



Trabajo Fin de Grado

Análisis comparativo del rol del Trabajo Social en recursos de atención a las adicciones de la ciudad de Zaragoza.

Autores

Adrián Escorza Catalán y Amanda Ayensa Martínez

Director

Gonzalo García Prado

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo 2023/2024

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	4
2. METODOLOGÍA	5
2.1 Hipótesis	4
2.2 Objetivos.	5
2.2.1. Objetivo general	5
2.2.2 Objetivos específicos	5
2.3 Estructura metodológica.	5
2.3.1. Población investigada.	5
2.3.2. Tiempo.	6
2.3.3. Procedimiento investigador e instrumentos.	6
2.3.4. Procedimiento metodológico.	6
3. MARCO TEÓRICO.	7
3.1 Adicciones: conceptos generales y terminología.	7
3.1.1 Tipos de dependencia.	9
3.1.2 Modelos teóricos de intervención.	10
3.1.3 Clasificación de las drogas.	13
3.2 Desarrollo legislativo en materia de adicciones.	14
3.2.1 Legislación a nivel nacional.	14
3.2.1 Legislación a nivel autonómico.	15
3.2.3 Legislación a nivel provincial y municipal.	15
3.3 Cronología de la intervención en las adicciones.	16
3.4 El papel del Trabajo Social en la atención a adicciones.	17
4. RESULTADOS.	21
5. DISCUSIÓN.	38
6. CONCLUSIONES	45
7. BIBLIOGRAFÍA.	49

1. INTRODUCCIÓN

La investigación trata de indagar y establecer un análisis comparativo del rol de los profesionales del Trabajo Social en los respectivos recursos de naturaleza pública y privada en el ámbito de las adicciones, así como un estudio de la evolución del fenómeno de las adicciones y el consumo, en el contexto de los años noventa, en el actual y en sus perspectivas de futuro dentro del límite geográfico de la ciudad de Zaragoza.

Para ello, analizaremos los siguientes servicios y recursos de Zaragoza que abordan la problemática de la adicción desde la perspectiva de los Trabajadores Sociales que ejercen su profesión en ellos. Dichos recursos son Unidad de Atención y Seguimiento de las Adicciones del Centro de Solidaridad 'Proyecto Hombre', el Centro Municipal de Atención de Prevención Adicciones (CMAPA) y Unidad de Atención y Seguimiento de las Adicciones de Cruz Roja. Por último, el Comité Ciudadano Antisida desde la labor desempeñada en los años noventa.

2. METODOLOGÍA

Este apartado se compone de una serie de hipótesis y los objetivos de la investigación, junto al desarrollo de la estructura metodológica por la que nos hemos regido para llevar a cabo nuestro trabajo de investigación.

2.1 Hipótesis

Hipótesis 1: El consumo de drogas y las adicciones evolucionan en relación al desarrollo de las sociedades.

Hipótesis 2: Las principales sustancias consumidas en la actualidad varían en relación a las predominantes en los años ochenta y noventa.

Hipótesis 3: Actualmente existe un importante auge de las adicciones conductuales.

Hipótesis 4: El cannabis es una de las sustancias predominantes en la sociedad actual, junto al alcohol.

Hipótesis 5: Los trastornos de salud mental suponen tanto un factor de riesgo como una consecuencia derivada de la situación de adicción.

Hipótesis 6: Existe una mayor prevalencia de hombres frente a mujeres en las Unidades de Atención y Seguimiento de las Adicciones.

Hipótesis 7: Las Unidades de Atención y Seguimiento de las Adicciones intervienen principalmente desde el modelo cognitivo conductual en el nivel individual, familiar y grupal del usuario.

Hipótesis 8: El modelo médico de intervención en adicciones es reduccionista porque no interviene en las causas que provocan el desarrollo de una adicción.

Hipótesis 9: La figura del Trabajo Social en el ámbito de las adicciones está limitada por la falta de tiempo y un número reducido de personal.

Hipótesis 10: La figura del Trabajo Social es esencial para abarcar todas las áreas del contexto social de la persona adicta, siendo además un nexo para la coordinación multidisciplinar.

Hipótesis 11: Los profesionales del ámbito de las adicciones consideran el consumo como un mero síntoma.

Hipótesis 12: La coordinación externa es esencial para una intervención eficaz e integral en el individuo.

2.2 Objetivos.

2.2.1. Objetivo general.

- A. Describir, comparar y analizar las funciones de los profesionales del Trabajo Social en los recursos de atención a las adicciones de la ciudad de Zaragoza.

2.2.2 Objetivos específicos.

- A. Analizar las necesidades y demandas de las propias personas drogodependientes.
- B. Conocer el contexto de la intervención del Trabajo Social en los distintos recursos.
- C. Identificar el perfil de las personas drogodependientes.
- D. Conocer los factores de riesgo, causas y consecuencias que inciden en la problemática de la adicción.
- E. Analizar las funciones específicas y generales de los profesionales del Trabajo Social en los distintos recursos.
- F. Identificar las carencias detectadas por los profesionales del Trabajo Social en las intervenciones.
- G. Identificar los objetivos de los Trabajadores Sociales en su ámbito de intervención.
- H. Estudiar los diferentes recursos y servicios con los que cuentan los profesionales del Trabajo Social en los diferentes centros.
- I. Estudiar la legislación pertinente en materia de adicciones.
- J. Profundizar en las fases del proceso de intervención del Trabajo Social.
- K. Definir las metodologías, técnicas y modelos de intervención del Trabajo Social.
- L. Conocer propuestas de mejora y perspectivas de futuro del profesional del Trabajo Social.

2.3 Estructura metodológica.

2.3.1. Población investigada.

Para realizar la presente investigación de carácter social se utilizará una población muestra de tres profesionales de Trabajo Social que ejercen la profesión en los diferentes recursos del ámbito de las adicciones en la ciudad de Zaragoza: UASA Centro de Solidaridad (Proyecto Hombre), CMAPA (Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones), UASA Cruz Roja. También se entrevistará a otro profesional del Trabajo Social en su experiencia laboral en el Comité Ciudadano Antisida durante la época de los 90.

2.3.2. Tiempo.

Esta será una investigación transversal-seccional, ya que se va a limitar a la recogida de datos a un único momento en el tiempo, de esta manera se realizará una única entrevista por profesional y servicio.

2.3.3. Procedimiento investigador e instrumentos.

La metodología que se va a llevar a cabo para realizar la presente investigación va a implementar metodología de carácter cualitativo. Particularmente, se hará uso de la entrevista semiestructurada en la modalidad de la presencialidad, haciendo uso de un mismo guión semiestructurado para la realización de las mismas.

La metodología cualitativa persigue una comprensión de las representaciones, interpretaciones y experiencias de los sujetos respecto a su realidad desde una perspectiva holista. Sin hacer uso de la representatividad estadística ni la formulación de leyes universales, sino un conocimiento profundo y contextualizado del fenómeno que se estudia.

De esta manera, serán entrevistadas las profesionales del Trabajo Social de los respectivos recursos especializados en el ámbito de la drogodependencia, tratando de obtener respuestas no sugeridas y veraces, las cuales se ajusten a la realidad de la persona entrevistada. Para la realización de dichas entrevistas, se tendrá en cuenta en todo momento la confidencialidad, y se pretende grabarlas para facilitar la posterior transcripción de las mismas.

En cuanto a la finalidad de la investigación, se trata de una investigación básica o pura, puesto que el objetivo es proporcionar conocimientos sobre la realidad social, a través de la descripción o de la explicación. Dichos conocimientos podrán hacer aportaciones a las teorías o permitir elaborar nuevas. O sea, se limitan a producir conocimientos. Con lo que, su fin no es práctico, no pretende lograr ninguna aplicación práctica en la sociedad; aunque sus resultados puedan ser usados posteriormente como base para diseñar intervenciones sociales.

Así mismo, las fuentes utilizadas para llevar a cabo la investigación serán de carácter mixto (fuentes primarias y secundarias).

2.3.4. Procedimiento metodológico.

En primer lugar, hemos realizado una búsqueda exhaustiva de bibliografía en relación a las adicciones, teniendo en cuenta diversas teorías, autores, conceptos, legislación y el papel del Trabajo Social en dicho ámbito.

A su vez, recabamos información acerca de los recursos existentes en la ciudad de Zaragoza, y contactamos con los mismos a través del correo. Acordamos cita presencial con la mayoría de los centros contactados. Una de las limitaciones encontradas para la realización del trabajo es que la Trabajadora Social de la UASA

Hospital Nuestra Señora de Gracia no ha podido concedernos la entrevista por falta de tiempo y sobrecarga de trabajo.

Posteriormente hemos concretado los objetivos que queremos alcanzar con la realización de la investigación, y en base a ellos realizamos un guión de entrevista estructurado, que hemos utilizado en cada una de las entrevistas realizadas a los profesionales.

Por otro lado, hemos realizado una entrevista adicional a las previstas, en la que el entrevistado ha respondido al guión en base al desempeño de su labor profesional, la cual llevó a cabo en la época de los 90 en un recurso de atención de personas con adicciones.

A raíz de la información obtenida en las entrevistas, hemos obtenido una serie de datos y resultados, que seguidamente hemos analizado y comparado, obteniendo así la información más relevante y las conclusiones acerca de lo investigado.

3. MARCO TEÓRICO.

La fundamentación teórica se va a estructurar en diferentes apartados donde aparecerán los conceptos y definiciones clave en materia de adicciones, así como un breve repaso de la evolución histórica de las intervenciones con dicha problemática y el papel de la disciplina del Trabajo Social en esta.

3.1 Adicciones: conceptos generales y terminología.

El consumo de sustancias psicoactivas ha estado presente en todas las etapas de la humanidad, y sus usos han sido variados entre sí: lúdicos, medicinales, bélicos, religiosos, sociales... No obstante, en el siglo pasado, el consumo de tales sustancias supuso que se fueran generando múltiples problemáticas que han alcanzado, hasta el día de hoy, al conjunto de la población mundial, siendo necesaria la vertebración de programas de atención, tanto a nivel regional, como de carácter mundial.

Desde la perspectiva médica y científica, el término droga se aplica a aquellas sustancias psicoactivas con acción reforzadora positiva, capaces de generar dependencia psicológica y, también física, y que ocasionan, en muchos casos, un grave deterioro psicoorgánico y de conducta social (Del Moral et al., 1998).

Del Moral et al (1998) consideran que el consumo de sustancias debe conllevar la existencia de nocividad social para determinar que una sustancia sea una droga. La nocividad social se compone de tres niveles:

- El familiar donde se producen conflictos de relación, desatención de las responsabilidades, disgregación...
- El laboral se refleja en la disminución en el rendimiento, el absentismo y el aumento del número de accidentes.
- El personal produce un deterioro en el ámbito socioeconómico, en el relacional, actos delictivos...

Para Mayor Sánchez el concepto de drogodependencia debe incorporar los efectos negativos y por ello establece la siguiente definición:

Una actividad de continuo y progresivo consumo de drogas que, a lo largo del tiempo, y gracias a fenómenos como la tolerancia, el anhelo y el síndrome de abstinencia, se convierte en una actividad auto limitativa, desviada y nociva para el sujeto y para la sociedad (1996, p. 220).

El DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) utiliza el término ‘Trastorno por consumo de sustancias en lugar de dependencia a sustancias’. En esta nueva clasificación, el trastorno por consumo de sustancias abarca tanto la dependencia como el abuso de sustancias en una sola categoría, en vez de diagnosticarlos por separado, lo que supone un enfoque dimensional. El DSM-5 describe el trastorno por consumo de sustancias como una condición en la que el uso de una sustancia (como alcohol, drogas, medicamentos) conlleva a problemas clínicamente significativos o deterioro funcional, manifestado por síntomas como la pérdida de control sobre el consumo, el uso compulsivo, el deseo persistente de consumir la sustancia, la tolerancia y la abstinencia.

También se han usado asiduamente como sinónimos términos tales como “toxicomanía” o “adicciones”. Este último tiene una mayor amplitud, porque trasciende de la adicción a sustancias únicamente, incluyendo también conductas o acciones que pueden desembocar en una situación adictiva: juego patológico, conductas sexuales....

