intervención en los Servicios sociales. Como el desarrollo humano, la calidad de vida, el bienestar social o cualquier otro objetivo indicador de los Servicios Sociales, las drogodependencias surgen y afectan a variables múltiples: de naturaleza biológica, ligadas al entorno social, dependientes de los hábitos cotidianos, etc. La propia respuesta social ante el problema de la adicción aúna otro conjunto importante de factores relacionados con la práctica profesional de la psicología y con la intervención psicológica en el marco de los Servicios Sociales, en lo que se centra este artículo.

Algunos puntos importantes implicados en el título del mismo han sido objeto de anteriores trabajos de los autores de estas notas. Nos hemos ocupado, entre otros aspectos, de la formación del psicólogo en Servicios Sociales (Cano y Mayor, 1990), de la atención primaria en el alcoholismo y otras drogodependencias (Cano, Sánchez, Mayor y Cantón, 1991) y, más recientemente, del rol del psicólogo y la atención a los drogodependientes desde los Servicios Sociales (Cano, Mayor y Montoro, 1997). En las líneas siguientes retomaremos estos y otros puntos desde una perspectiva más globalizante.

2. EL CASO DE LA DROGODEPENDENCIAS. COMPRENSION DE LOS PROBLEMAS DEL CONSUMO DE DROGAS.

En las últimas décadas, la necesidad de hacer frente a los problemas derivados de las adicciones a las sustancias de abuso ha pasado al primer plano de la acción social y, cara a los próximos años, constituye uno de los mayores retos no sólo para los gobiernos y las políticas al nivel del planeta, sino para la sociedad civil en general, de una u otra forma afectada por esta problemática.

Se hace necesario para una mayor comprensión del problema mencionar siquiera de forma sucinta algunos episodios que han desembocado en la situación actual:

a) al consumo de alcohol y fármacos existente (años 70-80) se añaden las drogas ilegales (derivados del cánnabis, alucinógenos, estimulantes y heroína);

b) establecimiento de un mercado ilegal que hace extensivo el consumo a todas las capas y estamentos sociales, con un destacado protagonismo de la heroína como sustancia «emblemática» (años 80-85);

c) emergencia de reacciones sociales frente al vacío asistencial existente ante unos problemas completamente nuevos y desconocidos;

d) aparición del sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) y la vinculación con los consumidores de drogas por vía parenteral;

e) extensión del consumo de cocaína y aparición de las sustancias de síntesis a principios de los noventa hasta la actualidad.

Finalmente, hay que destacar el consumo abusivo de alcohol por parte de un sector de la población juvenil. El alcohol es la droga de consumo más amplio de este país. Puede hablarse de un patrón de alcohol juvenil caracteri-

zado por producirse principalmente fuera del ámbito familiar, en grupo y durante el fin de semana y asociarse con cierta frecuencia con episodios de embriaguez.

La cobertura asistencial al abuso de las diversas sustancias mencionadas, con variaciones en las distintas Comunidades Autónomas estuvo centrada, casi exclusivamente, en el sector psiquiátrico y en algunas instituciones privadas y benéficas, hasta mediados de los años ochenta, momento, en que se inicia un cambio de modelo atencional a ésta y otras problemáticas debido básicamente a la incipiente y progresiva implantación de los Servicios Sociales en el ámbito nacional. (Carcas, 1995). Será a partir de este momento cuando se cuenta con el psicólogo en los equipos de intervención en drogodependencias

3. INSTRUMENTALIZACION DE LOS SERVICIOS SOCIALES GENERALES EN LA ATENCION PRIMARIA SOCIAL DE LAS DROGODEPENDENCIAS

3.1 SERVICIOS SOCIALES GENERALES

Sobre la base de lo expuesto cabe señalar que, diversas variables han contribuido a la implantación y organización del Sistema Público de Servicios Sociales en el ámbito nacional, entre las que destacamos por su importancia las siguientes: a) creación del Ministerio de Asuntos Sociales; b) incorporación de España a la Comunidad Económica Europea; c) inquietud por parte de las Comunidades Autónomas por reglamentar de manera normativa la creación de los servicios sociales; d) promulgación de las Leyes de Servicios Sociales en todas las Comunidades Autónomas. Proceso que se inicia en

el País Vasco en 1982 y se cierra en la Comunidad Valenciana en 1989. (Cano y Mayor, 1993).

