Anexos

Anexo 1

Demarcación

Rol del Trabajador Social

Entre Quienes	Los trabajadores sociales Argentinos y los Holandeses
Porque	Problemas de adicción en la sociedad contemporánea Cooperación en términos de Políticas Públicas
Sobre que	Métodos de intervención Recursos Coordinación con otras entidades
Cuando	Actualmente
Cómo	A nivel Micro, Mezzo y Macro

Legislación en materia de adicciones

Entre Quienes	Gobierno de Argentina y de Países Bajos
Porque	Dar una respuesta a la problemática de las drogas Bienestar de la Sociedad Promoción social
Sobre que	Paradigma frente a las adicciones Estrategias de actuación Proyectos Diferencias culturales
Cuando	En la actualidad, debido al debate entre diferentes enfoques a la hora de abordar la
Como	Recursos, evaluación, objetivos

Anexo 2

Modelo Entrevista

Mi nombre es Álvaro y soy un estudiante de Trabajo Social de la Universidad de Zaragoza (España), ahora mismo estoy realizando la tesis con la cuál me graduaré y que trata de una comparación sobre el rol del trabajador social dentro de las políticas públicas de adicciones entre Argentina y Países Bajos. Antes de continuar quiero agradecer su participación, debido a que el objetivo de esta entrevista es obtener información de primera mano, es decir desde el punto de vista de los profesionales sobre esta cuestión, por lo que tu participación es de suma importancia para el desarrollo y alcance de la investigación, y sin esta entrevista no podría continuar con mi trabajo, por lo que es una pieza muy importante en este proceso.

La entrevista durará entre 20 y 25 minutos, y toda la información que usted facilite sera tratada con la mayor confidencialidad.

Nombre:

Edad:

Género:

Nivel de Educación:

1. ¿Cuál es la realidad a la que se tiene que enfrentar un trabajador social en Argentina en materia de adicciones?
2. ¿Cuáles dirías que son los principales factores de protección para la sociedad argentina?
3. ¿Y los principales factores de riesgo?
4. ¿Cuales son las funciones de un Trabajador Social en materia de adicciones a un nivel micro, messo y macro?
5. ¿Existe coordinación entre entidades sociales e instituciones públicas en materia de adicciones?
6. ¿Cuál es la legislación en materia de adiciones en Países Bajos? ¿En que aspectos está protegida la población?
7. ¿Es adecuada?

8. ¿Desde que enfoque aborda las instituciones públicas la problemática de las adicciones?
9. ¿Crees que los aspectos culturales de un país pueden influir en los factores de protección?

Anexo 3

Interview model

My name is Alvaro and I am a student of Social Work at the University of Zaragoza (Spain), right now I am doing the thesis with which I will graduate and that is a comparison of the social worker's role in public policy on addictions between Argentina and the Netherlands, the central question of this research is to make a comparison between the two realities in order to bring different perspectives to address the drug addiction problem in two countries that have clearly historical, social and cultural differences, trying to draw solutions by an international perspective.

Before continue I want to thank your participation, because the purpose of this interview is to obtain first-hand information that is from the point of view of the professionals on this issue, so your participation is very important for the development and scope of the investigation, and without this interview could not continue with my work, so this is a very important part of the process.

The interview will take between 20 and 25 minutes, and all information you provide will be treated with the utmost confidentiality, all the data provided will be protected , so you can speak freely.

1. What is the reality which have to face a dutch social worker in the field of addiction?
2. What would you say are the main protective factors for Dutch society?
3. What about the main risk factors?
4. What are the functions of a Social Worker with the client?
5. And with his family and surroundings?
6. Is there coordination between public institutions and social organizations in the field of addiction?
7. What is the drug addiction legislation in Netherlands? In which aspect the dutch population are protected?
8. How adequate is?

Anexo 4

Entrevista Trabajadora Social del Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adiciones (CMAPA)

Entrevistador: Quería que me contases un poco la labor que realizas en el CMAPA y cuál es tu rol en relación a los usuarios

Entrevistado: El CEMAPA es el Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones, es un centro que pertenece al Ayuntamiento, a Servicios Sociales y llevamos trabajando desde la década de los 80, cuando el consumo de sustancias empieza a ser relevante en el país. Durante la dictadura no había sido un tema que preocupara, pero con la apertura del país comienzan a llegar todo tipo de sustancias ilegales. A partir del año 85 el Ayuntamiento pone en marcha el Centro de Atención de Drogas y desde entonces llevamos funcionando. Ahora estamos trabajando aquí los equipos de atención y de prevención, yo pertenezco al equipo de atención, lo que hacemos es atender todas las problemáticas de personas que acuden con un problema de consumo tanto de drogas legales -tabaco, alcohol-, drogas ilegales y todas las adicciones que no conllevan consumir ninguna sustancia, cómo el juego patológico, las compras compulsivas , las nuevas tecnologías, etc. El juego patológico lo tratamos desde el año 2004, porque antes era ilegal en España, pero cuando se legalizó comenzaron a aparecer problemáticas. En el equipo de atención hay médicos, hay psicólogos, ATS, auxiliar de enfermería y yo, somos un equipo multidisciplinar y trabajamos desde el enfoque bio-psicosocial de la persona. Entendemos que la persona está compuesta de su organismo, su parte psicológica y su área social. Atendemos a personas de todo sitio que quiera venir, no tenemos delimitación territorial.

Entrevistador: osea ¿que es para toda Zaragoza, incluso si viene alguien de Utebo se le atiende?

Entrevistado: También, y ha habido gente que ha venido de Huesca y de Teruel, y aunque siempre les informas que tienen dispositivos en su localidad y en su municipio, algunas personas de los pueblos no quieren acudir a los recursos del pueblo por la estimatización, por que la gente pueda saber o pueda conocer. Entonces en un principio, hasta que no nos digan que no, atendemos a todo el mundo de cualquier zona y de todas las edades. No obstante, aquí cada profesional del equipo multidisciplinar tiene su propia parcela. En cuanto a lo que preguntabas del rol del Trabajador Social, mi rol es atender la problemática social de la persona. En todos los dispositivos de atención al drogodependiente existe la figura del Trabajador Social, ahora si, luego cada uno, cada recurso, pues se lo organiza un poco... cómo se puede, y de acuerdo a las necesidades de recurso. Cuando una persona viene, el primer contacto con ella es lo que denominamos acogida, cuando una persona viene y te cuenta un poco en cómo es la demanda, a ver en que momento esta y luego

empieza una fase de valoración medica, psicológica y social para ver las necesidades de la persona, establecer un plan de trabajo con esa persona, unos objetivos de trabajo, y ya se incorpora a terapia individual o grupal o algún otro programa que tenemos complementario. Entonces, las acogidas aparte de que las hace también otra compañera, las hago yo, esas acogidas, esas primeras citas, incluso también, por ejemplo, a familiares de personas que no quieren venir.

Entrevistador: ¿así que también trabajáis con familiares?

Entrevistado: si, si...un hermano que consume, no se que hacer, etc, o todas esas que no son casos de tratamiento, pero si que son atención a familiares, entonces si que son "informaciones", que nosotros llamamos. Entonces, eso también lo hago yo, y luego hago toda la valoración social de todos los casos, y participo en lo que es el plan de cada persona y en la elaboración de objetivos, de acuerdo a eso, las necesidades sociales que hay en cada persona, pues haces, bueno, un estudio de esas necesidades y cómo trabajarlas. Entonces, yo aquí no tramito ninguna prestación.

Entrevistador: Entonces ¿no tramitas prestaciones?, ¿cómo recursos solo tienes lo que son lo programas del CMAPA?