Sixto-Costoya y Olivar Arroyo (2018) apuntan que, en la actualidad, la definición hegemónica dentro de la comunidad científica sobre el concepto de adicciones es el divulgado por el National Institute of Drug Abuse (NIDA):

Una enfermedad crónica y recurrente del cerebro que se caracteriza por la búsqueda del consumo compulsivo de drogas a pesar de sus consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas modifican este órgano: su estructura y funcionamiento se ven afectados. Estos cambios en el cerebro pueden ser de larga duración y pueden conducir a comportamientos peligrosos que se observan en las personas que abusan del consumo de drogas (NIDA, 2014, p. 5).

Como se ha mencionado anteriormente, una de las consecuencias de las adicciones es el síndrome de abstinencia, entendido como “el conjunto de signos y síntomas que aparecen al cesar bruscamente el consumo de una sustancia, y que desaparece al volverla a consumir produciendo cambios neuroadaptativos en el SNC (Caudevilla, 2007, p. 5).”

Otra consecuencia intrínseca a la adicción es el fenómeno de la tolerancia, la cual es definida por Caudevilla (2007, p. 5) como “la necesidad progresiva de administrar cantidades crecientes de una sustancia para conseguir el efecto deseado”.

En relación al consumo de drogas, es necesario profundizar en la diferencia entre estos tres tipos, ya que popularmente tienden a confundirse y a disociar el significado de cada cual: Caudevilla entiende por abuso

al “conjunto de consumos de una sustancia psicoactiva que dañen o amenacen con dañar la salud física, mental o el bienestar social de un individuo” (Caudevilla, 2007, p. 6). En contraposición al abuso, encontramos el uso de drogas, cuya diferencia radica en que este último no supone consecuencias negativas para la salud, no aparecen problemas individuales ni dependencia (Caudevilla, 2007). Por último, entendemos como hábito a la costumbre de consumir una sustancia por habernos adaptado a sus efectos (Del Moral et al., 1998).

Según Sánchez Hervás et al (2004), las recaídas y fenómeno denominado craving son dos elementos que atraviesan cualquier tipo de conducta adictiva. Por un lado, los procesos de recaídas son esenciales en la intervención, debido a la frecuencia con que se dan por lo que han pasado a considerarse como un paso más en el proceso de rehabilitación. Estas producen sentimientos de frustración de los profesionales que intervienen en el proceso y del propio usuario, ya que escapa de su control, así como de desespero social y familiar. El craving es un elemento indispensable para entender las recaídas en las conductas adictivas, ya que se presenta como un deseo irrefrenable y autónomo de la persona adicta por el consumo o ansia de la adicción convirtiendo al acto consumatorio como el medio para la realización del dicho deseo. Este supone el principal factor de recaídas y del abandono terapéutico.

Otro concepto relevante en el tratamiento de adicciones es la denominada patología dual entendida como “la coexistencia en una misma persona de una adicción y otro trastorno mental, en una situación clínica ampliamente documentada y sufrida por los pacientes y sus familias” (Mancheño Barba et al., 2023, p. 25).

3.1.1 Tipos de dependencia.

De acuerdo a Del Moral et al (1998) existen tres formas de adicción a las sustancias: la física, la emocional y la social.

La dependencia física, también llamada neuroadaptación, se caracteriza por la necesidad de mantener ciertos niveles de una sustancia en el cuerpo, creando un vínculo entre la sustancia y el organismo.

La dependencia emocional es el intenso deseo de consumir una sustancia para experimentar sus efectos placenteros o para evitar malestar, como la ansiedad, asociados con su ausencia.

El tercer tipo de dependencia surge de la necesidad de consumir la sustancia como parte de la identidad social, como señal de pertenencia a un grupo. La interrupción del consumo puede desencadenar crisis de relaciones significativas para el adicto, lo que puede llevar a reanudar el consumo para restablecer la comodidad social perdida.

3.1.2 Modelos teóricos de intervención.

De acuerdo a Resa y Martín (2007) existen cuatro modelos teóricos de intervención en drogodependencia relacionados directamente con la sustancia, el consumidor y el contexto de consumo.

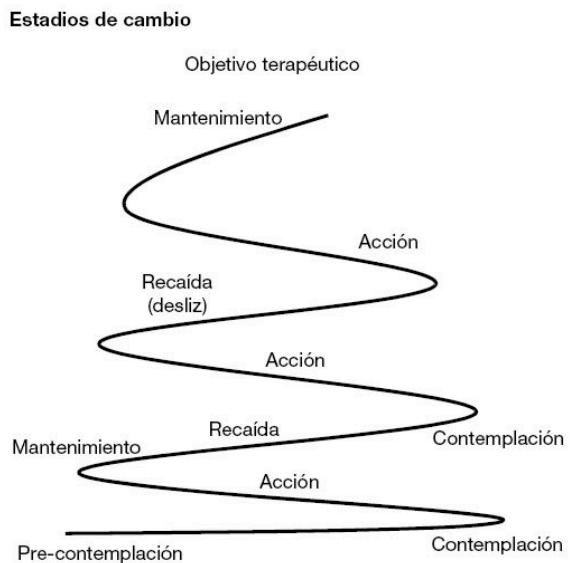
1. El modelo ético - jurídico tiene como objetivo evitar el alcance de las drogas por parte de la sociedad mediante un paradigma represivo basado en el castigo y la amenaza llevado a la prácticas con medidas legislativas y punitivas en lo relativo a cultivo, elaboración, distribución o posesión de drogas. Este modelo favorece la estigmatización del usuario consumidor centrándose en este como el problema central de las drogas.
2. El modelo médico - sanitario entiende las drogas como sustancias que tienen efectos nocivos para la salud del consumidor, el cual es un enfermo que necesita ser curado y tratado. Este modelo trata de reducir el consumo y aumentar el control mediante la disminución de la aceptación social, aumento del precio de dichas sustancias, utilización de medicamentos antagonistas o información sobre los efectos en la salud. Este modelo contribuye a la estigmatización de colectivos (por ejemplo, la juventud) e ignorar la diversidad de consumidores y los componentes socioculturales.
3. El modelo psicosocial se centra en el comportamiento del sujeto en base a tres elementos: sustancia - individuo - contexto. Considera la adicción como el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales de la persona. Las medidas que adopta se basan en la propagación de información sobre actitudes, valores, estereotipos culturales y estilos de vida entendiendo que existen factores individuales, así como presiones grupales que incitan al consumo.
4. El modelo sociocultural atiende a la complejidad y variabilidad de los contextos sociales y culturales enfatizando en el significado social de los consumos de las drogas y de la manera en la que la sociedad actúa con las personas drogodependientes. En este sentido, los factores socioeconómicos y ambientales son originarios del consumo por lo que se han de adaptar estos al individuo por medio del cambio social. Además, defiende que una misma sustancia, con las diferentes variantes producidas por el contexto y el individuo, puede tener diferentes efectos. La respuesta social a las problemáticas son medidas destinadas a la integración y apoyo social.

No obstante, para Llorente del Pozo e Iraurgi Castillo (2008), los trastornos adictivos suelen ser descritos como procesos recurrentes, caracterizados por ciclos de abstinencia y consumo que se repiten a lo largo del tiempo, con duraciones variables. Alcanzar la abstinencia después de un período de consumo no implica resolver el problema por completo; simplemente se han logrado objetivos parciales en un proceso que requiere consolidar los recursos adquiridos para mantener los objetivos terapéuticos a largo plazo. La mayoría de los terapeutas especializados en adicciones, sin importar su enfoque teórico, coinciden en que las personas con problemas de adicción pasan por diferentes etapas de cambio, siguiendo una evolución no lineal, sino en espiral. Un modelo integral de cambio debe ser flexible y abierto a incorporar nuevas variables que surgen a medida que se entiende mejor cómo las personas modifican sus conductas adictivas.

5. El Modelo cognitivo-conductual desarrollado por los autores Prochaska y DiClemente en 1982 es un modelo tridimensional que integra los estadios, procesos y niveles de cambio. Dado que uno de los principales desafíos en el proceso de cambio de cualquier conducta adictiva son las altas tasas de recaídas, este modelo, denominado transteórico del cambio, subraya que la mayoría de las personas no progresan de manera lineal a través de los estadios de cambio. En su lugar, la evolución se percibe como un espiral, siendo difícil predecir cuándo una persona en un estadio de mantenimiento podría retroceder a un estadio de precontemplación o contemplación y reiniciar el

consumo con una recaída. En la siguiente gráfica, puede apreciarse el recorrido y evolución del tratamiento de una adicción:

1. Gráfica 1. Modelo de Prochaska y DiClemente.



Fuente: Llorente del Pozo e Iraurgi (2008).

A continuación, se describen las características de cada uno de los estadios de cambio de acuerdo a las aportaciones de Tejero y Trujols recogidas en Llorente del Pozo e Iraurgi (2008):

- A. Precontemplación: En este estadio, los individuos no consideran seriamente la posibilidad de cambiar. Pueden permanecer en esta fase debido a la falta de información o a estar mal informados sobre las consecuencias de sus conductas. Otros se sienten desmoralizados respecto a su capacidad de cambiar y evitan pensar en ello. Es común que las personas en esta etapa estén a la defensiva sobre sus conductas adictivas y resistan las presiones externas para cambiar. No se consideran a sí mismos como portadores de una conducta problemática que necesite cambio. Si buscan tratamiento, lo hacen de manera involuntaria, para evitar presiones externas (familiares, judiciales, etc.), con el objetivo de disminuir o eliminar estas presiones. Pueden mostrar cambios puntuales o abstinencia temporal, pero una vez que la presión externa desaparece, suelen retomar su patrón de consumo.
- B. Contemplación: Durante este período, los individuos empiezan a considerar seriamente el cambio. Están más abiertos a recibir feedback y a obtener información sobre sus problemas y cómo resolverlos, aunque aún no han desarrollado un compromiso firme. En esta etapa, el individuo toma conciencia de los problemas causados por su conducta adictiva y empieza a considerar abandonarla, enfrentando una gran ambivalencia entre el costo y el beneficio de dejar la droga. Cuando estos aspectos están equilibrados, muchos pueden permanecer en este estadio durante años como contempladores crónicos, sustituyendo la acción por la reflexión.

- C. Preparación: Inicialmente llamado estadio de determinación o toma de decisión, es una fase donde se observan tanto criterios intencionales como conductuales. Los individuos están preparados para actuar y han dado pequeños pasos hacia el cambio, como reducir la frecuencia de la conducta adictiva o intentar dejarla en el pasado.
- D. Acción: En el estadio de acción, también conocido como «actuación», se produce abiertamente la modificación de la conducta problemática. Aquí, el individuo cambia, con o sin ayuda profesional, su comportamiento manifiesto y las condiciones ambientales que le afectan, con el objetivo de superar su adicción. Se llevan a cabo objetivos de abstinencia o suspensión del hábito. Como describen Prochaska, DiClemente y Norcross, así como Tejero y Trujols, muchas personas, incluyendo profesionales, equiparan incorrectamente acción con cambio, omitiendo el trabajo previo de preparación y los esfuerzos necesarios para mantener los avances logrados.
- E. Mantenimiento: En el estadio de mantenimiento, el individuo busca conservar y consolidar los logros alcanzados en el estadio anterior y prevenir una recaída en la conducta adictiva. Este estadio no implica una ausencia de cambio, sino una continuación activa del mismo. Las personas en esta fase pueden temer no solo la recaída, sino también el cambio en sí, lo cual puede llevar a un estilo de vida excesivamente rígido y estructurado, comportándose como si cualquier alteración en sus nuevas pautas pudiera implicar una recaída.

Comprender el proceso de cambio según las características de estos estadios permite orientar las diferentes modalidades de intervención terapéutica, tanto farmacológicas como psicoterapéuticas o psicosociales. Por ejemplo, en una fase de precontemplación, donde la intención de dejar el consumo ni siquiera se ha planteado, las intervenciones en crisis o la terapia motivacional pueden ser más efectivas, mientras que una desintoxicación es más apropiada en una fase de acción, y la prevención de recaídas en la fase de mantenimiento. Las técnicas de intervención cognitivo-conductuales pueden adaptarse a las características específicas de cada fase del proceso y ser útiles en un amplio espectro de los estadios de cambio (Llorente del Pozo e Iraurgi Castillo, 2008).