De forma singular y debido a las transferencias del FONAS (Fondo Nacional de Asistencia Social) y el INAS (Instituto Nacional de Asistencia Social), mediante Real Decreto 251/1982, de 15 de Enero que establece la base de financiación para la rehabilitación e integración del drogodependiente, así como el marco para la creación de los equipos de base de Servicios Sociales, se establece la implantación de los Servicios Sociales en las diversas Comunidades Autónomas y, con ello, como ya hemos señalado la introducción de diferentes profesionales, entre ellos, el psicólogo para la atención a diversas necesidades y también a las drogodependencias.

A partir de ese momento, las diversas administraciones central, autonómica y local van asumiendo la atención al drogodependiente desde el modelo de Servicios Sociales, las escasas estructuras de atención que existen y, la nula formación de los profesionales. Todo ello, a partir del modelo de atención utilizado desde psiquiatría para alcohólicos.

La aprobación del Plan Nacional sobre Drogas en Julio de 1985 por el Gobierno Central con el propósito de ordenar y planificar las acciones emprendidas por las diferentes administraciones viene a reforzar lo que con gran esfuerzo vienen realizando desde Servicios Sociales Generales. En algunas Comunidades Autónomas como Cataluña, el País Vasco y Valencia los Servicios Sociales Generales, ya vienen haciendo frente a las necesidades del drogodependiente y su familia.

Por definición a los Servicios Sociales Generales les corresponde realizar la programación, implantación y gestión de la intervención generalizada de la atención primaria, que se prestará por equipos interdisciplinarios -Equipos

Sociales de Base- que cubran las distintas áreas de la acción social en centros sociales polivalentes dependientes de los entes de la Administración local. Los Servicios Sociales Especializados desarrollarán la programación, implantación y gestión de aquellas intervenciones que precisen concentración de recursos técnicos complejos.

En el caso de las drogodependencias, el papel que los Servicios Sociales Generales comunitarios o de atención primaria pueden realizar en la prevención y atención de los problemas derivados del consumo de drogas es muy importante (Cano y Mayor, 1993), al menos, desde tres dimensiones: a) *por su*

proximidad e inserción en la comunidad, ocupan un lugar central para el afrontamiento de situaciones de riesgo o marginación de manera natural, específica y distinta a cualquier otro punto del sistema de atención social o de salud, también para conseguir que la comunidad asuma como suyos los problemas y soluciones respecto a los usuarios de drogas; b) *la acción normalizadora* que promueve, puesto que se favorece el acercamiento e incorporación de los sujetos consumidores con diversas necesidades a la comunidad, evitando el incremento de niveles de marginación; y, c) porque los criterios de *globalidad e integración* que orientan las

CUADRO 2

INTERVENCIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES GENERALES EN EL ABORDAJE DE LOS PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE DROGAS

- Detectar las necesidades del consumidor que convive en el «habitat» comunitario (barrio, municipio, ciudad) y de su familia.
- Intervenir en todos los niveles (individual, familiar, ambiental) a través de informar, asesorar y orientar en todo aquello que sea importante para canalizar los problemas.
- Derivar a un recurso especializado cuando se considere no resoluble lo planteado, para ello, será necesario realizar todo tipo de gestiones que garanticen una canalización adecuada de la problemática.
- Mantener cauces de colaboración todo el tiempo que el caso lo requiera con el/los servicio/s especializado/s, una vez realizada la derivación.
- Realizar todo tipo de funciones que se consideren necesarias para la resolución de la problemática o colaborar con el/los equipo/s especializado/s en todo aquello que plantee.
- Promover conductas de cambio en los consumidores de drogas y en sus familias al objeto de elevar el nivel de calidad de vida en la comunidad.

necesidades asistenciales y preventivas, y ello, significa el reconocimiento de la multidimensionalidad de factores que contribuyen al inicio y mantenimiento de las personas en el consumo, entre ellos los de tipo social.

Los equipos de Servicios Sociales Generales constituyen el eje vertebrador en una comunidad y ocupan un lugar central en el afrontamiento de ayuda en las necesidades generales del consumidor de drogas y de su familia. Se encuentran de forma natural en el entorno inmediato donde surge la necesidad y se erigen en el *instrumento idóneo* para realizar acciones difícilmente alcanzables desde otros ámbitos de atención. Estos equipos de trabajo, en general, se configuran por trabajadores sociales, psicólogos y educadores de calle o animadores socioculturales. Las tareas que realizan son múltiples de manera que les permite intervenir en muchas ocasiones en la secuencia completa del proceso de autocambio (conjunto de acciones que llevan al drogodependiente a la contemplación y motivación para cambiar la conducta de consumo que realiza).