Entrevistado: Prestaciones económicas, no puedo tramitar. Yo aquí no tramito ninguna prestación, mi servicio es orientar, informar, derivar, coordinar, eso sí, pero yo no puedo. Para eso hay otros recursos, si hay una persona con una necesidad económica, lo que yo hago es derivarla a su centro municipal de referencia, donde hay puede tramitar la prestación económica que necesite. Si es una prestación de vivienda, pues también te pones en contacto con otros compañeros para derivar y tal, aunque tu luego sigas el caso y coordines y establezcas objetivos con las compañeras o compañeros de otros recursos. Aquí trabajamos siempre por la inclusión de las personas en la red asistencial normalizada de todo el mundo, que una persona tenga un problema económico vaya ahí, que una persona tenga un problema de vivienda y vaya a vivienda, si una persona tiene un problema de empleo, también trabajamos con eso, con la red normalizada que hay, con los recursos que hay.

Entrevistador: Porque, ¿con que recursos cuentas en el centro?

Entrevistado: ¿A que te refieres?

Entrevistador: Con que programas, que medios, etc.

Entrevistado: Nosotros cuando vemos a una persona, hacemos un plan individualizado de esa persona y esa persona entra, o bien en terapia individual con una serie de objetivos, o bien entra en terapia grupal, puede entrar al grupo de cocaína, de juego, de alcohol, de lo que sea. Una vez que viene una persona el primer objetivo es lograr la abstinencia, una persona hasta que no esta abstinente, sobretodo según que sustancias, es muy difícil que pueda hacer cualquier cosa. También trabajo familiar, trabajo de

recuperación de hábitos saludables, de estilos de vida, bueno de todas esas cosas que se van trabajando. Entonces, para eso contamos con unos diferentes profesionales, programas que tenemos, dentro de eso, también tenemos programas complementarios, que no son el grupo de tal o cual, sino que tenemos programas que son lo que llamamos relajación y también tenemos programa de todo lo que es higiene de sueño, alimentación, etc., que lo suele llevar la enfermera que es la que se encarga de esto. No todas las personas vienen con un deterioro a todos los niveles, hay muchas personas que mantienen ciertos hábitos que no hay que recuperar, pero hay otras personas que si.

Entrevistador: Osea que os vienen personas de todo tipo

Entrevistado: Ten en cuenta que aquí no tenemos programa de metadona, todos los programas que tenemos son libres de droga, con lo cuál, hay un sector que a lo mejor son personas que están en un programa de metadona, que a lo mejor puede haber un cierto deterioro que no las vemos aquí. Tenemos esos programas, yo hago lo que son las valoraciones y toda lo que es la coordinación interna, externa, derivación a recursos. Luego con una persona con la que te marcas unos objetivos a nivel social, cómo orientación en la búsqueda de empleo, seguimiento, me encargo yo.

Entrevistador: Pactas con los usuarios un plan y unos objetivos

Entrevistado: Claro, pues hacerles un plan, muchas personas cuando dejan el consumo, pues hay que trabajar mucho lo que hacen en su tiempo libre, que alternativas saludables tienen y todo lo que tiene que ser información, derivación de recursos, coordinación son labores del Trabajador Social. Aparte de eso, soy terapeuta del centro y llevo, fundamentalmente menores y judicial.

Entrevistador: Alguno que entra por tema de algún delito, ¿lo derivan aquí?
Entrevistado: Si, hay mucha gente que tiene que venir aquí condicionada a tratamiento por un delito cometido, bien sea menor o mayor de edad. Cuando es un menor, muchas veces tienen una medida de libertad vigilada, por ejemplo, y hay un consumo, dentro de lo que tienen que cumplir de las medidas de libertad vigilada es acudir al centro. Entonces los menores los llevo yo y los judiciales también, entonces es un trabajo terapéutico con ellos. También llevo el grupo de padres, hay un grupo aquí para padres de personas que están en tratamiento, y bueno independientemente de que se de un tratamiento individua, hay que dar un espacio también a la familia con los objetivos de, primero que la familia entienda lo que esta pasando, de recuperar roles que a lo mejor están perdidos, de crear o desarrollar con ellos estrategias de afrontamiento ante el problema de adicción que está pasando la familia. Este grupo es un grupo semanal y continuo que lo llevo yo, y luego también llevo dos o tres grupos más, que los hacemos varias veces al año. Uno que es...sabes que cuando te pillan en la calle con sustancias ilegales, o que tienes o que consumes en la calle, eso está sancionado administrativamente, con lo cuál hace tiempo que realizamos un programa que es sustitutivo para esas sanciones administrativas.

Entrevistador: ose que si te han puesto una sanción porque llevabas x, puedes hacer un programa aquí

Entrevistado: de deshabituación y te quitan la sanción. El programa está dirigido hasta menores de 25 años, y hacemos tres al año, son seis sesiones. Es un programa muy demandado. Ese es un programa, y luego hay otro programa que también hago dos veces al año en 6 sesiones grupales que va dirigido a padres y madres de adolescentes, jóvenes, que están empezando con consumos y que alrededor de esos consumos, pues hay disrupciones familiares, cómo una falta de cumplimiento de normas, de límites, una dificultad de la comunicación. Y con las familias de los menores, también hay veces que hago intervención grupal.

Entrevistador: ¿Eso con menores que vienen individualmente o con los padres?

Entrevistado: Los menores pueden venir de muchas maneras, salvo alguna vez que vienen por iniciativa propia, la mayoría vienen por otras razones. Los menores al llevar consumiendo poco tiempo, no identifican los problemas, excepto alguno que si, que viene y dice "jo, yo es que esto me noto, que no...que es que no me centro, que es que he dejado de hacer cosas", pues la verdad es que alguno, pero la mayoría es verdad que no vienen por iniciativa propia. La mayoría vienen derivados del sistema judicial, o vienen de otros sistemas de protección cómo del ámbito educativo, puede haber en el centro escolar el orientador o los tutores, o luego en centros de otro tipo educativo que si que puedan ver, o educadores de calle que si que puedan traer a algún chaval, bueno, yo he tenido hasta un entrenador de un equipo deportivo que trajo a un chavalico. O muchas veces los padres que los traen. Los menores es un trabajo complicadillo, no vienen cómo algunas personas personas adultas, que vienen mas porque él ya se ha dado cuenta que ocurre, le esta trayendo serios problemas.

Entrevistador: Ya viene con una problemática más de tipo social

Entrevistado: Claro, y la motivación puede ser más fuerte. En un menor la motivación y la ambivalencia para dejar de consumir la tienen muy presente

Entrevistador: Luego también te tenía que preguntar sobre el tema de legislación. De que opinión tienes sobre la legislación que hay en Aragón, porque creo que la ley actual es la ley 3/2001

Entrevistado: Si, la ley 3/2001...es la legislación...no se cuál es tu pregunta

Entrevistador: Si cubre o no cubre, si la población está cubierta con esa legislación o si se podría mejorar en algún sentido

Entrevistado: A ver, yo creo que la legislación es importantísima, la ley que hay en drogas en materia de prevención y asistencia de drogodependientes, esta muy bien, la ley no me parece mal, lo que pasa es que luego eso se tiene que

traducir en recursos que posibiliten que esa ley se pueda llevar a cabo. Entonces, los dispositivos que contamos en Aragón son los centros de prevención, que trabajan con prevención y en cuanto a asistencia, están los centros que hay, por ejemplo en Zaragoza, contamos con la Unidad Asistencial que tiene el Gobierno de Aragón

Entrevistador: ¿La UASA?

Entrevistado: La UASA, exactamente, del provincial que está ubicado en el hospital provincial, y luego hay dos UASA´s concertadas, que es Proyecto Hombre y Cruz Roja, y luego estamos nosotros, que somos un híbrido, que no somos UASA, no estamos territorializados, ni sectorizados cómo están Proyecto Hombre y Cruz roja, nosotros no, la verdad es que atendemos lo que sea. Eso en cuanto a recursos asistenciales ¿pocos o muchos?, pues de estas cosas no se que decirte, si en todos los sitios hay una lista de espera en donde la gente no puede venir hoy y la tengas que coger mañana, pues podríamos entender que haría falta más, no te digo que no. Porque en cuanto a centros asistenciales y comunidades terapéuticas, salvo el programa ALCOZARA que es un programa de la parroquia del Carmen que atiende a alcohol y tiene centro de día, aquí no hay centros de día para personas con problemas de adicciones. Ni hay pisos tutelados.