3.1.3 Clasificación de las drogas.

Gállico (2007) señala las diversas maneras de clasificar las sustancias, cada una con sus propias características y limitaciones:

Tabla 1. Clasificación de las drogas.

ESTADO LEGAL	PROCEDENCIA	PELIGROSIDAD	EFFECTOS
Drogas legales: - Alcohol - Tabaco - Café	Naturales: - Hongos - Plantas	Duras: Presentan riesgos graves para la salud	Estimulantes: Activan el Sistema Nervioso Central (SNC). - Cocaína - Anfetaminas - Cafeína
Drogas ilegales: Sujetas a diversas regulaciones legales.	Sintéticas: Aquellas que requieren procesos físicos o químicos para su elaboración. - Obtención de hachís a partir de la marihuana.	Blandas: - Alcohol - Tabaco - Cannabis	Depresores: Reducen la actividad del SNC. - Alcohol - Barbitúricos - Benzodiacepinas - GHB
Observaciones: La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, organismo de la ONU encargado del control de drogas, establece cuatro listas con diferentes niveles de restricción. Sin embargo, esta clasificación no se fundamenta en criterios médicos, farmacológicos o toxicológicos, sino en consideraciones políticas y morales.	Observaciones: Sin embargo, la distinción entre lo natural y lo sintético no está siempre clara, ya que, en muchos casos, la obtención de ciertas sustancias naturales requiere procesos químicos o físicos. Además, algunas drogas consideradas sintéticas, como el LSD o el éxtasis/MDMA, tienen precursores	Observaciones: En España, la morbilidad, mortalidad y coste sanitario asociados al alcohol y al tabaco son significativamente mayores que los de todas las demás drogas ilegales juntas. La peligrosidad de una droga está determinada por factores tanto farmacológicos como extra farmacológicos.	Observaciones: Existe un 3º grupo de sustancias que provocan alteraciones en la percepción (psicodélicos). - LSD - Psilocibina - Ketamina

	inmediatos de origen vegetal.		
--	-------------------------------	--	--

3.2 Desarrollo legislativo en materia de adicciones.

Para contextualizar el ámbito de las adicciones a nivel político, a continuación, se resume la diversa legislación vigente en relación a la misma, a nivel nacional, autonómico y provincial. Desde esta perspectiva, se puede apreciar la importancia y compromiso que se otorga a las adicciones desde las administraciones públicas para abordar esta problemática. Por otro lado, aparte de la distinta legislación que estructura el ámbito de la adicción, tiene un papel fundamental en la práctica profesional el código deontológico del Trabajo Social, el cual recoge a su vez aspectos éticos.

3.2.1 Legislación a nivel nacional.

Tabla 2. Legislación a nivel nacional.

Plan Nacional sobre Drogas, 1985.
Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
Ley Orgánica 8/1992, de 23 de diciembre, de modificación del Código Penal y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal en materia de tráfico de Drogas.
Real Decreto 200/2012 de 23 de enero 2 le corresponde a la Delegación del Gobierno las funciones, coordinación de los servicios y de dirigir el Plan Nacional Sobre Drogas.
Real Decreto 948/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la Oficina de Recuperación y Gestión de Activos.
Real Decreto 129/2017, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de control de precursores de drogas.
Real Decreto 740/2021, de 24 de agosto, por el que se regulan la estrategia nacional sobre adicciones y sus planes de acción, y se modifican cuatro reales decretos para adaptar la composición de algunos órganos colegiados del Plan Nacional sobre drogas y la competencia ministerial con relación a la orden al mérito del plan nacional sobre drogas a la nueva organización ministerial.

Orden SND/561/2021, de 1 de junio, por la que se modifica, para incluir la sustancia isotonitaceno, el Real Decreto 1194/2011, de 19 de agosto, por el que se establece el procedimiento para que una sustancia sea considerada estupefaciente en el ámbito nacional.

Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 (END).

Plan de Acción sobre adicciones (2018-2020). (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad). En la actualidad, es uno de los más fundamentales a nivel nacional.

3.2.1 Legislación a nivel autonómico.

La Ley 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de adicciones es el marco básico de actuación para abordar el fenómeno, de naturaleza multidimensional, que supone el abuso de sustancias psicoactivas y el desarrollo de patologías adictivas en Aragón, se quiere hacer énfasis en el enfoque educativo, insistiendo en la integración adecuada de la educación para la salud en todos los ámbitos educativos de la comunidad, de tal forma que la promoción de estilos de vida sanos y autónomos sea un objetivo a trabajar desde las diferentes disciplinas y entornos profesionales.

En la Comunidad Autónoma de Aragón a través del II Plan Autonómico sobre adicciones y otras conductas adictivas 2010-2016, se constituyen una serie de criterios y objetivos que deben de tenerse en cuenta a la hora de ejecutar todas las actuaciones relacionadas con el consumo de drogas desarrolladas en Aragón. En dicho plan, se establecen cuatro áreas de actuación: prevención, asistencia, integración social, y sistemas de información.

El plan vigente es el III Plan de Adicciones 2018-2024 de la comunidad autónoma de Aragón que, en su preámbulo se reconoce en el marco normativo de la Ley 3/2001 citada así como de la Ley 5/2014 de Salud Pública de Aragón que tiene como objetivo, recoger, de forma organizada, las prioridades en materia de prevención de adicciones y asistencia a las personas con patología relacionada con las mismas, para el período 2018-2024 y será el marco de referencia, en ese ciclo temporal, para instituciones y entidades que lleven a cabo actuaciones en materia de prevención y asistencia en Aragón

3.2.3 Legislación a nivel provincial y municipal.

La ley 10/2017 de 30 de noviembre, de régimen especial del municipio de Zaragoza como capital de Aragón recoge como competencia del Ayuntamiento de Zaragoza la acción social en materia de drogodependencia y otras adicciones: ejercerá la dirección, coordinación, desarrollo y ejecución del plan autonómico en la materia, así como elaborar y ejecutar un plan municipal, ejerciendo las potestades inspectoras.

El II Plan Municipal de Adicciones de la ciudad de Zaragoza recoge y articula el conjunto de actuaciones que se desarrollarán en la ciudad en los próximos seis años (2022 a 2026) en materia de prevención y atención de las adicciones que tiene como objetivo, recoger, de forma organizada, las prioridades en materia de prevención de adicciones y asistencia a las personas con patología relacionada con las mismas. Tiene como puntos de referencia la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 y el III Plan de Adicciones de Aragón, así como la Ley 3/2001, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias de Aragón.

La intervención en adicciones desde el Ayuntamiento de Zaragoza, si bien se desarrolla en el marco y bajo la cobertura del Plan Autonómico de Adicciones, se lleva a cabo con una planificación propia y desde un dispositivo especializado de su estructura orgánica.

3.3 Cronología de la intervención en las adicciones.

Con la constante evolución de las sociedades, los patrones de consumo y los tipos de adicciones han ido variando a lo largo del tiempo y a su vez, la manera de abordar la problemática y los distintos servicios que la tratan. En el caso de Aragón, dicha evolución queda plasmada en los consecutivos planes autonómicos sobre adicciones y otras conductas adictivas.

Tal y como queda recogido en el plan autonómico sobre adicciones y otras conductas adictivas 2005 - 2008, con el desencadenamiento de la crisis de la heroína en la década de los 80, comenzaron a crearse numerosas respuestas asistenciales, en un momento en el que las competencias derivadas de la problemática de drogas no habían sido transferidas al INSALUD, con lo que ayuntamientos y comunidades autónomas se dotaron de recursos asistenciales.

En 1985 con el Plan Nacional sobre Drogas, las administraciones se comprometieron con la creación de una red pública de asistencia a la problemática de las drogas y a iniciar políticas preventivas. Por su parte, Aragón impulsó una Red de Atención a las Drogodependencias mediante servicios públicos conveniados con las entidades locales creando diversos Centros de Drogodependencias de ámbito comarcal, y subvencionando entidades privadas que se ocupan de este problema. Por su parte el Ayuntamiento de Zaragoza creó sus propios recursos de atención y seguimiento y la Diputación Provincial de Zaragoza puso en marcha una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria.

Además, en la segunda mitad de la década de los 80 con la aparición de la infección de VIH y de SIDA, los centros de este ámbito incluyeron en su oferta programas de reducción de daños (programas de mantenimiento con opiáceos) despojando a las adicciones de su carga “moralista” para tratarlas como un problema más de salud.

En la actualidad, es esencial para el fomento de la salud pública abordar la problemática de las adicciones como un estilo de vida de gran riesgo para la salud individual y colectiva que está altamente condicionado por factores sociales. En cuanto a las drogas legales, los patrones de consumo socialmente aceptados constituyen un grave riesgo a nivel de salud pública.

Es importante contemplar la aparición de nuevos patrones de uso y abuso, y en particular el consumo de sustancias dentro de un contexto de ocio y diversión permanente y los problemas asociados a otras formas

de adicción no ligadas a sustancias como la ludopatía, o la adicción a actividades relacionadas con las nuevas tecnologías.

3.4 El papel del Trabajo Social en la atención a adicciones.

Las adicciones son consideradas un área central en el campo de intervención del Trabajo Social, ya que la intervención sobre ellas es fundamental para el cambio social analizando su naturaleza y precisando su definición. (Mayor Sánchez, 1996).

Desde el Trabajo Social, no solo se interviene de manera directa con los afectados, sino que es necesaria la acción con el entorno familiar de los mismos, con el medio social próximo y con la propia sociedad, de manera que se fomenten cambios positivos en la manera de percibir a las personas drogodependientes, facilitando así la aceptación de éstos y los apoyos necesarios.

Resa y Martín (2007) definen el Trabajo Social en el contexto de las adicciones como una modalidad específica de Trabajo Social que, a través de un proceso de acompañamiento social, se enfoca en analizar y abordar los factores sociales que pueden provocar conductas adictivas, mantenerlas o ayudar a superarlas. El objetivo es disminuir los factores de riesgo en el entorno social y aumentar los recursos interactivos y psicosociales de la persona.

Siguiendo con el mismo autor, para entender el fenómeno de la drogodependencia se han de estudiar los tres elementos que lo determinan: sustancia, persona y entorno. Este último es el ámbito de intervención más pertinente de los Trabajadores Sociales. El entorno está compuesto por un microsistema (familia, escuela y grupo de iguales); un mesosistema (roles, trabajo, estatus, hábitat y ocio) y un microsistema (valores, sistema social, políticas educativas, legislación, alternativas, dimensión transcultural, medios de comunicación y publicidad) (Resa y Martín, 2007).

Mayor (1996) propone un modelo de intervención multidimensional y sistémico de intervención cuyo objetivo es la eliminación del consumo de droga o su control desde el nivel biológico, psicológico y social y teniendo en cuenta los factores de riesgo (del sujeto, de la droga y del contexto). Las tres fases de dicho modelo de intervención están compuestas por una fase de prevención, una de intervención y una de reinserción.

La fase de prevención es la más relevante, ya que si es efectiva será la única intervención a realizar. Esta puede dirigirse a un elevado número de personas y, además, evita los crecientes problemas como son los trastornos, dificultades y sufrimientos derivados de la situación de adicción. No obstante, su eficacia se ve entorpecida en diferentes casos por la amplitud de factores de riesgo a los que se dirige y cuyos resultados requieren un complicado análisis de estudio, así como un control riguroso del proceso. De acuerdo a Mayor Sánchez (1996) y Resa y Martín (2007), la prevención está focalizada en disminuir las demandas del sujeto que constituyen los factores de riesgo y a empoderar al sujeto para hacer frente a esas demandas. Por ello, la prevención debe tener un carácter educativo e incidir en las diferentes dimensiones que atraviesan a las personas (afectivas, sanitarias, educativas, laborales, culturales...) además de incrementar los recursos del sujeto de naturaleza interactiva y psicosocial.