Desde esta perspectiva, se pueden señalar como aspectos más relevantes en la intervención de los Servicios Sociales Generales en el abordaje de los problemas derivados del consumo de drogas los siguientes: (Ver cuadro 2).

Las diferentes tareas y funciones de cada uno de los profesionales que configuran el Equipo de Servicios Sociales Generales, son asumidas por los diferentes miembros (trabajador social, psicólogo, educador u otros) en función de su formación y como tales desarrollan su trabajo. Su conocimiento sobre las personas, las instituciones, las asociaciones, las redes sociales, los problemas, los actores sociales, que conviven en la comunidad, les convierte en lugar privilegiado para convocar y aglutinar a otros agentes sociales en el

afrontamiento de las drogodependencias. (Autores Varios, 1998).

En concreto, el psicólogo en estos equipos de Servicios Sociales realiza múltiples tareas propias de su formación y necesarias en cualquier tipo de problemática. Tienen un papel fundamental en los aspectos preventivos e integradores no sustituibles por los equipos especializados de drogodependencias

No obstante lo anterior, a lo largo de los años de desarrollo de los Servicios Sociales o de atención primaria se ha venido observando una cierta inhibición y desinterés para abordar la problemática de las drogodependencias en algunas Comunidades Autónomas (Autores Varios, 1998). Algunas de las razones que pueden explicar esta inhibición pueden ser la escasez de profesionales que configuran los equipos de Servicios Sociales Generales (especialmente de psicólogos), frente a la demanda general que atienden, la escasa formación dirigida a estos profesionales, sólo, algunas Comunidades como es el caso de la Valenciana desarrollaron un plan de formación continuado en drogodependencias para Servicios Sociales (Verdú y Cano, 1993), el gran auge que en los últimos años ha tenido el desarrollo de una red de recursos especializados (médico, psicólogo, trabajador social) y un gran incremento de tratamientos de mantenimiento con metadona por lo que gran parte de personas afectadas y familias acuden directamente a los servicios especializados desde los que se ha centralizado toda la atención sobre estos colectivos.

Esta inhibición en la atención, hace que los Servicios Sociales Generales perciban a las personas consumidoras de drogas como «usuarios de otros servicios» pero no obvia el referente comunitario, es decir, el consumidor y/o familia al acudir al servicio especializado trata de resolver los problemas de-

rivados del consumo, problemas, estrechamente relacionados con todo el entorno relacional, comunitario y familiar y por tanto vinculado al usuario. De ahí la importancia de no desvincular al usuario del equipo de atención social. Es una pieza clave en la atención a esta problemática porque además tienen tareas de prevención e inserción que desarrollar, con el drogodependiente. (Autores Varios, 1998)

Por último, como señalan (Autores Varios, 1998) existen una serie de dificultades relativas a la organización interna de los de Servicios Sociales y a la actitud y motivación de los profesionales para afrontar estos problemas, tales como: la presión de las demandas de intervención ante otros problemas y la escasez de recursos para abordar los múltiples problemas con que se ven sobrecargados los servicios comunitarios; una cierta tendencia a la burocratización, saturación por la gestión de prestaciones sociales; falta de preparación específica y motivación de los profesionales de estos servicios, y falta de coordinación con otros profesionales y agentes comunitarios. Por nuestra parte coincidimos en la necesidad de que se resuelva: las plantillas de personal eventuales en los equipos, lo que hace que algunos programas no sean continuos y se pierda el trabajo realizado; se subsane la falta de equipamientos para Servicios Sociales comunitarios específicos e "identificables"; se establezcan mecanismos de coordinación interinstitucional que den globalidad y eficacia a la política social. (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1997). Por último, sería necesario conseguir modificar la forma de financiación anual por otros modelos plurianuales en aras a dar una mayor continuidad al trabajo desarrollado.

En suma, la base de lo expuesto nos permite referirnos a la pérdida de potencial profesional desaprovechado

desde el ámbito de Servicios Sociales. Potencial, como ya hemos comentado difícilmente compensable desde otros marcos de la intervención. Es necesario por ello un nuevo estilo de intervención por ambas partes - drogodependencias, Servicios Sociales que permita la superación de dificultades y la revitalización del papel de dichos servicios en el abordaje y prevención de los problemas derivados del consumo.