Entrevistador: ¿Y en cuanto a comunidades terapéuticas?

Entrevistado: Aquí en un principio teníamos una, que era pública, que era la del Frago y que pertenecía al Gobierno de Aragón y esa la cerraron en Noviembre. Era una Comunidad que llevaba desde los 80 también funcionando, para mi una pena que la cerraran desde luego, tenía 28 plazas y al cerrarla lo que han hecho ha sido concertar 15 con Proyecto Hombre. Entonces a nivel de Comunidad Terapéutica tenemos una que podamos derivar de manera pública y gratuita, porque claro, una Comunidad Terapéutica supone mucho dinero. Luego a nivel privado hay otras, pero a nivel público solo esas 15 plazas concertadas.

Entrevistador: Mas que el tema de la legislación, el tema de los recursos que a veces son insuficientes para tratar este tema

Entrevistador: Si claro, obviamente se podrían hacer muchas cosas, pero claro, llegas hasta donde llegas. A la hora de poner muchos proyectos en marcha se te ocurren muchas cosas que hacer, incluso dentro del centro, pero estamos las personas que estamos y las horas son las que estamos. Lo bueno de la legislación es que se entiende que el problema de adicción es un problema de salud, no es cómo en otros sitios que está penado el consumo. No toda persona que tiene un consumo es un adicto, para llegar a una dependencia hay que pasar por un proceso, no todo el mundo que consume una sustancia es un dependiente. Luego en cuanto a coordinación tanto interna, dentro del equipo, cómo externa, con compañeros de otros recursos, porque los usuarios al fin y al cabo, según que tipos de usuarios siguen siendo los mismos, quiero decir, la persona que viene aquí y tiene un problema económico es fácil que lo estén

atendiendo desde el Centro Municipal o desde Cáritas o desde otro sitio, y si que hay muchas veces que se hace coordinación

Entrevistador: Osea ¿qué tienes coordinación con entidades de fuera, entidades privadas y otros organismos?

Entrevistado: Si, hay casos en los que te juntas, a ver que hacemos con este caso, o cómo desde aquí cómo podemos trabajar nosotros, que vais a trabajar vosotros, etc. pues si, desde el servicio de protección de menores, desde centros educativos, si, en la medida en que se puede pues siempre trabajas con ellos. Hablando cómo trabajadora social, cuanto más trabajas un caso en coordinación, en un principio mayor pronóstico puede tener de éxito o de poder ayudar a la persona a solucionar las cosas. Porque igual cosas que tu no ves, las ve otro profesional, entonces está muy bien eso de trabajar coordinadamente con otras entidades y otros profesionales

Anexo 5

Entrevista Trabajadora Social UASA Cruz Roja (Zaragoza)

Entrevistador: Quiero que me cuentes un poco, pues cuál es la labor, cuál es tu rol aquí.

Entrevistado: Yo soy Trabajadora Social aquí en la Cruz Roja, en la Unidad de Atención y Seguimiento de las Adicciones. En este programa trabajo desde abril de 2014, lo que pasa es que he estado en otras dos ocasiones por temporada de 4-6 meses trabajando aquí.

Entrevistador: Osea el programa no es nuevo, antes había una trabajadora social, y ahora has entrado tu.

Entrevistado: Si, la UASA de Cruz Roja tiene más de 10 años, al principio este centro estaba más especializado, y sobretodo se dirigía a pacientes con adicción a heroína, tratados con medicación, con metadona. Pero progresivamente el perfil de personas con adicciones a tóxicos ha ido variando, y se ha ampliado a personas con adicción a cannabis, con adicción a tabaco, con adicción a alcohol. Todo lo que se trata aquí son adicciones a tóxicos. Cómo Trabajadora Social, me encargo de la primera entrevista, de informar a los paciente de que tipo de centro es este. Se trata de un Centro Ambulatorio, es un centro especializado, que quiere decir que tratamos a personas con enfermedades que necesitan pasar por un centro de salud de primeras, y luego es el médico de cabecera el que detecta o valora que ha de ser tratado por especialistas, en este caso, en el centro ambulatorio no es solo es un especialista médico, sino que también hay Psicología y Trabajo Social. Yo informo en que consiste nuestro centro, de quienes constituimos el equipo terapeútico, de las posibilidades que tiene el paciente de que su tratamiento evolucione más rápido o menos rápido en función de su voluntad, principalmente aquí todo aquel que viene, viene porque lo desea, salvo

aquellos casos en los que un juez determina que ha de venir aquí cómo alternativa a otro tipo de condena entre comillas. Luego también hay casos de pacientes que tienen multas por tenencia o consumo en la vía pública de sustancias, cómo el caso de jóvenes consumidores de cannabis, que en lugar de pagar la multa, pues tienen la opción de someterse a un tratamiento, y sustituir la multa por el tratamiento. En cuanto a los pacientes, yo me encargo de la información y de recoger su historia social, sus datos de identificación. Para ello hago una entrevista, en profundidad de primeras en la que observo escucho, solicito al paciente que me hable de sus situación familiar, de su situación laboral, de su situación estudiantil, de su situación y relación de pareja, de relación en el entorno, con amigos, y después de esa primera entrevista, lo que hago es pasar o dar cita con los otros dos compañeros para que ellos desde su ámbito, desde la psicología, la medicina, o biología, pues también hagan esa primera observación y valoración y entre los tres hagamos un diagnóstico de porque esa persona es consumidora y cómo podemos reducir el consumo o incluso llegar a la abstinencia y mantenerse en el tiempo...abstinente. A los pacientes se les solicita que realicen controles de tóxicos en orina cómo prueba objetiva de si lo que dicen es lo que hacen, es decir, si te están diciendo en el despacho que no consumen, pues corroborarlo y reforzarlo con esos resultados negativos. Si por ejemplo te dicen lo contrario, puedes intentar hacerles ver que solamente se están engañando a si mismos y que, cómo ya he dicho al principio, este tratamiento va a durar tanto cómo el paciente quiera y con engaños pues se va a demorar o incluso puede acabar antes de tiempo porque no está realmente motivado

Entrevistador: ¿Entonces la motivación es el principal impulso?

Entrevistado: Si, la motivación que parta del paciente es fundamental y luego todo el equipo, desde nuestras áreas intentamos hacer ver al paciente los beneficios del no consumo, o de la reducción si el caso es extremo o se presentan muchas dificultades. Y todos los beneficios que en el entorno va a suponer, a pesar de las circunstancias estructurales del sistema en el que estamos. Por ejemplo hay pacientes que centran todo su tratamiento en la toma de medicación alternativa para paliar los síntomas de la abstinencia, del síndrome de abstinencia.

Entrevistador: Claro porque medicamentos solo tenéis para los adictos a la heroína, o contáis con otros tratamientos

Entrevistado: Por ejemplo, el médico puede prescribir a pacientes con adicción al alcohol fármacos cómo el antagus o el colme, que son fármacos que tomados o combinados con el alcohol pueden provocar síntomas bastante serios. Lo que se pretende con ses fármaco es que el paciente sea consciente de que puede haber una consecuencia seria y que valore si realmente le interesa padecerla es un poco un medicamento de presión. Y bueno, en todo momento al paciente se le informa cuáles son todos los pros y contras, y antes de prescribir un medicamento el médico ha de estar totalmente seguro que siempre podemos creer más de lo que al final acaba sucediendo, pero bueno, tiene que estar totalmente seguro el médico de que el paciente va a asumir el

tratamiento de forma adecuada y a la mínima pues suspenderlo. Desde aquí, desde los centros ambulatorios, desde las UASAs, tienen posibilidad los pacientes, en casos extremos de necesidad de distanciamiento del entorno habitual, del alejamiento de las sustancias que han llevado a esa situación de adicción, hay posibilidad de derivar a comunidad terapéutica.