Por un lado, para incidir en la disminución de los factores de riesgo, se ha de tener en cuenta los sujetos como tal, las sustancias de las que pueden desarrollar la dependencia y todas las variables biológicas, psicológicas y psicosociales, así como la disponibilidad de la droga, los contextos físico-ambientales, familiares, grupales y macro-contextos socioculturales. Por otro lado, potenciar los recursos del sujeto supone una modificación positiva de sus creencias, actitudes y valores, un mayor control cognitivo y emocional e incidir en la creación de un clima armonioso y positivo en sus relaciones interprofesionales, familiares, grupales y sociolaborales.

La prevención se centra en el contexto y no en el individuo (laboral, educativa, sociocultural, juvenil-adolescente...) y está compuesta por una fase de información (sobre la propia sustancia, sobre su uso, sobre las consecuencias en la salud, lo relativo a la legalidad...) para posteriormente pasar a la modificación de creencias, comportamientos y actitudes para finalizar con la implicación de los propios sujetos en opiniones y actividades contrarias a los factores de riesgo mientras se desarrollan habilidades de autocontrol (Mayor Sánchez, 1996).

Además, los Trabajadores Sociales conforman, entre otros profesionales, la Red de Servicios Sociales Comunitarios, donde tratan que la comunidad asuma como elementos pertenecientes a ella las problemáticas derivadas del consumo para evitar la estigmatización y la marginación. Estos son conocedores de las personas, instituciones, asociaciones y redes y problemas sociales de la comunidad y coordinan los agentes sociales que tratan dicha problemática. Estos han de fortalecer el tejido social formal e informal otorgando ayuda institucional y profesional. El Trabajador Social actúa como coordinador y mediador de los niveles de intervención (el equipo, de otros sectores de la comunidad, de la iniciativa social y de los servicios especializados) (Resa y Martín, 2007).

De esta forma, los Trabajadores Sociales, junto a un equipo multidisciplinar, conforman la base para desarrollar estrategias de prevención en el ámbito comunitario informándose sobre los problemas derivados de las drogas mientras se diseñan estrategias que buscan informar, prevenir, actuar y coordinar profesionales y sectores dejando de lado los estereotipos (Gutiérrez et al, 2019).

La fase de intervención se lleva a cabo cuando ya existe un consumo de drogas y trata de suprimir o bien controlar y reducir el consumo mientras se busca eliminar los síntomas de abstinencia. Sin embargo, la fase de intervención no se limita únicamente a la supresión del consumo sino también a mantener en el tiempo la conducta abstinente focalizándose en factores de alto riesgo que puedan conducir a recaídas (Mayor Sánchez, 1996). Por ello, se interviene también en las distintas dimensiones de la vida del usuario.

De acuerdo al Instituto de Adicciones (2012) las áreas del usuario a tratar en esta fase son variadas:

- En el área de salud y autocuidados, el Trabajador Social tratará de disminuir y controlar los rasgos asociados y producidos por el consumo de drogas mediante la puesta en práctica de hábitos saludables.

- En el área de psicopatología, se tratará de lograr la mayor estabilidad del paciente mediante el establecimiento de un vínculo terapéutico adecuado con el paciente ofreciéndole un espacio de escucha y aceptación y la recomendación de otros recursos específicos.
- En el área de consumo, el objetivo es lograr la abstinencia, la máxima reducción del consumo o el consumo de menor riesgo. Para ello, el profesional brinda apoyo emocional, motiva al paciente para participar en su tratamiento y promover el cambio, monitorea y refuerza los resultados positivos en controles toxicológicos, identifica y comunica al equipo técnico los estresores sociales que facilitan la recaída, proporciona pautas para cambiar hábitos sociales de riesgo y orienta y asesora sobre recursos sociales útiles según la situación del paciente.
- En el área familiar, el objetivo principal es conseguir y mantener unas relaciones familiares positivas y satisfactorias para el paciente. Las actuaciones se resumen en la redefinición de comunicación, roles y responsabilidades familiares, en el apoyo en crear nuevos discursos para mejorar las interacciones familiares, en el fomento de respuestas adaptativas y resilientes ante situaciones críticas y en la orientación a recursos y servicios para mejorar la funcionalidad familiar.
- En el área socio-relacional, se tratará de dotar al paciente de unas relaciones sociales saludables. De esta forma, el Trabajador Social lleva a cabo una evaluación de la red social del usuario y sus apoyos externos al consumo, un fomento de vínculos sociales positivos sin drogas, asesoramiento sobre actividades y derechos, coordinación con recursos comunitarios y legales para facilitar la integración social, apoyo en la gestión de la autonomía económica y personal e información sobre prestaciones sociales y documentación.
- El Trabajador Social evalúa las inquietudes del área formativa-laboral del usuario, asesorando para definir y expresar sus intereses. Así pues, analiza junto al paciente su nivel de empleabilidad y potencialidades, y diseña un plan de integración laboral. Realiza el seguimiento del plan y deriva a recursos formativos y otros servicios y valora la situación laboral del usuario y ofrece orientación para la mejora o cambio de empleo si es necesario.
- Por último, en el área de ocio se busca lograr la organización proactiva del tiempo libre y el disfrute de un ocio saludable. De esta forma, las actuaciones del Trabajador Social van enfocadas a evaluar la capacidad del paciente para un ocio saludable y ajustar sus intereses a sus necesidades, apoyar a las familias y detectar obstáculos, asesorar en la gestión del tiempo libre y diversificar actividades y proveer información y coordinar con recursos de ocio locales.

En esta fase, existen diferentes niveles de intervención, según el Instituto de Adicciones (2012):

- ❖ En un primer nivel encontramos la intervención individual donde se desarrolla un programa de intervención individualizado que se ajusta a las características y situaciones específicas del usuario. En este caso, la entrevista es la técnica de intervención individual más utilizada. Podemos encontrar distintos tipos: Entrevista de recogida de datos (Reúne información para crear la historia social del paciente), entrevista informativa (Proporciona al paciente información relevante sobre su tratamiento), entrevista motivacional (Busca motivar al paciente, aumentar su conciencia sobre los problemas y fomentar el compromiso con el tratamiento), entrevista de asesoramiento (Ofrece información sobre recursos y alternativas de tratamiento, detallando ventajas y desventajas) y entrevista de seguimiento (Revisa los acuerdos y el progreso del paciente en su proceso de cambio).

- ❖ El grupo es una valiosa herramienta terapéutica que optimiza el trabajo en distintas áreas, mejorando la gestión del tiempo de los profesionales y aprovechando las sinergias y beneficios del trabajo grupal para facilitar el cambio. El Trabajador Social participa en varios tipos de grupos (Grupos de acogida/inicio, grupos de educación para la salud, grupos de prevención de recaídas o grupo técnico de ocio), actuando como coordinador principal o colaborador de otros profesionales del equipo.
- ❖ Intervención familiar: Esta puede darse tanto de manera individual, donde una sola familia es el objeto de la intervención o bien de manera grupal, donde se trabaja con varias familias o con pacientes y familias conjuntamente.

Por su parte, los Trabajadores Sociales también cuentan con los instrumentos propios del Trabajo Social como son la historia social, la ficha social, el informe social, escalas de valoración y proyecto de intervención social.

Debido a la heterogeneidad de las personas drogodependientes, se han diseñado programas cuyo fin primordial es la reducción del daño y la abstinencia. Esta red de servicios está compuesta por los siguientes: centros ambulatorios de referencia, comunidades terapéuticas, centros de día, pisos tutelados, talleres ocupacionales, unidades de desintoxicación hospitalaria, unidades de mantenimiento con antagonistas y aversivos, centros de dispensación de agonistas, unidades móviles y centros de contactos... (Resa y Martín, 2007). En el caso de Aragón, se denominan UASAS a las Unidades de Asistencia y Seguimiento de las Adicciones.

La reinserción es la fase final del proceso de intervención y comienza cuando la conducta abstinente se ha implantado en el tiempo. En esta fase, la intervención es distal en el sentido de que ya no se centra en el consumo de la droga, sino que la función de los profesionales pasa a ser organizativa y de apoyo. El objetivo último es la preparación del individuo para que sea capaz de readaptarse a sus contextos como pueden ser el ámbito de la familia, del trabajo, de la comunidad y de la sociedad en general potenciando los recursos y reduciendo las demandas (Mayor Sánchez, 1996). Este proceso de socialización y normalización trata de evitar la segregación y la marginación enfatizando en la participación activa de los individuos drogodependientes. Los tres pilares en los que se basa este proceso son el alojamiento, la educación y el empleo y formación laboral (Resa y Martín, 2007).

Según Mayor (1996), el Trabajo Social cuenta con dos conjuntos de técnicas (sociales y psicosociales) determinantes en conseguir un cambio en la interacción entre el sujeto y el contexto social, elemento imprescindible para la reinserción de la persona drogodependiente.

Las técnicas psicosociales se ponen de manifiesto cuando se considera que el motivo de la drogodependencia recae en los factores psicosociales, por lo que la finalidad de estas es tratar los problemas en el ámbito psicosocial y poner en marcha habilidades para mejorar las relaciones interpersonales del drogodependiente, las relaciones familiares y las relaciones grupales entre iguales.

Dentro de este tipo de técnicas, encontramos el subtipo de las técnicas comunes, caracterizadas por compartir principios y mecanismos iguales para todos los individuos:

- A. Las técnicas orientadas a mejorar la comunicación.
- B. Las técnicas de persuasión y de cambio de actitudes.
- C. Las técnicas dirigidas a mejorar el clima emocional y las relaciones afectivas.

El siguiente subtipo son las específicas, las cuales están determinadas por el objetivo a alcanzar:

- A. Técnicas interpersonales (especialmente de parejas).
- B. Técnicas familiares (terapia familiar).
- C. Técnicas grupales (terapia de grupo).

De las técnicas sociales, Mayor Sánchez (1996, p. 236) define las siguientes:

- “Los métodos y técnicas legislativas, administrativas y policiales de control de la oferta.
- Los programas de prevención están orientados a cambiar actitudes, creencias y valores en la sociedad, incluidos los intentos específicos de modificar ciertos patrones de conducta, como, por ejemplo, los patrones de bebida.
- Los programas específicos de reinserción familiar y laboral, así como los más genéricos de readaptación social.”

Como se ha mencionado reiteradamente, la conducta adictiva conforma una consecuencia del sujeto que interactúa con un contexto o un ambiente determinado. En este sentido, el contexto tanto microsocial como el macrosocial suponen uno de los principales factores de riesgo de las adicciones, aunque también puede ser la interacción entre los sujetos y dichos contextos. Por ello, la adicción constituye ya no solo un objeto de intervención e indagación sino también una práctica orientada al cambio social con el fin de disminuir el factor de riesgo contextual y las relaciones disfuncionales entre sujetos y contextos e incrementar los recursos de los sujetos de riesgo (Mayor, 1996).

En definitiva, según García (1998), los profesionales consideran que el consumo de drogas es principalmente un síntoma, con lo que es necesario incidir en la prevención de la insatisfacción en el mundo experiencial de la persona y en las situaciones cotidianas y actuar, de manera que se presenten condiciones favorables.

4. RESULTADOS.

Los resultados obtenidos en la presente investigación han sido fruto de la realización de tres entrevistas presenciales y una telemática, en base a un guión estructurado, a cuatro profesionales del Trabajo Social cuya labor profesional está vinculada al ámbito de las adicciones abarcando la época de los 90 y la actualidad en la ciudad de Zaragoza.