3.2. NIVELES DE ATENCION EN LAS DROGODEPENDENCIAS

Nos interesamos ahora por el proceso de búsqueda de ayuda del drogodependiente en los servicios especializados. En esta red de recursos el usuario dispone de una estructura configurada por un abanico de programas y centros dotados de funciones definidas para ofrecer respuestas a una población tan heterogénea como es la población drogodependiente.

La configuración seguida sobre esta estructura ha sido similar para la mayoría de Comunidades Autónomas de forma que vamos a referirnos de manera breve (Autores Varios, 1998; Cano y Mayor, 1993) a los programas especializados:

- a) Programas libres de drogas, orientados a la abstinencia
- b) Programas de mantenimiento con metadona (también buprenorfina) o de reducción del daño

DISPOSITIVOS UTILIZADOS PARA TRATAMIENTO DEL DROGODEPENDIENTE

Centros ambulatorios, receptores de la demanda de tratamiento, bien de forma directa (usuario o la familia) o indirecta a través del servicio de salud o social (en menos ocasiones).

Disponen de un equipo especializado (psicólogo, médico, trabajador social) para realizar la valoración de la demanda y establecer objetivos.

Las actividades que realizan atienden diferentes vertientes: psicoterapéuticas, educativas, ocupacionales, sanitarias, comunitarias, etc.

Son servicios gratuitos subvencionados por la Comunidad Autónoma y tienen dependencia municipal. Reciben diversas denominaciones dependiendo del lugar geográfico donde se ubique (CAT, CAD, Programa municipal de Toxicómanías etc), tienen un importante auge y han centralizado la atención al drogodependiente

Centros de día, los usuarios de este programa son derivados desde los centros ambulatorios. Disponen de equipo especializado y está ubicado en el municipio. En cuanto a las actividades que realizan atienden diferentes vertientes: psicoterapéuticas, educativas, ocupacionales, sanitarias, comunitarias, etc.

Los usuarios no residen en el centro, aunque pasan en él la mayor parte del día para acudir a su domicilio habitual por la tarde. Se considera un programa de alta exigencia.

Tienen carácter gratuito como los anteriores y dependencia municipal. A pesar de los beneficios terapéuticos de que dispone tanto para el usuario como para la familia, dado que se le puede denominar como programas de «descarga familiar», estos centros no han tenido un gran desarrollo.

Comunidades terapéuticas, centros residenciales donde se desarrollan actividades terapéuticas, educativas y ocupacionales, durante largos períodos de tiempo. Las derivaciones a estos programas las realiza el equipo de tratamiento ambulatorio. Se busca en ellos un período más o menos largo de abstinencia para el usuario.

Estos centros suelen estar alejados del

entorno del drogodependiente y ubicados en zonas rurales. Cumplen funciones muy específicas, aunque no pretenden abarcar la totalidad del problema, puesto que el sujeto pasado un tiempo regresa a su medio. Se trata de espacios grupales de aprendizaje, entrenamiento y conocimiento de alternativas diferentes a la dependencia.

Conviene señalar que aunque en esta modalidad todavía persisten algunas comunidades regidas por paraprofesionales, actualmente el modelo está plenamente profesionalizado.

Existen dos modalidades: públicas de carácter gratuito y privadas que pueden, o no, estar subvencionadas por la Comunidad. En cualquier caso, son programas que garantizan la abstinencia. Aquellas que están profesionalizadas gozan de un alto prestigio entre los equipos de tratamiento y están consideradas como programa de alta exigencia.

Estos centros han tenido una alta aceptación por parte de equipos, usuarios y familias. En concreto, para la unidad familiar es un programa de «descarga familiar», tan escasos en el sistema especializado de atención a este tipo de usuario.

Unidades de desintoxicación hospitalaria, ubicadas como su nombre indica en recintos hospitalarios, bien de tipo general o psiquiátrico. Proporcionan atención específica para superar el síndrome de abstinencia (heroína y alcohol). El sujeto permanece en ella el tiempo estrictamente necesario para conseguirlo y devolverlo a su centro de referencia.

Estas unidades disponen de un equipo eminentemente sanitario y sólo se utilizan plazas (que son mínimas) cuando se prevén complicaciones en el tratamiento ambulatorio. Tiene carácter gratuito y una escasa disponibilidad de uso para el drogodependiente. Debido a ello, algunas Comunidades Auto-

nomas tienen habitualmente una larga «lista de espera» para realizar la desintoxicación.