Entrevistador: ¿Porque aquí?

Entrevistado: Cruz Roja no dispone de comunidad terapéutica

Entrevistador, Yo sabía que tiene Proyecto Hombre

Entrevistado: Si, y tiene. Hasta hace dos años existía una comunidad terapéutica, la comunidad terapéutica del Frago, del Gobierno de Aragón, que cerro y el Gobierno de Aragón, ese dinero que en su momento destinaba a esa comunidad pública pues ahora lo que hace es subvencionar plazas en comunidades privadas, es decir, concertando plazas. En caso de que algún paciente lo demande, o el equipo lo valoremos, nos encargamos de la derivación de la información previa, y derivación a la comunidad terapéutica, tienen que pasar los informes que nosotros elaboramos por un comité, y este es quien en función del número de plazas disponibles, en función de lista de espera, en función de riesgo de los pacientes que estén en espera, pues toman la última decisión. Y bueno, hay personas que están en tratamiento por menos de un año y hay personas que están en tratamiento prácticamente toda su vida. Porque la adicción es una enfermedad, y con esa enfermedad hay que convivir para siempre. Manteniéndose abstemio seguramente se llevará mejor que en los cosos que sufran recaídas o intervalos de consumo, pero bueno, siempre estamos abiertos, y sabemos que se pueden dar ese tipo de situaciones, por lo que quizás no se ha profundizado en algún área cómo habilidades sociales, la asertividad, el saber decir que no, el valorar los riesgos, pues todo eso se va trabajando y en algunos casos pues el paciente o los profesionales , pues no incidimos mucho en esa cuestión y desencadena una recaída. O también con un problema que no tenga que ver directamente con la adicción, pues una perdida de empleo, una perdida de pareja, de familiares muy allegados, del que existía dependencia, pues un tema de baja autoestima, no existir ningún deseo o ganas de salir adelante, pues ahí las adicciones surgen

Entrevistador: Luego también, tendréis coordinación con el CMAPA[1] y otros programas, ¿Con el gobierno que coordinación tenéis?. Y además te quería preguntar que programas tenéis aquí en Cruz Roja.

Entrevistado: Pues dentro del marco de la UASA, bueno desde aquí, desde la UASA tenemos el programa de intervención con menores consumidores, tratamos adicciones a tóxicos, también hay un proyecto de atención, información ante el VIH, lo que pasa es que yo directamente no me encargo de este programa. Nosotros sobretodo trabajamos de materia individual, pero también realizamos y realizan los compañeros talleres de información sobre

1 Centro Municipal de Asistencia y Prevención de Adicciones

sustancias, riesgos, de información y prevención sobre enfermedades de transmisión sexual.

Entrevistador: ¿Con los propios consumidores o con las familias?

Entrevistado: Principalmente trabajamos con los pacientes con adicción, también tenemos posibilidad de atender a familiares, sobretodo en el caso de menores, porque siempre ha de ser con el consentimiento de los tutores. Pero bueno, en el caso de personas adultas, también se procura tener la red familiar, porque muchas veces es allí donde, primero se conoce el problema, o donde se descubre el problema, y estallan reacciones inesperadas, que pueden dañar el sistema familiar. Y tema de coordinación, yo por ejemplo desde el área social, coordinación con centros municipales de servicios sociales, del barrio donde la familia o el sujeto este viviendo, relación con otras entidades sociales que, por ejemplo lleven a cabo talleres o que dispongan de centros especiales de empleo pues para aquellos casos que lleven muchos tiempo desempleados, que no tengan unos hábitos o una formación laboral que les abra camino en el mercado laboral que … pues hay. Coordinación con el centro de salud, pues es fundamental, ya de primeras a todos los pacientes les pedimos pues que sean ello los que comuniquen, si no lo han comunicado ya, pues de su consumo, de su adicción. Hay gente que consume, no se si decirlo, de forma moderada, y de forma abusiva, hay quien consume sustancias tóxicas inclusos recetadas médicamente, cómo por ejemplo el tranquimazin, el tranzilium, las benzodiazepinas, y no considera que exista un adicción.

Entrevistador: Claro, hay unas pautas y hay un consumo

Entrevistado: Si, hay muchas pautas que muchas veces no se respetan, y por circunstancias del sistema, hay veces que desde los centros de salud no se realiza el seguimiento que quisieran para que ese tratamiento que en principio no ha de ser crónico, sino algo temporal, sino que se lleve bien por parte del paciente con una supervisión del médico, que no sea solo recetar y vuelta a recetar y continué con el consumo de este fármaco por los siglos de los siglos. Y bueno, en principio también estamos en coordinación con hospitales cuando se producen ingresos de pacientes, también con centros penitenciarios en casos de pacientes que están en tratamiento farmacológica, para que continúen ese tratamiento dentro de los centros donde van a permanecer ingresados o donde van a estar internos por días, meses, semanas, años.

Entrevistador: Y en cuanto a la legislación de aquí de Aragón y de España, que opinas respecta ella

Entrevistado: ¿Cómo que que opino?

Entrevistador: Tu piensas que la población está protegida, osea si con el enfoque de reducción de daños y educación para la salud, si crees que esto es suficiente, con esa legislación o si, crees que en ciertos puntos se puede mejorar.

Entrevistado: Es fundamental cómo bien has dicho, el trabajo en Educación para la Salud, y prevención, antes de que surja el consumo y se llegue a una adicción, que entonces, pues la reducción de daños, pues hace varias décadas el consumo de heroína por vía inyectada era algo más frecuente de lo que es actualmente, y esa reducción de daños y prevención de enfermedades de transmisión sexual cómo el VIH, pues si no hubiese sido por la reducción de daños, pues seguiríamos viendo en los medios de comunicación o en determinados barrios o determinadas zonas, pues esas jeringuillas

Entrevistador: Ya no se ven esas cosas

Entrevistado: Claro, hay puntos de intercambio, hay más información de vías de transmisión de enfermedades, la gente pues es un poco más consciente pues gracias a la educación para la salud y a la reducción de daños. Luego ya incidir, que la reducción de recursos en el área asistencial y sanitaria y con el auge de enfermedades de carácter psiquiátrico y la prescripción de fármacos, nos encontremos, por no invertir en personal, en programas, pues nos encontremos con más pacientes adictos a sustancias cómo las benzodiazepinas, que los que nos podamos encontrar ahora, y eso, si se reconoce. Porque al igual que lo que sucede con alcohol y con tabaco, pues todavía la gente en general se piensa que al ser una sustancia vendida en espacios legales, pues cómo que es menos nocivo.

Anexo 6

Entrevista Holanda (Tactus)

Interviewer : I want to tell me something about what do you do like social worker in your daily work.

Interviewee: Well, as you know I work for Tactus, that is a mental heath care organization were we treats addictions not only to drugs, to some behaviors like gambling too. First said that dutch social workers or people who work in the field of addiction have to have no expectations in their job, it´s important to me to have a low threshold, open attitude and no prejudices. In Tactus, I face with a lot of kinds of profiles, from people who have problems with drugs to people who have problems with gambling. In my daily work I have to work with all kind of roles, from those who are addicted to those who can be addicted to drugs. In my work I have to be prepare for all kind of situations about the clients, and also I need a listening ear, should not be judgmental. And when things go wrong, should stay positive and not be swept away after one mistake or negative experience. As a social worker, you can encounter aggression, people lying, stealing and doing everything to score drugs. This is the reality that you have to face. The question is can the client display any other behavior than this? Since he or she is an addict and will do anything for his or her next score.

Interviewer: But after a client enter in your bureau, what do you think that are the main protective factors and risk factors for the dutch society?

Interviewee: Addiction is not very accepted in Dutch society. People with addictions are seen as people with a low rank, who can't fully participate in society. Nevertheless, people with all sorts of addictions can receive help from the government in order to reduce criminality and problems on the street. The function for the social worker in this story is to make sure that the clients get a safe environment, and that they can use clean needles to shoot their heroin and methadone under strict guidance. This is done, in order to keep them from the streets and to reduce criminality, or else they would steal money and other stuff from other people.