Los centros investigados han sido los siguientes:

- ❖ UASA Cruz Roja es una unidad asistencial especializada en el tratamiento ambulatorio de los trastornos adictivos por consumo de sustancias que influyen en la esfera biológica, psicológica, familiar y/o social. Se encarga de la detección de necesidades sociales de los pacientes y sus familias y atención de las mismas en colaboración con los Servicios Sociales de Base.
- ❖ CMAPA, el Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones se trata de un recurso del Ayuntamiento de Zaragoza, público y gratuito, atendido por un equipo multidisciplinar. Cuenta con profesionales de la Psicología, Medicina, Psiquiatría, Enfermería, Trabajo Social, Educadoras y Personal Administrativo. Se dirige a Personas y/o sus familiares con problemas asociados a conductas adictivas y a Instituciones públicas y privadas: educativas, sanitarias, comunitarias u otras que demanden atención, prevención, formación o información sobre conductas adictivas.
- ❖ El Centro Solidaridad de Zaragoza, denominado Proyecto Hombre, cuenta con 3 centros; dos ambulatorios (denominados en Aragón como Unidad de Atención y Servicios a las Adicciones -UASA-) situados en el Casco Viejo y en Valdefierro y una Unidad Terapéutica situada en Miralbueno. Su labor en los ambulatorios es trabajar con personas que tienen problemas de cualquier tipo de adicción o dependencia ya sea por sustancias (consumo de drogas) o comportamentales (ludopatía, adicción al sexo, compras...).
- ❖ El Comité Ciudadano Antisida, que consistía en una ONG conveniada con el Gobierno de Aragón y única a lo largo del territorio de la Comunidad de Aragón. Se abordará desde la experiencia en la época de los 90 donde se atendía a personas con adicciones mediante un programa de metadona y un programa de intercambio de jeringuillas denominado Café y Calor (evitando infecciones por VIH). Este recurso dista de los anteriores en tanto que los primeros ofrecen una atención directa mediante programas libres de drogas principalmente mientras que este trabajaba en programas de reducción del daño de las adicciones. Este se ubicaba en el Casco Antiguo de la ciudad de Zaragoza, en la calle Pignatelli.

Tabla 3. Códigos de los profesionales entrevistados.

Entrevistada 1	TS del CMAPA.
Entrevistado 2	TS de Proyecto Hombre.
Entrevistada 3	TS de UASA Cruz Roja.
Entrevistado 4	TS del Comité Ciudadano Antisida.

FACTORES DE LA PROBLEMÁTICA.

El desarrollo de las entrevistas, aun cuando se establecieron a través de unas referencias semiestructuradas, la línea discursiva conllevó que en algún momento su dialéctica lleva a responder a otras cuestiones, por lo cual no hay en algunas ocasiones una respuesta lineal a la cuestión presentada y por ello al representar los resultados hemos creído conveniente estructurar las respuestas en función de bloques específicos o bloques temáticos.

Sobre el concepto.

La Entrevistada 1 considera que el término más correcto para hablar de adicciones es el de persona adicta, porque no solamente se ciñe a personas que utilizan y consumen sustancias, sino que también engloba a personas con adicciones de conductas como son las nuevas tecnologías o la ludopatía, entre otras.

La Entrevistada 3 también defiende el uso del término 'adicciones' frente al de 'drogodependencias', porque considera que este ha evolucionado adaptándose a la realidad desde un enfoque menos estigmatizante, lo cual ayuda a los pacientes a identificarse con ese problema para, posteriormente, iniciar un tratamiento.

Las dimensiones de las adicciones.

En cuanto a los elementos que atraviesan la problemática de las adicciones, la Entrevistada 1 hace una distinción entre lo micro (la dimensión personal de una persona) y lo macro (el contexto global que le rodea). Así pues, la problemática de las adicciones es definida como multidimensional y multiproblemática. No obstante, aunque las personas adictas comparten rasgos en común, todas tienen características diferentes, por lo que es necesario un tratamiento e intervención diferente e individualizado atendiendo a la dimensión personal del usuario.

Desde la perspectiva de la profesional del CMAPA, la clase social no es considerada un factor de riesgo, no obstante, es importante señalar que cuanta más precariedad económica exista (que generalmente va unida a una precariedad formativa) puede llevar a generar ingresos de forma alegal, como el tráfico de drogas, que puede desembocar en una adicción. Por otro lado, según el Entrevistado 2, el poder adquisitivo y la manera de conseguir las sustancias puede influir en el consumo.

Sobre la clase social de los pacientes, la Entrevistada 3 considera que el tipo de sustancia consumida está relacionada con el precio del mercado. De esta forma, los pacientes consumidores de cocaína suelen ser personas con más recursos económicos. Además, cabe resaltar que hiciste un gran número de pacientes en situación de desempleo que conlleva una situación precaria económicamente hablando.

Para el Entrevistado 4, el factor de clase social y el consumo es subjetivo. Pero, la relación que establecen las clases sociales con el consumo tiene diferencias reflejadas en el hecho de que las clases bajas acuden a servicios públicos y las de alto nivel adquisitivo a recursos privados.

Las necesidades del usuario.

Las necesidades descritas por la profesional del CMAPA de las personas adictas son muy variadas: desde atención a las necesidades básicas (generalmente en personas sin hogar) hasta necesidades de salud física, psicológica y mental, así como de los factores sociales que inciden en la salud. También es importante el tratamiento del malestar emocional, las carencias de habilidades sociales, un entorno desfavorable, necesidades formativas, ocupacionales y de ocio y tiempo libre (no disponen de habilidades relacionales en todo aquello que no esté vinculado al consumo, por lo que es necesario modificar su entorno porque se

construye en torno a este como, por ejemplo, las amistades), así que se ha de ofrecer otras alternativas de ocio alternativo como el voluntariado.

Con respecto a las necesidades de las personas drogodependientes, el profesional de Proyecto Hombre comenta que, en definitiva, se trata de que la persona obtenga felicidad y satisfacción en los diferentes ámbitos de su vida, a la vez de tratar de realizar cambios a nivel personal para mantener la abstinencia. En este sentido, la intervención no solo se limita a la adicción como tal.

Las necesidades de las personas adictas, según Entrevistada 3, son principalmente económicas, de carácter relacional y social y psicológicas. Desde el área social, las necesidades más habituales son la modificación del estilo educativo con los hijos, la solicitud y gestión del certificado de discapacidad, problemas familiares y económicos, gestión de empadronamiento para personas sin hogar, búsqueda de vivienda y ayuda de gestión de subvenciones para alquiler...

Según el Entrevistado 4, las necesidades de los drogodependientes son todas, ya que se trataba de personas con personas que carecen de la cobertura de las necesidades más básicas de alimentación, vivienda, aseo...

Sobre la demanda del usuario.

De acuerdo a la Entrevistada 1, las principales demandas son, en muchos casos, poner fin al consumo. No obstante, son habituales los casos que demandan un consumo controlado que no derive en problemas, hecho que es imposible una vez se ha desarrollado la adicción. Para el Entrevistado 2, las demandas están orientadas a dejar de consumir de manera parcial o total o en determinados casos, para obtener beneficios a nivel judicial. De acuerdo al Entrevistado 4, las demandas de los usuarios, podían ser una derivación a la atención médica o solicitar necesidades básicas, y de manera implícita, se da la necesidad de un espacio donde pudiera ser atendido, escuchado, sin etiquetas de persona consumidora.

De acuerdo a la Entrevistada 3, las demandas de estas están orientadas a una reducción de consumo con control, hecho que es imposible una vez se ha desarrollado la adicción, por lo que, en estos casos, es necesario modificar su percepción para hacer entender la necesidad de lograr una abstinencia. También son habituales las demandas de ayudas puntuales de carácter económico, evitar el deterioro y mejora de las relaciones familiares, el deseo de cambiar su estilo de vida y prescindir de la adicción.

Factores de riesgo.

Para Entrevistada 1, los factores de riesgo suponen una amenaza que influye en la aparición de una adicción, pero no son determinantes. El elemento determinante es la combinación de los factores de riesgos y de protección de una persona, atendiendo a los rasgos personales de cada persona, así como características familiares, escolares, el barrio al que pertenece y todas las circunstancias vitales que rodean a la persona. Así pues, los factores de riesgo son muy dispares: una personalidad tímida con pocas habilidades sociales y comunicativas, una infancia problemática a nivel escolar y familiar, problemas de desarrollo cognitivo y de aprendizaje, TDH (trastorno de déficit de atención e hiperactividad), trastorno desafiante... También personas con familias donde no existe una cobertura de las necesidades básicas, con un apego negativo o carente. El barrio o el ambiente en el que se vive y con el que uno se relaciona.

Disponer de grandes cantidades de dinero (sobre todo, a una edad temprana) también supone un riesgo. En contraposición, para dicha profesional, los factores de protección son los factores de riesgo a la inversa. Estos se vinculan principalmente a un entorno favorable y la existencia de apoyos con los que poder contar para afrontar determinadas situaciones complicadas.

El profesional de Proyecto Hombre determina que los factores de riesgo son todo aquello que provoca malestar en la vida de una persona, como podrían ser problemas en el ámbito familiar. También están presentes las enfermedades mentales, una baja autoestima, una desestructuración familiar y la propia sociedad, por lo que se debe enfatizar en la responsabilidad social y no individual.

En cuanto a los factores de riesgo descritos por Entrevistada 3, podemos decir que la adolescencia y la juventud es una etapa de vulnerabilidad y un factor facilitador de consumo, experiencias de violencia intrafamiliar, estructura familiar deteriorada, modelos de estilos educativos de sobreprotección y no parentalidad positivo (en los que no se asumen responsabilidades progresivamente, no se tiene en cuenta la opinión de los niños, no se les acompaña en el proceso de aprendizaje y existe un excesivo control), antes de entes familiares de adicción, fracaso escolar, desempleo de larga duración, no incorporación al mercado laboral, policonsumo, no disponer de red de apoyo positiva y óptimo, problemas de salud mental anteriores o que se dan a la par a raíz del consumo... En contraposición, los factores de protección podrían ser empleo estable y estabilidad económica, tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, refuerzo del desarrollo de habilidades sociales y personales para la vida diaria, habilidades de comunicación (empatía, assertividad...) que ayuden a hacer frente a los estímulos de la vida cotidiana...

Los efectos de las adicciones.

De acuerdo a la Entrevistada 1, las consecuencias han ido variando a lo largo del tiempo: Desde la muerte en los años 90 y 80 a causa de la heroína y el desarrollo de enfermedades crónicas, hasta, actualmente, problemas de salud mental y física principalmente. Por ello, defiende la necesidad de incrementar la dotación de recursos de atención a la salud mental, ya que es un problema de salud muy invisibilizado a nivel social.

Según Entrevistada 3, las consecuencias derivadas de una adicción están relacionadas con el deterioro del estado físico psíquico y social de la persona, pérdida o deterioro de relaciones familiares, pérdida de empleo, inestabilidad laboral, fracaso de procesos formativos (como suspender o repetir curso en el ámbito escolar), desmotivación y falta de aspiraciones, desarrollo de otras enfermedades como transmisión sexual, problemas de hígado por la toxicidad de las sustancias en órganos vitales, depresión y ansiedad, ausencia de hábitos de higiene, falta de cuidado de la alimentación, sedentarismo, separaciones, divorcios, malos tratos. En definitiva, las adicciones pueden acelerar o aventurar estas consecuencias o bien, desarrollarlas.

El Entrevistado 4 explica que las consecuencias de la adicción giran en torno a la muerte, suicidio por sobredosis, desarraigo social del sistema y del entorno y un desarraigo individual (vacío de una identidad como persona).

Perfiles.

Según la profesional del CMAPA, el elemento esencial para considerar a una persona adicta es cuando se da una pérdida del control de la situación, esto es, existe un consumo sin voluntad e incontrolable. El perfil de las personas usuarias del CMAPA es muy heterogéneo, por lo que no existe un perfil único.

- Existe una alta tasa de personas adictas con carencias y dificultades en la gestión emocional de acontecimientos vitales o situaciones personales complicadas, que, a raíz de ello, acaban buscando el alivio en sustancias.
- Otras personas comienzan por un consumo recreativo de ciertas sustancias hasta que dicho consumo se convierte en hábito y dicho hábito se instaura dando lugar a una dependencia.
- Otro perfil son las personas con problemas de salud mental, las cuales tienen mayor predisposición a desarrollar una adicción.
- Los hijos cuyos progenitores han tenido algún problema de adicción también tienen una mayor probabilidad, ya no por un rasgo hereditario, sino por la adopción de estilos de vida y conductas proyectados por el ejemplo de sus padres.
- También se observan perfiles que presentan una patología dual (salud mental combinada con consumo de drogas).
- Existe un número de usuarios que tienen su primera experiencia en el tratamiento de las adicciones en dicho recurso (sobre todo, las personas con adicciones al juego y el tabaco) porque CMAPA fue el primer recurso público en tratar esta tipología de adicciones en 2005. También gente joven que debido a su corta edad. En contraposición, podemos encontrar otros usuarios que ya han pasado por otros recursos, pero no consiguieron alcanzar la abstinencia. Estos últimos suelen tener más edad.