Estos dispositivos son básicamente los que actualmente están en funcionamiento y con una experiencia de años en el tratamiento al drogodependiente. Otra cuestión, que no es objeto nuestro es la evaluación de los distintos dispositivos mencionados.

Algunos otros dispositivos útiles para el tratamiento son: las unidades móviles para distribución de elementos del programa de reducción del daño (jeringuillas, preservativos, agonistas) en lugares prefijados de la ciudad o comarca a los que acuden los usuarios que pueden o no estar desarrollando un programa de tratamiento en algún centro ambulatorio.

Centros de contacto o acogida, cuya función es proporcionar referentes a los usuarios de drogas que no acuden al sistema normalizado de atención. Se les facilita información sobre los programas de tratamiento, alimento, jeringuillas y preservativos entre otros. Se trata de fomentar su motivación para que utilice las vías normalizadas del tratamiento. Estos dispositivos se encuentran en

período de desarrollo a nivel nacional. (Ver cuadro 3).

A título de mención enumeramos otros dispositivos, algunos de ellos, no específicos que resuelven determinadas situaciones puntuales de los drogodependientes y que son propios de algunas Comunidades Autónomas, entre ellos citamos los pisos tutelados, talleres ocupacionales, unidades de mantenimiento con agonistas y aversivos, centros de dispensación de agonistas, unidades de conductas adictivas u otros.

Hemos considerado necesario realizar esta breve síntesis sobre los dispositivos de la atención especializada para ayudar a la comprensión sobre la importancia de la intervención psicológica en cualquiera de los espacios de atención: general y especializada.

4. EL ROL DEL PSICOLOGO Y LA ATENCION A LAS DROGODEPENDENCIAS

Sobre la base de lo expuesto, nos ocupamos ahora de la formación de los profesionales que intervienen en las

tareas de prevención y tratamiento de las drogodependencias como aspecto clave de la intervención psicológica en cualquiera de los ámbitos mencionados: Servicios Sociales Generales y Servicios especializados de atención al drogodependiente. Un cambio sin duda positivo es que el estudio de las drogodependencias llegue efectivamente a insertarse en el nivel superior de la enseñanza y se posibilite un currículo consistente acerca del mismo, a lo cual puede contribuir en algún grado la dinamización que comporta la reciente reforma de planes de estudio y en particular, entre otros aspectos, la posibilidad de *pasarelas* entre unas carreras y otras, el propio sistema de créditos que se implanta en sustitución de la antigua idea de cursos anuales, el novedoso concepto de materia añadido al tradicional de asignatura y la distinción entre materias troncales, obligatorias en todo el Estado, y obligatorias y optativas de cada Universidad. Todo ello puede coadyuvar a una mejor formación de los profesionales que trabajan en el campo de las drogodependencias y que, hasta hace bien poco, sólo recibían una atención parcial a través de cursos específicos de formación impulsados por la Administración y algunos programas de Tercer Ciclo y Cursos Master universitarios (Mayor y Cano, 1992).

Cuatro son las categorías principales en las que se clasifican las tareas de formación realizadas, según se desprende de los materiales revisados, fundamentalmente las Memorias del Plan Nacional sobre Drogas de 1996, 1987, 1988 y 1989 (Cano, 1993):

1ª) Bajo la categoría denominada **Prevención** se agrupan hasta doce modalidades diferentes de actividades de formación realizadas durante el período revisado, de las cuales los Cursos, Seminarios y Conferencias aparecen como las de mayor relevancia.

2ª) Atendiendo, en segundo lugar, al rango de **Acciones de información**, he-

CUADRO 3

DISPOSITIVOS DE ATENCION ESPECIALIZADA PARA DROGODEPENDIENTES

Programas libres de drogas u orientados a la abstinencia

CENTROS AMBULATORIOS

CENTROS DE DIA

COMUNIDADES TERAPEUTICAS

UNIDADES DE DESINTOXICACION HOSPITALARIA

Programas de mantenimiento con metadona o de reducción del daño

UNIDADES MOVILES

CENTROS DE CONTACTO O ACOGIDA

mos registrado once tipos diferentes de actuaciones, destacando entre ellas, por su significación, las Sesiones informativas. Más en concreto, las Jornadas y Conferencias aparecen como las realizaciones más importantes.