Interviewer: So...what lead a dutch to consume, what are the factors that conduce him to the consume.

Interviewee: What do you refer, about the motivation to use the drugs?

Interviewer:Exactly.

Interviewee: Well, I think that the motivators of the consume range from the relationship with the peer group to problems with the family, situations of unemployment and other kinds of addictions like alcohol or gambling, those are really important, but others agents are equally important like the economics or the psychologicals, because the addiction isn´t cause by one factor, is cause by a combination of the environment of the client.

Interviewer: Ok, and with the clients, what are your functions?

Interviewee: My function is to guide them and to try to reduce potential risk practices. I have to teach them some kind of self control techniques and try to avoid relapses. Also I monitoring them along the process.

interviewer: and with the family? And the friends?

Interviewee: If there is approval from the client, the social worker can have a conversation with family and friends in order to map out the social network of the client in order to help the client.

Interviewer: I want to ask you about a topic, which is the legislation about the legislation in drugs in the Netherlands

interviewee: if it´s about the soft drugs, Hash and weed are legislated till a certain height. You need a 'weed pass' though. And clients can only use hard drugs within an organization like Tactus. Furthermore, this is not legal, but it only exists because of the fact to keep these addicted people off the street and to offer them a safe place to use drugs. The Netherlands is very far in this, compared to other countries where almost every drug is illegal. The Netherlands is also famous for its drug policy. There is always a lot of discussion about this policy, but the view of the Dutch government is that, if you legalize drugs till certain height, you will reduce the black market, reduce

criminality and keep addicts off the street.

Interviewer: And, Is there coordination between public institutions and social organizations in the field of addiction?

Interviewee: This can occur, because it can have benefits for the client. But in principle, it is only focused on Tactus and not focused on other social work organization. For example, when a client goes on vacation, the client will be brought under by another organization for addiction.

Anexo 7

Entrevista Trabajador Social Argentina

Trabaja en: Fundación Sol

1. ¿Cuál es la realidad a la que se tiene que enfrentar un trabajador social en Argentina en materia de adicciones?

La problemática de las drogas es muy complicada aca, ya que no solo estamos hablando de drogas, sino de todo lo que las rodea, cómo los problemas entre la familia, la problemática en el barrio o las prácticas de relaciones sexuales de riesgo, por nombrar algunas.

Fundación Sol se constituye hace 15 años cómo un centro de tratamiento y prevención para el consumo problemático de drogas donde tratamos la problemática dentro del barrio, además de intervenir individualmente con los jóvenes y con sus familias. No es una Comunidad Terapéutica, aca no tenemos programas de internamiento, sino que contamos con una comunidad de día dividida en tres módulos y un centro ambulatorio.

2. ¿Cuáles dirías que son los principales factores de protección para la sociedad argentina en relación a las drogas?

Partimos de que la interacción de la droga y el sujeto no es un hecho aislado, sino que interviene activamente el entorno del joven en su relación con la droga, cómo la familia, el barrio, los amigos o los compañeros de escuela que, junto los factores intrapsíquicos del sujeto, pueden actuar cómo factores de protección o disparadores del consumo.

3. ¿Cuales son las funciones de un Trabajador Social en materia de adicciones en tu institución?

En Fundación Sol tratamos a los pibes en varios módulos de acuerdo a su edad y problemática. Por ello lo primero que hacemos es identificar la demanda de

los jóvenes, ya que cada usuario tiene una relación diferente con la droga, y de ahí se derivan al modulo que más les convenga. Hay que contar con dos módulos diferenciados por su enfoque: Uno que parte de la perspectiva de la reducción de daños y otro desde la perspectiva de protección de derechos. En cada módulo hay un equipo multidisciplinar que se encarga, primero de realizar las primeras entrevistas, para realizar la admisión y elaborar un diagnóstico. Yo cómo trabajador social, realizo una labor de acompañamiento de los jóvenes en su proceso de recuperación, además también realizo acciones de intervención comunitaria dentro de barrios más conflictivos

4. ¿Existe coordinación entre entidades sociales e instituciones públicas en materia de adicciones?

Nuestra organización está inserta en la FONGA[2], que engloba a las organizaciones que trabajan en nuestro ámbito y con algunas de ellas existe una colaboración mutua, también trabajamos a nivel provincial con el Colectivo de Jóvenes de Córdoba.

A nivel de instituciones públicas, si bien es cierto que parte de la financiación de la entidad se debe a la obra social de los usuarios, financiada por OSECAC[3], la relación con el Gobierno es mínima ya que no compartimos su perspectiva en cuanto al tratamiento de la problemática de la drogas y del dependiente.

5. ¿Cuál es la legislación en materia de adiciones en Argentina? ¿En que aspectos está protegida la población?

En mi opinión la legislación en esta materia es insuficiente ya que trata al adicto cómo un delincuente. Muchos casos de sobredosis no se contabilizan porque en este país es ilegal morir por la droga, los propios médicos no dicen que una sobredosis, o un ataque cardíaco es por droga porque ya tendrían que llamar a un fiscal y dar explicaciones ante un juzgado. Esto es un tema muy importante aca porque al final lo que genera es una ocultación de la problemática y dificulta a los profesionales que accedamos a estadísticas reales.

6. ¿Es adecuada?

El Gobierno sigue con la retórica de que debe perseguir y encarcelar todo lo relacionado con la droga, pero al final el que lo pagan son los pibes que terminan encarcelados mientras los narcotraficantes se mantienen intocables. Esto hace que sea mas costoso tratar a los usuarios y que la problemática no haga mas que agrandarse.

2 El entrevistado hace referencia a la Federación de Organizaciones No Gubernamentales de la Argentina para la prevención y el tratamiento del abuso de drogas.

3 Obra Social de los Empleados de Comercio y Actividades Civiles

Tabla 1

Frecuencia en el uso de drogas entre la población neerlandesa entre 1997, 2001, 2005 y 2009

Frecuencia	Alguna vez en la vida %				Ultimo año %			
	1997	*2001*	*2005*	*2009*	*1997*	*2001*	*2005*	*2009*
Cannabis	19,2	19,5	22,6	25,7	5,5	5,5	5,4	1,7
Cocaina	2,6	2,1	3,4	5,2	0,7	0,7	0,6	1,2
Extasis	2,3	3,2	4,3	6,2	0,8	1,1	1,2	1,4
Amfetaminas	2,2	1,2	2,1	3,1	0,4	0,4	0,3	0,4
LSD	1,5	1,2	1,4	1,5	0	0	0,1	0,1
Heroina	0,3	0,2	0,6	0,5	0	0	0	0,1

Muestra de población entre 15 y 64 años.

Muestra total 1997: 17750
Muestra total 2001: 2312
Muestra total 2005: 4516
Muestra total 2009: 5769

Extraído de CEDRUM, 2009

Tabla 2

Frecuencia en el uso de drogas en la población neerlandesa entre 1997, 2001

DROGA	Alguna vez en la vida		Ultimo año		Ultimo Mes	
	1997	2001	1997	2001	1997	2001
Tabaco	67,2	66,4	38,1	34,1	34,3	30,2
Alcohol	90,2	91,6	82,5	83,8	73,3	75,1
Hipnóticos	17,4	18,5	8,5	9,5	5,5	6,4
Sedativos	19,6	16,3	8,2	7,6	4,9	1,5
Cannabis	15,6	17	4,5	1,5	2,5	1,3
Inhalantes	0,5	0,8	0,1	0,2	0	0,1
Cocaína	2,1	2,9	0,6	0,9	0,2	0,4
Anfetamina	1,9	2,6	0,3	0,5	0,1	0,2
Éxtasis	1,9	2,9	0,7	1,2	0,3	0,5
Alucinógenos	1,8	1,3	0,3	0,1	0	0
Hongos	1,6	2,6	0,6	0,5	0,1	0,1
Opiácios (todos)	11,7	8,2	4,2	2,6	1,1	1,1
Codeina	7,3	5	2,6	1,9	0,9	0,7
Heroina	0,3	0,4	0,1	0,1	0	0,1
Drogas Duras	4,1	4,9	1,2	1,8	0,5	0,8
No drogas	5,2	5,3	10,6	11,1	17,8	18,2