Según el Entrevistado 4, existe determinada población que consume de manera farmacológica, para estar alejados de la realidad. Es decir, el consumo se da para paralizar elementos del pensamiento.

Desde la perspectiva de género aportada por la Entrevistada 1, podemos decir que siempre son más los hombres los que demandan tratamiento, ya que la mujer sigue estando mucho más estigmatizada, que tiene como consecuencia un consumo o conducta en solitario y de forma privada en la intimidad. No obstante, en el abuso de fármacos y compras compulsivas, existe una mayor representación femenina.

De acuerdo al Entrevistado 2, en cuanto al factor género, las mujeres suelen presentar también un consumo de alcohol, pero suele darse en soledad y como una vía de escape hacia las cargas familiares. Además, también tratan la adicción al tabaco, siendo esta la que más muertes causa

Para el Entrevistado 4, en relación al factor género, se da un gran consumo de alcohol y heroína mayoritariamente en hombres, las mujeres presentan un gran consumo de farmacología de salud mental (consumo más oculto).

El Entrevistado 2 coincide también en que al centro Proyecto Hombre llegan perfiles muy heterogéneos con cualquier tipo de adicción o dependencia y también muchas personas que padecen algún tipo de enfermedad mental, la cual es difícil discernir si ha sido a partir del consumo o la propia enfermedad es la

que ha derivado en un consumo. Por otro lado, se atienden normalmente a más chicos que chicas, aunque cada vez más chicas, la edad media ronda en torno a los 40 años, aunque hay todo tipo de edades. En su mayoría son personas de escaso nivel académico o incluso sin estudios y sin ningún tipo de profesión. También atienden a personas en situación de calle.

En cuanto al perfil más predominante que llega a Cruz Roja, la Entrevistada 3 considera que es el de hombre autóctono de unos 40 y 50 años cuyas adicciones más frecuentes son el speed, la cocaína, el cannabis y el alcohol. Así pues, podemos decir que a esta UASAS llegan predominantemente hombres en comparación con las mujeres, que lo hacen en menor medida. A su vez, se atiende principalmente a población autóctona mayoritariamente en desempleo (con algún tipo de prestación o subsidio como el Ingreso Mínimo Vital o la prestación por discapacidad) y de edad mediana. No obstante, existen extremos de jóvenes sancionados administrativamente por consumo o tenencia de drogas o personas mayores, con otras patologías como problemas hepáticos y/o digestivos, que han sido derivados por médicos de atención primaria por alcoholismo. También existe un importante volumen de personas en programas de mantenimiento con metadona, los cuales son pacientes crónicos con tratamiento de metadona y metasedín. No obstante, este último perfil se incorpora en menor cantidad en la actualidad. Además, señala que, con esta tipología específica de pacientes, la intervención social y psicológica es muy reducida y limitada.

Otra tipología de perfil abundante según Entrevistada 3 son pacientes que han llevado tratamiento psiquiátrico a partir del cual han desencadenado una dependencia del fármaco utilizado para dicho tratamiento o han accedido al uso de otros fármacos en el mercado libre. En este sentido, la entrevista dice que debería ser una prioridad desde atención primaria y salud mental, proteger a los pacientes que tengan el riesgo de desarrollar una adicción al fármaco pautado mediante seguimiento y acompañamiento hasta la deshabituación de esa sustancia.

En Cruz Roja, son predominantes los pacientes que a lo largo de su vida han pasado por distintos recursos (como Proyecto Hombre o Comunidad Terapéutica). Debido al sentimiento de vergüenza que les produce el no haber superado la adicción, deciden acudir a otro centro para iniciar, de nuevo, el tratamiento. Por ello, las recaídas son consideradas como un elemento de la intervención, ya que se entiende la adicción como una enfermedad de carácter crónico.

En base a la experiencia del Entrevistado 4 en el servicio de Comité Ciudadano Antisida, nos comenta que la población atendida era fundamentalmente de heroinómanos. También realizaban intervenciones ligadas a la prostitución femenina y masculina, consumidora y no consumidora y portadores de VIH. Fundamentalmente policonsumidores, heroína y cocaína, farmacología de salud mental, alcohol, tabaco y cannabis. La mayoría habían iniciado el consumo en la infancia, existía una predominancia de minorías étnicas, personas con un nivel socioeconómico bajo, escaso nivel educativo y formativo. Gran presencia de la enfermedad mental en los usuarios (concomitancia de adicción y enfermedad mental).

Sustancias.

Para Entrevistada 3, la realidad actual de las drogas ha variado en tanto que las sustancias predominantes de hoy en día distan de las consumidas en los años 80 y 90, donde abundaba el consumo de heroína.

Actualmente, el consumo de sustancias se ha diversificado y se atienden a pacientes con distintas adicciones y diferentes sustancias.

En base a la experiencia de Entrevistado 4, nos comenta que se ha dado un cambio de adicciones desde el año 2000, se ha pasado de adicción a sustancias, a las adicciones conductuales (juego, conductas sexuales de riesgo, vigorexia, nuevas tecnologías...). En cuanto a sustancias, en la actualidad se da una adicción a psicofármacos, opiáceos (tramadol), cocaína y metanfetamina. En la juventud el alcohol sigue presente, pero asume un mayor protagonismo el cannabis. No obstante, recalca que el problema no es la sustancia, sino la relación del individuo con esta.

Para Entrevistada 1, la principal adicción - problema actual que se trata desde el CMAPA es el alcohol (la media es de 45 - 50 años), seguidamente del cannabis, la ludopatía y el tabaco. Posteriormente, las estimulantes (está más ligado a gente más joven, siempre mayor prevalencia en hombres que en mujeres) y en última instancia y en menor medida, las benzodiacepinas y opiáceos. Cabe destacar que no disponen de programa de dispensación de metadona, porque todos los programas son libres de drogas, por lo que pierden una tipología de perfil con adicción a narcóticos.

Siguiendo con la misma profesional, si hablamos de gente joven, se aprecia una gran prevalencia de cannabis, a la cual denomina 'la droga de inicio' que ha venido a sustituir al tabaco y alcohol. No obstante, la profesional se niega a considerar a los jóvenes como personas adictas. Se considera desde el centro que estas personas han desarrollado un abuso (que no adicción) por lo que la intervención suele ser menor. En estos casos, existe una problemática implícita (síntoma) que tiene como consecuencia el abuso de las sustancias (etapa vital complicada como la adolescencia, crisis existencial, problemas familiares, fracaso escolar, malestar emocional...). Es necesario resaltar también la alta incidencia de jóvenes que han desarrollado una adicción a las pantallas.

Para el Entrevistado 2, una gran parte de los usuarios son consumidores con dependencia a más de una de las siguientes sustancias: cannabis, cocaína y speed. Otra gran parte es el alcohol, ya que, al tratarse de una droga legal, es de fácil accesibilidad. En menor medida otro tipo de consumo es el de la heroína, el éxtasis o la Ketamina. El alcohol está siempre muy presente, aunque a lo mejor con esta sustancia no exista una adicción como tal. El cannabis está muy extendido independientemente de la edad.

Para Entrevistada 3, actualmente las sustancias más consumidas son el cannabis, la cocaína, el speed y el alcohol, sobre todo. Recalca que el alcohol y la cocaína suelen estar combinadas tanto en mujeres como en hombres. Cabe destacar que en el caso de las mujeres se recurre más a medicación psicoestimulante (ansiolíticos). Por otro lado, en el caso de los jóvenes, predomina fundamentalmente el cannabis. De esta forma, el tabaco y cannabis, la cocaína y el alcohol, y el speed y el alcohol son las combinaciones más usuales dando lugar a un policonsumo de sustancias (no existe apenas un consumo único o puro). En este sentido, los pacientes, en numerosas ocasiones, se plantean únicamente abandonar el consumo de una sola sustancia.

Motivos de petición de ayuda.

En relación a los motivos por los que acuden al CMAPA, son, principalmente, presión familiar, aunque existen perfiles ambivalentes que consideran no tener ningún problema pese a la opinión de la familia. Son también habituales las derivaciones de servicios sanitarios de atención primaria o medicina especializada con consecuencias orgánicas y sobre todo, salud mental de adulto y de infantojuvenil. Otras personas vienen derivadas del sistema judicial (la adicción es considerada un atenuante) por lo que pueden sustituir una pena privativa de libertad por un tratamiento. Otro elemento a tener en cuenta son las derivaciones de los Centros Municipales de Servicios Sociales y de servicios que trabajan con menores (como YMCA o Protección de Menores) donde se ha detectado casos en los que exista tanto un posible riesgo de negligencia, abandono o maltrato como en los casos en los que los roles y funciones parentales se ven afectadas por la adicción. También menores no acompañados.

El Entrevistado 2 explica que una mayoría de los usuarios acuden al servicio de Proyecto Hombre por voluntad propia, aunque en esa decisión es importante la presión familiar. También existen usuarios influenciados por presión judicial. El Trabajador Social incide en la importancia de que el usuario reconozca que existe un problema.

Las vías de acceso a la UASA de Cruz Roja son las siguientes:

1. Iniciativa propia a través de una demanda a su médico de atención primaria.
2. Mediante la búsqueda a través de conocidos y redes sociales Internet.
3. Pacientes que acuden al centro por sentencias judiciales que determinan qué deben asistir a tratamiento.
4. Jóvenes por la Fiscalía de Menores por cometer un delito. Dentro de su plan de libertad vigilada, se contempla la asistencia a tratamiento y seguimiento en la UASA.
5. Derivación de Protección de Menores y Servicios Sociales en casos donde existe la sospecha de consumo de drogas por parte de progenitores que tienen hijos a cargos, por los que se derivan a dicha UASA para iniciar el programa detección del consumo, que consiste en la realización de una entrevista y varios controles (dos con cita previa y dos de manera aleatoria jugando con el factor sorpresa). En estos casos, la intervención se basa en la realización de controles de tóxicos en orina cuyos resultados son utilizados para realizar un informe que se deriva, de nuevo, a Servicios Sociales y Protección de Menores para certificar o comprobar problemas con sustancias. En base a los resultados de dichas pruebas, se les plantea iniciar tratamiento.

Según el Entrevistado 4, al igual que para el Entrevistado 2, la mayoría de usuarios acudían por voluntad propia, algunos con acompañamiento familiar. Recalca que era habitual que antes de acudir al centro, los usuarios hubiesen pasado por múltiples servicios (programas libres de drogas) habiendo fracasado en estos. Algunos usuarios tenían adjudicado lo que se conoce como el carnet extra de morfina.

Formas de consumo.

Para Entrevistada 1 considera que existe poca prevalencia de adicción pura a una sola sustancia. Este fenómeno se suele ver normalmente en los jóvenes que solo consumen cannabis, así como en la gente que

acude por tabaco o ludopatía, aunque a veces esta última se vincula también con el alcohol). En este sentido, el policonsumo es muy recurrente, por lo que el alcohol adquiere un especial protagonismo debido a que actúa como un desencadenante, por su efecto desinhibidor, que facilita el acceso a otras sustancias o conductas como el juego, ocasionando un policonsumo. Con respecto a franjas de edad, de los 20 a los 30 años existe una importante prevalencia de policonsumo de alcohol, cannabis y estimulantes.

El Entrevistado 2 reitera que normalmente existe un policonsumo, es decir, se da un consumo de más de una sustancia, aunque también es habitual personas adictas únicamente al alcohol. Tanto la Entrevistada 3 como el Entrevistado 4 coinciden en la predominancia de un policonsumo y la escasa presencia de un consumo puro.

Recursos y funcionamiento.

La intervención del CMAPA se inicia con una entrevista de acogida y una asignación de una terapeuta realizada por la profesional de enfermería. También se realiza una evaluación médica, psicológica y social incidiendo en las carencias de las distintas dimensiones.