3ª) En la categoría de **Documentación**, los Libros, Dossiers y Publicaciones periódicas conforman la tipología preferente durante el período analizado.

4ª) Por último, y en relación con la **Investigación realizada**, cabe observar que a lo largo del trienio 1987-89 se han utilizado numerosas denominaciones de análisis distintas, significándose entre las más relevantes las de Estudio, Investigación, y Estudio Epidemiológico. (Tabla 2)

Destaquemos también que las actividades formativas se dirigieron preferentemente a cuatro **colectivos profesionales**: Sanitarios, Profesionales, Animadores y Profesores.

Asimismo, los **temas** tratados con mayor frecuencia han sido éstos: las Drogodependencias -de forma genérica-, las Patologías asociadas al consumo de drogas, y los aspectos relativos al Tratamiento.

Finalmente, por la relación que mantienen con lo aquí descrito, y también por las sugerencias que de ello pueden derivarse, señalemos en cuanto al capítulo de la investigación, los siguientes aspectos:

a) Los trabajos de investigación realizados durante este período analizan principalmente las siguientes **sustancias**: Opiáceos, en primer lugar, en segundo el Alcohol y a continuación los Psicofármacos.

b) En cuanto a las **perspectivas de estudio** principales, su relación es la que sigue: Aspectos Sanitarios de manera preferente, los aspectos Sociales en segundo lugar y los aspectos más estrictamente Psicológicos en tercero.

c) La **población objeto de estudio**, se integra en estas tres tipologías: la po-

blación drogodependiente, la juvenil y la población general.

A partir del gran número de datos manejados, de los que sólo se ha nombrado aquí una porción mínima, parece plausible plantear las siguientes sugerencias relacionadas con el mejoramiento de la recogida de información acerca de las actividades de formación de los profesionales:

1ª. Resulta necesario **cuantificar las acciones** realizadas, de forma que ello permita desarrollar trabajos analíticos más allá de lo meramente descriptivo.

2ª. Sería útil **delimitar con precisión los criterios** utilizados para el agrupamiento de las tareas formativas, a fin de que un mismo tipo de actividad no quede recogido en más de una categoría.

3ª. Convendría **facilitar la comunicación** sobre los tipos de acciones formativas más óptimas o de mayor aceptación entre los profesionales, para propiciar su desarrollo en la totalidad de las Comunidades Autónomas.

4ª. Ante la extensa gama de acciones y tareas formativas realizadas, interesaría que éstas **se definieran con mayor corrección**, para reducir los efectos globalizadores y de dispersión que pre-

senta la información actualmente disponible sobre las mismas.

5ª. Los organismos competentes tendrían, en consecuencia, que **modificar el sistema de recogida de la información** para que pueda hacerse de ella una utilización sistemática.

En resumen, la formación de los profesionales en materia de drogodependencias durante el período analizado, a pesar del gran esfuerzo que supone el P.N.S.D., todavía nos sitúa en **un marco escasamente normalizado, es decir, poco homogéneo, diferenciado y sistemático, de manera que las acciones formativas presentan un nivel básico, no permanente, y escasamente desarrollado, sobre todo en lo que respecta al reciclaje profesional y a la inclusión de materias sobre drogodependencias en los planes de estudio universitarios de diferentes carreras.**

Sobre la base de lo anteriormente expuesto, enunciamos para terminar algunos puntos que, a nuestro juicio, son de particular interés para la formación de los profesionales que hayan de intervenir en el campo de las drogodependencias desde un enfoque psicosocial (Mayor, Cano, Cantón y Montoro, 1991). Muy sintéticamente expuestos serían los siguientes:

Cuadro 4

CATEGORIAS PRINCIPALES EN LAS QUE SE CLASIFICAN LAS TAREAS DE FORMACION REALIZADAS EN LAS COMUNIDADES AUTONOMAS SEGUN LAS MEMORIAS DEL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. (1986- 89)

PREVENCION: doce modalidades diferentes de actividades de formación.

ACCIONES DE INFORMACION: once tipos diferentes de actuaciones informativas.

DOCUMENTACION: libros, dossiers y publicaciones periódicas

INVESTIGACION: numerosas denominaciones de análisis. Entre ellas: Estudio, Investigación y Estudio Epidemiológico.