Muestra total 1997: 21,959
Muestra total 2001: 17,655

Extraido de CEDRUM, 2001

Tabla 3

Uso y tratamiento en Holanda
N:16 millones

Sustancia	Consumidor habitual	Adictos	En tratamiento	% tratamiento
Alcohol	10000000	350000	30000	10
Canabis	500000	?	3000	?
Cocaína	65000	>20.000	6000	<30
Heroína	26000	24000	17000	70

Extraido de Kooyman, M. a partir de los datos del Centro Parnassia de Investigación a la Adicción en La Haya

Tabla 4

Coste diario/Beneficio

	Sin tratamiento	Reducción de daños	Mantenimiento metadona	Comunidad Terapeútica
Social	50	50	50	10
Tratamiento médico	0	10	40	140
Delitos	150	150	60	0
Coste	200	210	150	150
Beneficio	0	-10	50	50

Extraido de Koymann, M., a partir de los datos del Instituto de Investigación Científica del ministerio de justicia

Tabla 5

Prevalencia (%) de vida de consumo de sustancias psicoactivas. Población de 12 a 65 años. Argentina 2010.

Sustancias	Población	%	Intervalos de confianza al 95%	
Tabaco	8.687.729	47,3	46,3	49,1
Alcohol	12.867.025	70,0	68,6	72,4
Tranquilizantes s/pm	555.006	3,1	2,6	3,7
Estimulantes s/pm	44721	0,3	0,2	0,4
Solventes e inhalables (naftas, pegamentos, pinturas, popers)	74.051	0,4	0,3	0,6
Marihuana	1.492.846	8,1	7,4	9,2
Hashish	142.504	0,8	0,6	1,1
Pasta Base y/o Paco	61.168	0,3	0,2	0,5
Cocaína	483.524	2,6	2,3	3,1
Crack	20.707	0,1	0,0	0,2
Éxtasis	102.401	0,6	0,4	0,8
Heroína	22.636	0,1	0,1	0,3
Opio	21.940	0,1	0,0	0,3
Morfina sin pm	14.592	0,1	0,0	0,2
Alucinógenos (LSD, peyote, san pedro, PCP, mescalina)	157.962	0,9	0,7	1,2
Ketamina	60.065	0,3	0,2	0,7
Otras drogas	210.448	1,1	0,8	1,8
Alguna droga ilícita	1.734.239	9,4	8,7	10,6

Extraido del observatorio Argentino de Drogas. 2010.

Muestra de 1.8379.988

Tabla 6

Prevalencia (%) de año de consumo de sustancias psicoactivas. Población de 12 a 65 años. Argentina 2010.

Sustancias	Población	%	Intervalos de confianza al 95%	
Tabaco	5.385.327	29,3	28,2	30,7
Alcohol	10.352.991	56,3	55,2	58,8
Tranquilizantes s/pm	234.734	1,3	0,9	1,8
Estimulantes s/pm	8.698	0,0	0,0	0,1
Solventes/inhalables	13.385	0,1	0,0	0,2
Marihuana	589.471	3,2	2,8	3,9
Cocaína	153.501	0,8	0,6	1,2
Pasta base - paco	4.260	0,02	0,0	0,1
Extasis	9.048	0,05	0,0	0,1
Otras drogas	38.696	0,2	0,1	0,5
Alguna droga ilícita	660.141	3,6	3,1	4,4

Extraído del observatorio Argentino de Drogas. 2010.

Muestra de 1.8379.988

Tabla 7

Prevalencia (%) de mes de consumo de sustancias psicoactivas. Población de 12 a 65 años. Argentina 2010.

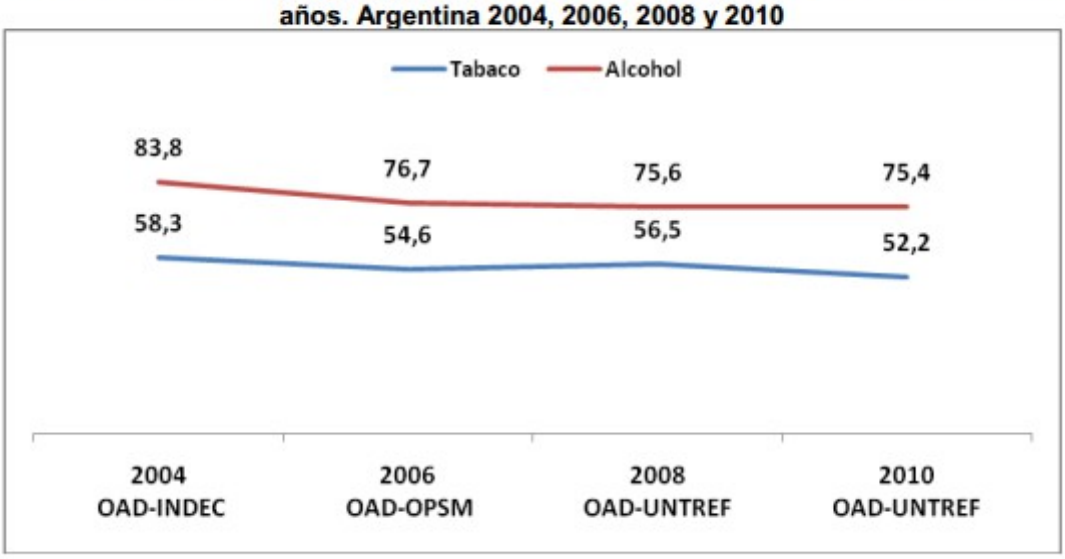
Sustancia	Población	%	Intervalos de confianza al 95%	
Tabaco	4.999.478	27,4	26,2	28,6
Alcohol	8.083.046	44,5	42,8	46,2
Tranquilizantes s/pm	133.298	0,7	0,4	1,2
Estimulantes s/pm	3.696	0,0	0,0	0,1
Solventes/inhalables	11.958	0,1	0,0	0,2
Marihuana	418.450	2,4	1,9	2,9
Cocaína	90.387	0,5	0,3	0,8
Pasta base - paco	1.228	0,01	0.0	0.01
Éxtasis	4.521	0,0	0,0	0,1
Otras drogas	22.751	0,1	0,0	0,4
Alguna droga ilícita	465.427	2,6	2,2	3,2

Extraído del observatorio Argentino de Drogas. 2010.

Muestra de 1.8379.988

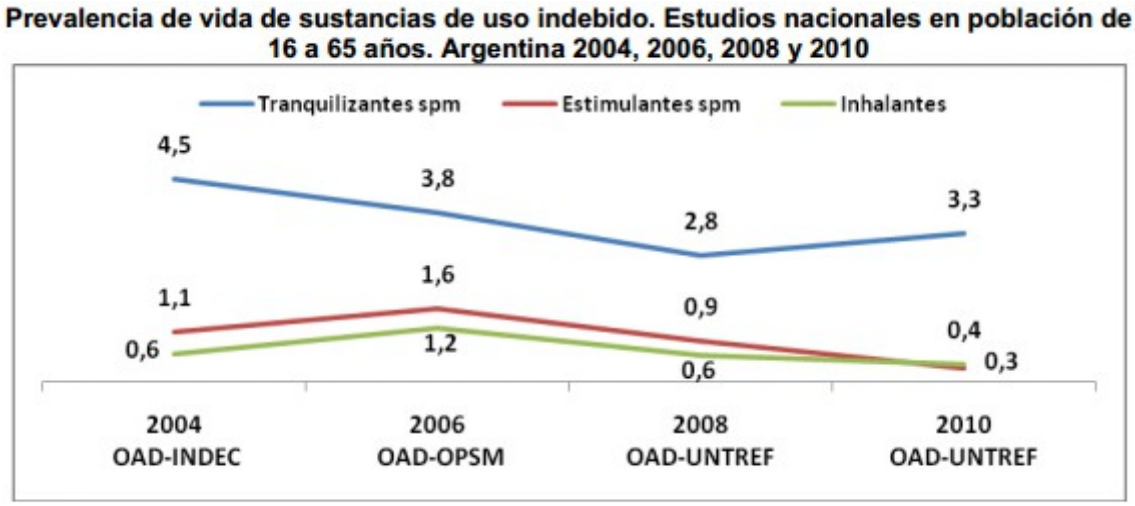
Tabla 8

Prevalencia de vida de tabaco y alcohol. Estudios nacionales en población de 16 a 65 años. Argentina 2004, 2006, 2008 y 2010