Dicho centro cuenta con un equipo técnico compuesto por profesionales de atención como son el Psicólogo, Médico, Trabajador Social, Enfermería, Psiquiátrica, Auxiliar Clínica y Personal Administrativo. También cuentan con un equipo que lleva a cabo funciones de prevención compuesto por dos Psicólogos y tres Educadores Sociales. El equipo de prevención está dirigido especialmente a escuelas e institutos donde se trabajan aspectos como la asertividad, la presión de grupo, el autoestima... También lleva a cabo campañas de sensibilización y reivindicación social para acabar con estímulos que dificultan la rehabilitación de las personas adictas y facilitan el desarrollo en personas potencialmente adictas, como pueden ser la apertura de casinos y salas de juego durante las 24 horas del día. En contraposición, el equipo técnico del Comité Ciudadano Antisida, estaba compuesto únicamente por Trabajadores Sociales y Educadores Sociales.

Desde CMAPA, se lleva a cabo una intervención conjunta mediante la coordinación con otros recursos y servicios externos atendiendo a la legislación competente, especialmente la Ley 3/2001 y el II Plan de Adicciones de Zaragoza y en el caso del Trabajo Social, el código deontológico. Además, dicha intervención se da en un contexto terapéutico y no de control (excepto en casos judiciales, con la realización de pruebas de orina solicitadas por los órganos judiciales competentes) desde la terapia individual y grupal. No obstante, una de las principales características de una persona adicta es engañar y autoengañoso, de ahí la necesidad de un control con fines terapéuticos cuyo fin es recuperar el bienestar superando la adicción que genera malestar a todos los niveles (familiar, laboral, económico, psicológico...).

Según el Entrevistado 4, los programas de reducción del daño no trabajan en la desaparición de las conductas adictivas, sino en la reducción del daño de las mismas. Trabajaban con programas de metadona, programa de intercambio de jeringuillas (para evitar reinfecciones de VIH). La intervención estaba basada en el tránsito de intercambio de jeringuillas, derivación a programas de desintoxicación de carácter ambulatorio. Podían estar en el centro durante años.

Las fases del proceso de intervención desde la UASA de Cruz Roja se limitan al nivel individual y familiar. Se comienza con una primera entrevista en la que se da la primera toma de contacto y de información, así como la alta en la base de datos. También se firma el documento de protección de datos y se dialoga acerca de las expectativas y demandas, de la evolución y antecedentes del consumo (épocas de consumo). Supone un espacio de confianza y privacidad para que el paciente pueda desahogarse emocionalmente. Posteriormente, se cita al paciente para una segunda entrevista con el objetivo de profundizar y conocer la situación social, laboral, formativa, económica, y de alojamiento para detectar en aquello en lo que se ha de intervenir e incidir. Posteriormente se programan sucesivas citas, centrándose en el tema particular donde se ha detectado que existe el problema. Además, desde el primer día, se hace la detección de tóxicos en la orina. En las sucesivas entrevistas, se lleva a cabo un seguimiento y supervisión del tratamiento farmacológico, el acceso a este (posibilidad ayuda económica para costearlo), la gestión de voluntariado para acompañamientos a especialistas o departamentos de la Seguridad Social o del INAEM, entre otros.

De esta forma, se realiza una reunión a nivel interno a la semana para intercambiar información y perspectiva de la evolución del paciente entre los distintos profesionales de las diferentes disciplinas. Se trabaja de manera multidisciplinar con atención psicológica, médica, de enfermería y social. También se hace una evaluación trimestral para ver el avance en el proceso del tratamiento y así evaluar si se modifica o se mantiene. También se plantean propuestas de intervención entre los distintos profesionales. Así pues, el proceso es indeterminado en cuanto al tiempo del tratamiento por lo que se adaptan a la evolución del paciente. Una vez alcanzada el alta, se despide al paciente y se mantienen las puertas abiertas del recurso debido a la posibilidad de sufrir recaídas.

Cabe destacar que en el UASA Cruz Roja, en el caso de los pacientes que de manera ambulatoria no pueden abandonar el consumo, se plantea derivaciones a comunidad terapéutica mediante la elaboración de informes desde todas las disciplinas (Psicología, Medicina, Trabajo Social...) para mandarlos a la Comisión de Ingresos a Centros Psiquiátricos o Terapéuticos del Gobierno de Aragón.

En cuanto a la legislación que estructura la práctica profesional de Cruz Roja, podemos resaltar aquella de carácter penal o la Ley de Seguridad Ciudadana (denominada coloquialmente Mordaza) que regula los casos de consumo y tenencia de drogas en la vía pública. A nivel autonómico los planes de intervención en materia de salud mental donde se integra el abordaje de las adicciones. Y, por último, a nivel local los Planes de Adicciones.

Duración de la intervención.

La duración de la intervención desde CMAPA suele ser alrededor de 9 meses a un año, pero se adaptan al ritmo y tiempo del usuario. Los criterios de alta se fundamentan en la estabilidad de la situación familiar, una situación laboral activa y el haber alcanzado la abstinencia. Cabe recalcar que existe una alta frecuencia de abandono y existe un gran número de altibajos.

En Proyecto Hombre, se realiza un tratamiento integral, suele durar alrededor de año y medio. Como norma general, el Trabajador Social comienza el tratamiento ambulatorio con el objetivo de acabar con el consumo o, al menos, reducirlo considerablemente desde la labor terapéutica entre todos los profesionales.

Los requisitos para alcanzar el alta en la UASA de Cruz Roja son la abstención en un período prolongado de tiempo de unos seis meses y la ausencia de riesgo de recaída a corto o medio plazo debido a la adquisición de habilidades necesarias para afrontar situaciones de riesgo. El TS puede plantear el alta terapéutica, sin embargo, ha de ser consensuada por el resto de profesionales.

Sin embargo, el Entrevistado 4, debido a las características particulares de la población atendida, en cuanto al parámetro de alta se establecían tres casos: muerte, desaparición o derivación a otro recurso.

Objetivos.

Los objetivos de la intervención de la Entrevistada 1 se enfocan en conseguir que el usuario alcance una vida organizada mediante un tratamiento que incida en la parte física, psicológica y social del individuo. Esta se plantea la profesión como un proceso de acompañamiento y ayuda a la persona que esté pasando por una situación de adicciones tratando de atender e intentar entender a la persona respetando su autodeterminación y evitando posturas paternalistas en las que se entiende la intervención como un proceso de salvación de la persona. Considera que los profesionales del TS en el ámbito de las adicciones son profesionales multiusos en tanto que han de estar preparados para trabajar en distintos ámbitos y diferentes problemáticas (con la infancia desfavorecida, con mujer maltratada, con tercera edad, con adicciones...).

Sobre los objetivos del Entrevistado 2, enfatiza en la importancia de movilizar sus capacidades como persona y profesional para ayudar, de la manera más eficaz posible, en la necesidad determinada del usuario y adaptar su intervención a esta. En cuanto a los retos personales, dicho profesional se plantea al inicio de cada intervención cómo ayudar lo mejor posible, ya que cada persona es un mundo y tiene su propio historial personal. Además, a veces la persona que acude al centro no lo hace por voluntad propia, por lo que trata de incidir en hacer consciente a la persona de su situación.

La Entrevistada 3, en cuanto a los objetivos, incide en la importancia de lograr que los pacientes no abandonen el tratamiento mediante la motivación para una continuidad de la asistencia a terapias individuales y familiares. También considera imprescindible poner en funcionamiento los programas de prevención, junto a tratamientos adecuados integrales con tiempo suficiente y una coordinación eficaz con el resto del equipo para otorgar la importancia necesaria al área social.

El reto principal que se plantea dicha profesional es lograr la abstinencia o reducir el consumo y en el peor de los casos, la mayor reducción posible del daño a nivel físico, psicológico y sobre todo, social mediante el acompañamiento, apoyo y motivación.

Otro reto de la profesional es prevenir que gente joven que se encuentra en el inicio de consumir, desarrollos una adicción tratando de abrir posibilidades para mantener al joven al margen del consumo de la sustancia y motivarlo en otros aspectos de su vida.

En cuanto a los retos que se plantea el Entrevistado 4, se basaban en dar respuesta a poblaciones que estaban quedando fuera de la atención del sistema, mejorar la calidad de vida de las personas respetando el deseo de mantener el consumo.

Modelos y técnicas de intervención.

La Entrevistada 1 trabaja desde un modelo cognitivo conductual con especial énfasis en la intervención a nivel familiar valiéndose de instrumentos como informes sociales para la Comunidad Terapéutica, para los órganos jurídicos en el caso de usuarios en procedimientos judiciales o para otro profesional ya sea del propio centro o de recursos externos con los que se coordina, así como realización de visitas domiciliarias en menor medida.

El modelo de intervención por el cual se rige la actuación del profesional de Proyecto Hombre es, principalmente, el cognitivo conductual. No obstante, varían en función del usuario y su situación.

Según el profesional del Comité Ciudadano Antisida, los principales modelos utilizados desde la disciplina de Trabajo Social eran el de intervención en crisis, el cognitivo-conductual y el psicoanalítico.

Según la Entrevistada 3, los modelos de intervención usados son principalmente el centrado en la tarea, el sistémico, de redes y también el cognitivo conductual. Los instrumentos utilizados en su ejercicio profesional son las entrevistas, las historias e informes sociales y, en menor medida, las visitas domiciliarias.

Por otro lado, las técnicas propias del Trabajo Social utilizadas por el Entrevistado 2 en su intervención con las personas usuarias son a nivel individual, la entrevista, el informe social, la escucha activa y la entrevista motivacional.

El Entrevistado 4 menciona la relevancia en el proceso de intervención con adicto del modelo cognitivo conductual de Prochaska y Diclemente, en el que se hace referencia a que las adicciones pasan por cinco estadios: precontemplación (el usuario no se plantea nada), contemplación (el usuario empieza a replantearse que el consumo le puede estar suponiendo un problema), preparación (el usuario quiere empezar a cambiar determinadas cosas, incluso puede darse una reducción de consumo), acción (puesta en marcha de lo que el usuario se plantea) y mantenimiento. Además, explica la importancia de validar y reconocer al consumidor el tiempo de abstinencia en los casos de las recaídas, ya que así se le concede la posibilidad de otorgarse una nueva oportunidad, en cuenta de recalcar el fracaso. Concluye que los objetivos de reducción del daño son tan importantes como los de la abstemia. Desde este recurso, las fases de intervención se establecían desde un primer contacto con el usuario en el que se realiza una presentación del servicio, el usuario se presentaba como quisiera y se trabajaba el caso en equipo, el cual se ponía al nivel de la demanda del usuario y se desarrollaba la recogida de información, estableciendo así una idea de cuáles eran los problemas de la persona y el planteamiento de la intervención y posteriormente, el seguimiento de la misma.

Funciones.

Las funciones de Entrevistada 1 pasan por una valoración social (área familiar, laboral, económica, vivienda, ocupacional, ocio y tiempo libre, red social) para analizar qué necesidades necesitan de intervención.

El Entrevistado 2 explica que la coordinación y el diálogo entre profesionales es esencial para desempeñar el trabajo de la mejor forma posible. Además de la atención individualizada, el grupo es un instrumento de gran utilidad porque la terapia se basa en la identificación en el otro de una misma problemática y la escucha activa. En algunos casos, este es el encargado de recomendar el ingreso a una comunidad terapéutica para las personas que no pueden dejar de consumir y mantiene los síntomas propios del consumo como pueden ser problemas familiares, laborales, ideas suicidas... De esta forma, se ingresa a la persona en el programa de adicción de la Comunidad Terapéutica (servicio de salud) donde permanecerá entre 6-8 meses. Una vez finalizado ese período de tiempo, vuelve al tratamiento ambulatorio. Esto, cuenta el profesional, sucede en muy pocos casos.

El Entrevistado 2 nos comenta que desde Proyecto hombre se realiza una labor terapéutica conjunta con los profesionales del ámbito de la Psicología, la Educación Social y el Trabajo Social. Además, este también tiene formación en terapia familiar, lo cual es esencial para el tratamiento que se hace desde el centro con las familias. Dicho profesional gestiona e imparte las terapias grupales junto a un profesional de la Psicología. Estos grupos son mixtos multifamiliares donde se convocan a las familias con el usuario y se trabaja con 2 terapeutas, con las cuales se comentan las relaciones personales de cada persona.