1ª. El dominio de los conocimientos teóricos y metodológicos que les permitan abordar los aspectos psicosociales implicados en el proceso de la adicción y en la rehabilitación y (re)inserción de los sujetos drogodependientes.

2ª. El desarrollo de las aptitudes necesarias para una adecuada detección y diagnóstico de las situaciones de uso y/o abuso de drogas.

3ª. La capacitación para el análisis motivacional a nivel individual y familiar, así como para la utilización de las estrategias motivacionales y psicoterapéuticas pertinentes en los distintos momentos del proceso.

4ª. El conocimiento de los diseños y procedimientos de evaluación de programas preventivos ajustados a las necesidades presentes.

5ª. La utilización más eficaz de los recursos materiales y humanos disponibles, tanto a nivel comunitario general como a otros niveles preventivos.

Un currículo académico que incluyera estos contenidos sería una condición quizá insuficiente, pero sin duda decisiva, en la dirección de adaptar progresivamente la formación de los profesionales a las tareas que tienen planteadas. Las nuevas perspectivas recientemente abiertas en el ámbito educativo permiten, en este sentido, abrigar cierta esperanza en un cambio que es a todas luces necesario impulsar.

5. CONCLUSION

Unido a las necesidades de formación y posibles orientaciones a llevar a cabo en este campo, ya comentadas, no quisiéramos terminar sin esbozar algunas de las posibilidades que ofrece el trabajo psicológico en las políticas de actuación en drogodependencias.

Antes, sin embargo, consideramos de interés aportar algunos principios generales señalados recientemente por diferentes ponentes en las Jornadas: «Diversidad y Complementariedad» (Bilbao, 1995), válidos en principio para cualquier profesional que interviene en el campo:

Se acepta y existe un reconocimiento del profesional para intervenir en drogodependencias, sin embargo, la palabra profesional se utiliza sin demasiado rigor. En general, en toda Europa existe una falta de definición del profesional de drogodependencias que se deja sentir en cada uno de los aspectos de la problemática.

Debido a las condiciones de emergencia en que se viene tratando el problema de la toxicomanía, en la intervención prevalece el campo clínico, sin embargo, es hora de reconocer la importancia de otros campos, como la investigación, prevención, planificación, evaluación y otros.

Si bien se constata una diversidad significativa en el campo de las toxicomanías, dentro de cada país y autonomía, prevalece una indeseada tendencia a su desconocimiento («yo con mi programa y mi equipo, conozco mi programa y nada más»).

Así mismo y por lo que concierne al título de este artículo, señalar que la OMS (Organización Mundial de la Salud), (OMS, 1998), ahora que cumple cincuenta años nos recuerda, algunas de las indicaciones que viene haciendo en materia de salud como: las comunidades tienen motivaciones y recursos tradicionales apropiados para involucrarse en la prevención y la reducción del daño debido al uso de sustancias psicoactivas.

Una política de salud debe estimular y encaminar la iniciativa y el protagonismo de la comunidad; los grupos más vulnerables al daño debido a sustancias psicoactivas son las poblaciones marginalizadas y poco protegidas por los servicios de salud. Una política de salud debe dar prioridad a los grupos de mayores necesidades y de más alto riesgo.

Consideramos seguidamente los aspectos sobre los cuales, en nuestra opinión, incide el trabajo psicológico de forma primordial: atención de la demanda, tratamiento de los problemas de ri-

Cuadro 5. Aspectos del trabajo psicológico en drogodependencias.

Recepción de la demanda	Tratamiento clínico	Prevención
Información, orientación y asesoramiento.	Aplicación de instrumentos diagnósticos.	Estudio de necesidades. Conocimiento de recursos comunitarios
Derivación a otros recursos especializados.	Establecimiento de diagnóstico.	Diseño y planificación de programas.
Coordinación con otros recursos de la comunidad.	Aplicación de técnicas psicológicas.	Implementación de programas.
Promoción de servicios preventivos.	Seguimiento de casos. Inserción social	Evaluación de programas.

vados del consumo e incorporación social. Estos puntos se traducen en la planificación, gestión y evaluación de programas en las áreas de atención de la demanda, tratamiento de los problemas y prevención (Ver Cuadro 5). De manera más amplia puede igualmente desarrollar otros objetivos más generales:

Asesoramiento a entidades locales (municipios, mancomunidades), estudio de necesidades e implementación de programas de atención y/o prevención. También realizar intervenciones sobre la comunidad para conocer la opinión ciudadana y la realidad de su percepción del problema de las drogas.