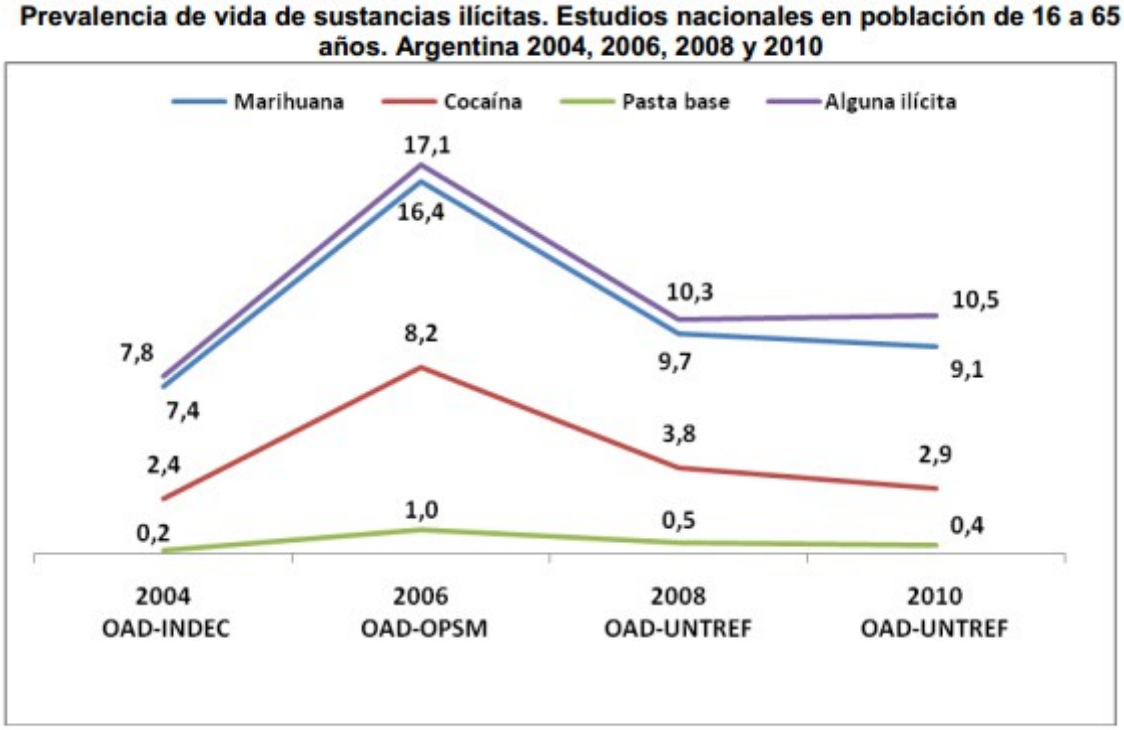
Extraído del observatorio Argentino de Drogas. 2010.

Tabla 9



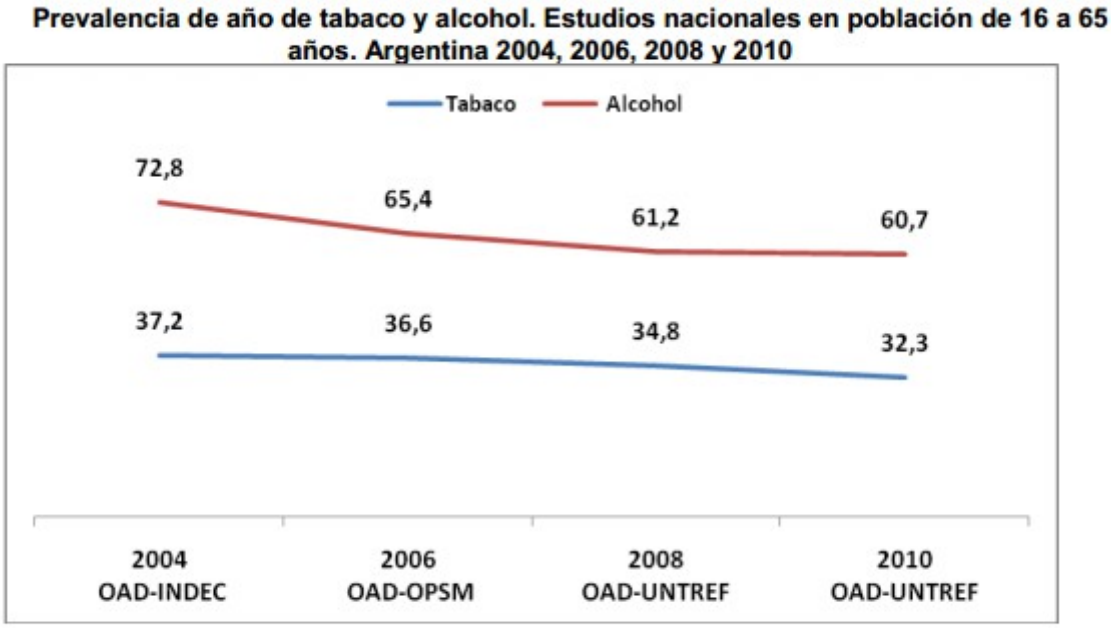
Extraído del observatorio Argentino de Drogas. 2010.

Tabla 10



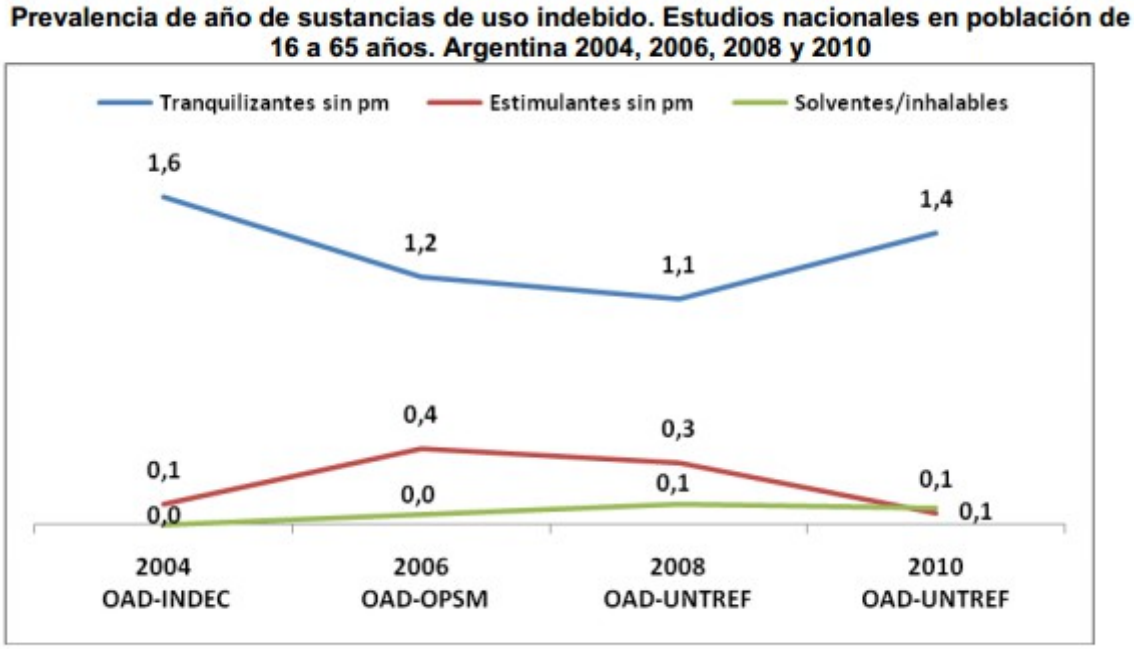
Extraído del observatorio Argentino de Drogas. 2010.

Tabla 11



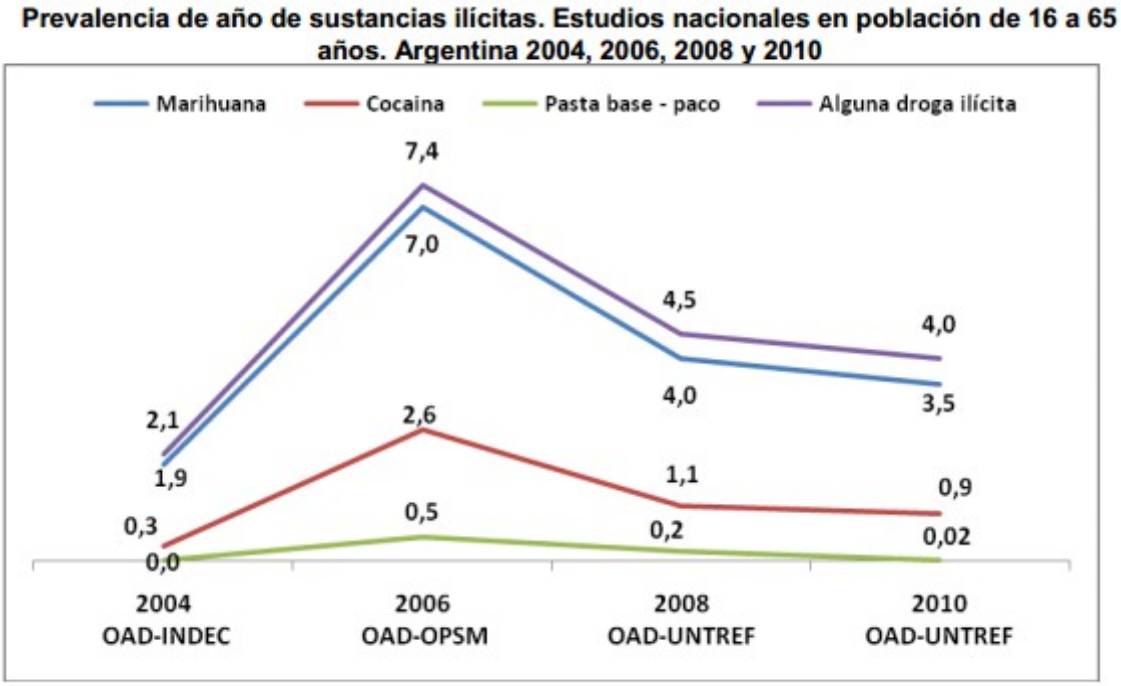
Extraído del observatorio Argentino de Drogas. 2010.

Tabla 12



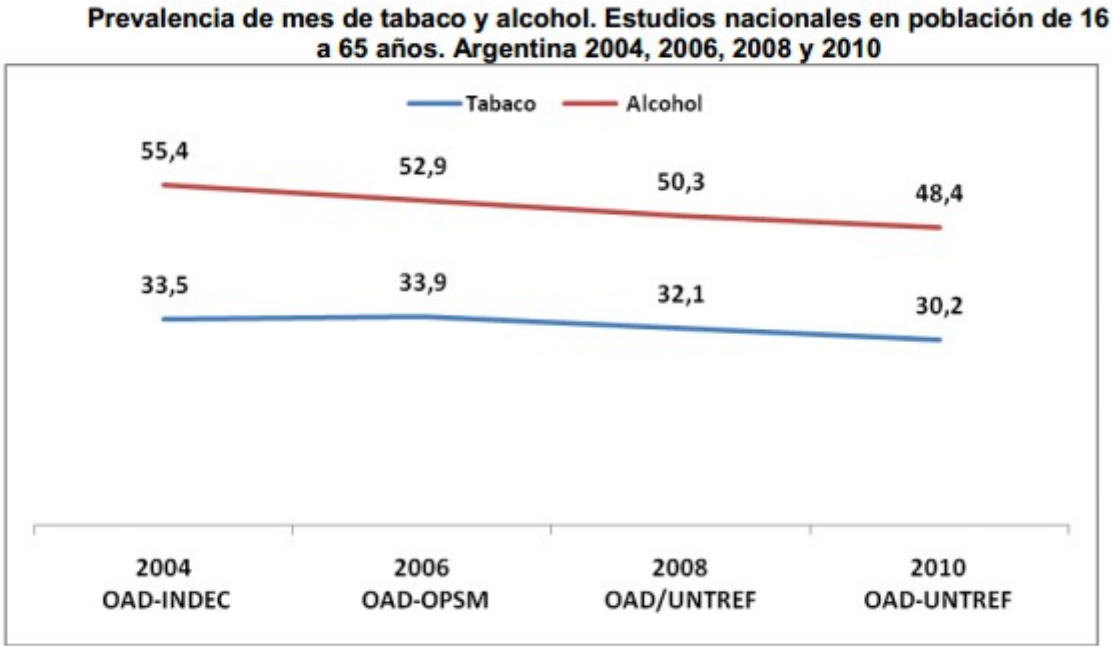
Extraído del observatorio Argentino de Drogas. 2010.

Tabla 13



Extraído del observatorio Argentino de Drogas. 2010.

Tabla 14



Extraído del observatorio Argentino de Drogas. 2010.

Tabla 15

Tabla 4

Prevalencias vida, año y mes de marihuana, población 15 a 64 años, por país.

País	Prevalencias*		
	Vida	Ultimo Año	Último Mes
Argentina	16,7	7,2	4,7
Bolivia	10,9	4,3	0,6
Chile	27,1	7,5	4,2
Ecuador	4,4	0,7	0,4
Perú	4,0	0,7	0,4
Uruguay	14,0	6,0	3,8

* Prevalencias ajustadas por edad y sexo

Extraído de la ONUDD y la CICAD. 2008

Tabla 16

Tabla 13	Prevalencias vida, año y mes de cocaína, población 15 a 64 años, por país.		
País	Prevalencias*		
	Vida	Ultimo Año	Último Mes
Argentina	8,25	2,67	1,63
Bolivia	4,10	0,66	0,45
Chile	6,40	1,31	0,62
Ecuador	1,34	0,11	0,07
Perú	1,55	0,31	0,16
Uruguay	4,63	1,68	0,92

* Prevalencias ajustadas por edad y sexo

Extraído de la ONUDD y la CICAD. 2008

Tabla 17

Tabla 22	Prevalencias vida, año y mes de pasta base, población 15 a 64 años, por país.		
País	Prevalencias*		
	Vida	Ultimo Año	Último Mes
Argentina	1,13	0,54	0,27
Bolivia	0,90	0,09	0,08
Chile	2,92	0,62	0,30
Ecuador	0,80	0,14	0,12
Perú	1,47	0,43	0,18
Uruguay	0,95	0,36	0,15

* Prevalencias ajustadas por edad y sexo

Extraído de la ONUDD y la CICAD. 2008

Tabla 18

Tabla 22	Prevalencias vida, año y mes de pasta base, población 15 a 64 años, por país.		
País	Prevalencias*		
	Vida	Ultimo Año	Último Mes
Argentina	1,13	0,54	0,27
Bolivia	0,90	0,09	0,08
Chile	2,92	0,62	0,30
Ecuador	0,80	0,14	0,12
Perú	1,47	0,43	0,18
Uruguay	0,95	0,36	0,15

* Prevalencias ajustadas por edad y sexo

Extraído de Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1995-2011)