A partir del conocimiento legislativo relativo a usuarios o a recursos donde desarrolla su trabajo, puede facilitar asesoramiento a usuarios, familias y entidades, agilizando la resolución de los problemas.

En materia de inserción social, puede establecer criterios, asesorar en programas municipales y diseñar programas que favorezcan la incorporación social. También, elaborar instrumentos de evaluación que faciliten el avance progresivo en esta área tan escasamente desarrollada

En el marco preventivo puede diseñar programas de reducción del daño y campañas de información para la población, colaborar con otras entidades y facilitar el asesoramiento psicológico y, en definitiva, incorporar a la comunidad a los programas en desarrollo.

Por último significar la necesidad de retomar el «espacio olvidado» de los equipos que intervienen en Servicios Sociales Generales para llegar a la detección precoz de nuevos casos, receptionar la demanda de ayuda, no sólo del usuario sino de la familia, bien, porque no reconocen su problema, o bien, porque permanecen alejados de la red asistencial normalizada u otras tareas propias del equipo. Todo ello, al objeto

de realizar intervenciones tempranas en los problemas de abuso o dependencia de drogas.

Conviene recordar que, estos profesionales disponen de un radio de influencia sobre el usuario muy superior al de cualquier equipo especializado. Conocen el medio, el usuario, la familia, las relaciones, los recursos, el tejido social y disponen de estrategias de acercamiento al usuario difíciles de utilizar por parte de otros profesionales. Así mismo, el usuario de drogas que realiza un programa para drogodependientes, finalmente, buscará sus referentes en el medio del que procede. Es muy interesante por ello, que los profesionales de Servicios Sociales sean sus referentes desde el principio del abordaje de la problemática

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Autores Varios (1998). Servicios Sociales y Drogodependencias. Actuar es posible. *Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.*

Cano, L. (1993). La formación de profesionales en España en materia de drogodependencia: evolución, balance y perspectivas. En J. A. García-Rodríguez y J. Ruiz (comp.). *Tratado sobre prevención de las drogodependencias.* Madrid. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD).

Cano, L. y Mayor, L. (1990). La Psicología motivacional y la intervención del psicólogo en drogodependencias. En *Psicología y Servicios Sociales.* Madrid. Colegio Oficial de Psicólogos, vol. 4, 43-46.

Cano, L.; Mayor, L.; y Montoro, L. (1997). El rol del psicólogo y la atención a los drogodependientes desde los Servicios Sociales. En J. Escámez (ed.). *Prevención de la drogadicción.* Valencia. Nau Llibres.

Cano, L.; Sánchez, M.; Mayor, L.; y Cantón, E. (1991). El Equipo Social de Base en el abordaje, tratamiento y prevención del alcoholismo y otras drogodependencias. *Revista de Serveis Socials. Extra: El alcoholismo y otras drogodependencias. Ambitos de intervenció,* 15-16, 85-90.

Cano, L. y Mayor, L. (1993). El drogodependiente como usuario de Servicios Sociales: sus motivaciones en el proceso de la adicción. Documento mimeografiado.

Carcas, R. (1995). Avance del perfil del psicólogo en drogodependencias. *Revista Papeles del Psicólogo.* Nº 63, 41-45.

ITACA, (1995). Diversidad y Complejidad. Jornadas Nacionales. Bilbao

Mayor, L.; Cano, L.; Cantón, E.; Montoro, L. (1991). Aspectos Motivacionales del proceso de adicción. *Revista de Serveis Socials. Extra: El alcoholismo y otras drogodependencias. Ambitos de intervenció,* 15-16, 7-18.

Mayor, L. y Cano, L. (1992). Análisis y perspectivas de la formación de profesionales en drogodependencias. *Revista Española de Drogodependencias,* 17 (3), 155-162.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (1997). Presente y futuro del Estado de Bienestar: papel de las corporaciones locales. *Congreso de Servicios Sociales Municipales de la FEMP. Córdoba*

OMS (1998). Políticas en drogodependencias desde la Organización Mundial de la Salud. III Seminario de Formación en Adicciones. Alicante.

Plan Nacional sobre Drogas (1986, 1987, 1988 y 1989). *Memoria.* Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Verdú, F y Cano, L. (1993). La formación en drogodependencias: la continuidad de un programa para profesionales de los Servicios Sociales. *Revista de Serveis Socials.* Nº 26, 37-54