La Trabajadora Social del CMAPA es terapeuta, por lo que también lleva a cabo terapias grupales con familias de usuarios en el centro semanalmente, junto a otro grupo preventivo asistencial de padres y adolescentes con consumo de sustancias llevado en conjunto con el psicólogo y otro grupo compuesto por menores sancionados por tenencia o consumo de sustancias ilegales con la supervisión de un profesional.

En el caso de UASA Cruz Roja, antes de la pandemia del COVID, se puso en marcha terapias de Trabajo Social Grupal con chavales jóvenes con sanción administrativa donde se impartían charlas de temáticas jurídicas y administrativas y de disfrute de ocio alternativo de tiempo libre. En breves, se retomará el trabajo en grupo para sesiones informativas para pacientes en lista de espera con el objetivo de acelerar la incorporación debido al excesivo tiempo de espera que perjudica a la motivación y el desarrollo del tratamiento del paciente. También se baraja otro tipo de grupos con mujeres.

Particularmente, el Entrevistado 2 realiza funciones de Trabajo Social en el ámbito penitenciario, las cuales se encuentran dirigidas a la orientación y el acompañamiento, se trabaja de manera grupal dentro del módulo terapéutico y de manera individual, con los presos que quieren acceder al programa GAD (grupo de atención a las drogodependencias).

La Entrevistada 3 de UASA Cruz Roja trabaja tres días a la semana interviniendo tanto en la unidad de adicciones como técnica en proyectos de prevención. Su labor la ejerce de manera multidisciplinar con un profesional de la Psicología, de la Medicina, de la Enfermería y con el equipo de voluntarios. La Trabajadora Social cuenta con el acceso a una cartera de prestaciones propias de Cruz Roja bajo valoración previa de la situación del usuario. También dispone de recursos externos mediante la toma de contacto, comunicación y coordinación con estos. También gestiona ayudas externas (Ingreso Mínimo Vital, instancias al Ayuntamiento para el empadronamiento de personas sin hogar, informes sociales periciales para juzgados, abogados o los propios pacientes que los solicitan para presentar a sus familias como demostración de su evolución, informes sociales para la incapacitación judicial atención a las familias de los pacientes...).

A continuación, se detallan las funciones llevadas a cabo por cada uno de los profesionales entrevistados en sus recursos correspondientes:

Tabla 4. Código de profesionales.

AZUL	ROJO	VERDE	GRIS
TS DEL CMAPA	TS DE UASA CRUZ ROJA	TS DE PROYECTO HOMBRE	TS DE COMITÉ CIUDADANO ANTISIDA

Tabla 5. Funciones del Trabajo Social.

FUNCIONES.	FUNCIONES QUE REALIZA.	FUNCIONES QUE DEBERÍA REALIZAR.	FUNCIONES QUE NO REALIZA.
PREVENCIÓN.	XXX		
ATENCIÓN DIRECTA.	XXX		
PLANIFICACIÓN.	XX	X	
PRESTACIÓN ECONÓMICA.	XX	X	
DOCENCIA.	XXX		
INVESTIGACIÓN.	X	XX	
PROMOCIÓN E INSERCIÓN SOCIAL.	XXX		

MEDIACIÓN.	✗ ✗ ✗	✗	
SUPERVISIÓN.	✗ ✗ ✗ ✗		
EVALUACIÓN.	✗ ✗ ✗ ✗		
GERENCIAL.			✗ ✗ ✗ ✗
ADMINISTRACIÓN.	✗ ✗		✗ ✗
COORDINACIÓN.	✗ ✗ ✗ ✗		
INFORMACIÓN.	✗ ✗ ✗ ✗		
ASISTENCIA • Diagnóstico.	✗ ✗ ✗ ✗		
PARTICIPACIÓN.	✗ ✗ ✗ ✗		
REHABILITADORA.	✗ ✗ ✗ ✗		
MEJORA DE LA CALIDAD.	✗ ✗ ✗	✗	

(Consejo General de Trabajo Social 2021: Libro Blanco TS - ANECA 2004)

Carencias y propuestas de mejora.

La Entrevistada 1 considera que es necesario invertir más tiempo en investigación otorgándole más importancia y énfasis a la parte social del individuo y al Trabajo Social Terapéutico para llevar a cabo intervenciones desde un modelo biopsicosocial. Todo esto es importante para evitar la medicalización

absoluta de las adicciones, que limita y reduce la presencia de profesionales del Trabajo Social, porque entiende la adicción como un problema meramente físico y psicológico, ignorando la dimensión social del individuo.

Por otro lado, el Entrevistado 2 afirma que se ha de incidir en los problemas del contexto social del individuo, que son considerados síntomas, para tratar de evitar que se genere una adicción como evasión a su realidad. Es esencial no individualizar el consumo para poder tratar de forma respetuosa y dignificante a la persona adicta, porque, en última instancia, es una persona enferma. En las propuestas de mejoras, destaca una mayor coordinación con las entidades, medidas más tangentes (subida de precio del tabaco), así como la mejora y el aumento de la relación entre los profesionales de otras entidades del mismo ámbito, aunque sea por vía telefónica. También recalca que una de las carencias del Trabajo Social en este ámbito es la visión reduccionista de la adicción (se considera que el único problema es el propio consumo).

En otro orden de cosas, las carencias detectadas por la profesional de UASA Cruz Roja son las siguientes:

- Volumen muy reducido de Trabajadores Sociales que intervienen en la problemática de las adicciones. En esta UASA en concreto, solo hay una profesional.
- Sobrecarga de tareas administrativas que debería abordar el personal administrativo.
- Más formación de la problemática de las adicciones dentro del área de salud.
- Reconocimiento de la figura del Trabajo Social en equipos interdisciplinares, ya que no existe un posicionamiento relevante en estos.
- Aumentar la coordinación interna y externa con asociaciones de barrio, con otros servicios, con otras entidades públicas y privadas (fundaciones, asociaciones...).
- Mejorar la comunicación entre TS que intervienen en el ámbito de las adicciones con mayor supervisión de la práctica profesional.
- Infravaloración del profesional del TS.

Para la Entrevistada 3, las propuestas de mejora están enfocadas a aumentar el ratio de TS en los equipos de salud mental si finalmente se trata las adicciones como un problema de salud mental. También otorgar la importancia que merece esta disciplina porque la considera indispensable en dicha problemática. Otro elemento a tener en cuenta debería ser el aumento de intervenciones a nivel grupal, así como un incremento del tiempo por cada usuario y una adaptación y flexibilidad de horario de las UASAS para perfiles de usuario que tienen responsabilidades que le impiden asistir a terapia en los horarios limitados actuales de estas. Por último, a nivel global considera importante aumentar la dureza y contundencia de sanciones para aquellos que no respetan las leyes de protección a los menores con respecto a la venta y suministro de drogas como el alcohol.

El Entrevistado 4 explica que el papel del Trabajador Social es primordial porque abarcamos todas las áreas, labor de coordinación entre todas las áreas de la persona, algo que desde el área sanitaria no se va a hacer. Por otro lado, establece como carencias del Trabajo Social, la visión reduccionista de la adicción (se establece que el problema es la propia adicción).

5. DISCUSIÓN.

Desde un punto de vista terminológico, la mayoría de los profesionales entrevistados coinciden en que el término drogodependencias es un término desfasado propio de los años 80 y 90. Así pues, este ha ido evolucionando a la par que la sociedad y el tratamiento de dicha problemática, por lo que es más correcto y a su vez, menos estigmatizante, hablar de adicciones. A su vez, queremos destacar que tres de los cuatro entrevistados se refieren a las personas adictas como usuarios frente a una entrevistada que los denomina pacientes.

En este sentido, el consumo de sustancias ha ido diversificándose con el paso de los años. Desde el año 2000, ha habido un cambio en los tipos de adicciones predominantes. Se ha pasado de la adicción a sustancias a las adicciones conductuales, como el juego, las conductas sexuales de riesgo, la vigorexia y el uso de nuevas tecnologías. Este aspecto queda reflejado en el Plan Autonómico sobre Adicciones y Otras Conductas Adictivas 2005 - 2008, haciendo alusión a los nuevos patrones de abuso relacionados con adicciones de tipo comportamental.

De esta forma, la principal adicción - problema en la actualidad es el alcohol (media de consumidor entre 45 - 50 años), seguida por el consumo de cannabis, la ludopatía y el tabaco. Luego vienen las adicciones a los estimulantes (más ligado a gente más joven, siempre mayor prevalencia en hombres que en mujeres), y en menor medida, las adicciones a los benzos y opiáceos. También prevalecen las adicciones a los psicofármacos, la metanfetamina, tabaco, cannabis.

Si hablamos de gente joven, se aprecia una gran prevalencia de cannabis, a la cual podemos denominar 'la droga de inicio' que ha venido a sustituir al tabaco y alcohol. Cabe destacar también la aparición de una nueva adicción en los últimos años debido a la alta incidencia de jóvenes con dependencia a pantallas. En cuanto a este colectivo, podemos apreciar que la mayoría de profesionales se oponen a la consideración de usuarios jóvenes y menores como adictos. Desde la perspectiva de dichos profesionales, esta población presenta un abuso de drogas definido por Caudevilla (2007) como consumos repetidos de una sustancia psicoactiva que perjudica o pone en riesgo la salud física, mental o el bienestar social de una persona, por lo que la intervención suele ser menor.

Los cuatro concluyen que por norma general existe un policonsumo, es decir, presentan adicción a más de una sustancia. Con respecto a las combinaciones de sustancias más habituales en la actualidad, podemos hablar de tabaco y cannabis, cocaína y speed y speed y alcohol. Este último es un desencadenante, por su efecto desinhibidor, que facilita el acceso a otras sustancias o conductas como el juego, por lo que en la mayoría de los casos siempre está presente dando lugar a un policonsumo. Cabe destacar también en la franja de edad de los 20 - 30 años una gran prevalencia de policonsumo de alcohol, cannabis y estimulantes. Así pues, existe poca prevalencia de adicción pura a una sola sustancia, sin embargo, se da puntualmente en jóvenes que únicamente consumen cannabis y en las personas que demandan ayuda para dejar el tabaco.

Si comparamos las sustancias predominantes en el Comité Ciudadano Antisida de los años 80, podemos observar que las sustancias más predominantes eran la heroína, tabaco y alcohol principalmente, y en segundo plano, la cocaína, farmacología de salud mental y cannabis. Sin embargo, en los recursos actuales

de atención y seguimiento a las adicciones de Zaragoza (Cruz roja, Proyecto Hombre y CMAPA), podemos observar cómo estas sustancias han ido experimentando cambios en su consumo, ya que las adicciones por heroína se han reducido notablemente, mientras que el cannabis ha sufrido un importante auge especialmente entre la población joven. Por otro lado, la presencia del alcohol y tabaco sigue estando vigente.

Como hemos repetido en diferentes ocasiones, el perfil actual de persona adicta se caracteriza por su heterogeneidad. No obstante, podemos apreciar aquellos rasgos predominantes en la actualidad como son población autóctona frente a la extranjera, mayoritariamente en desempleo (con algún tipo de prestación o subsidio) y de edad mediana (40 - 50 años). A continuación, enumeramos las distintas tipologías de los usuarios actuales en CMAPA, Proyecto Hombre y UASA Cruz Roja:

- Existe una alta tasa de personas adictas con carencias y dificultades en la gestión emocional de acontecimientos vitales o situaciones personales complicadas, que a raíz de ello, acaban buscando el alivio en sustancias.
- Otras personas comienzan por un consumo recreativo de ciertas sustancias hasta que dicho consumo se convierte en hábito y dicho hábito se instaura dando lugar a una dependencia.
- Otro perfil son las personas con problemas de salud mental, las cuales tienen mayor predisposición a desarrollar una adicción.
- Los hijos cuyos progenitores han tenido algún problema de adicción también tienen una mayor probabilidad, ya no por un rasgo hereditario, sino por la adopción de estilos de vida y conductas proyectados por el ejemplo de sus padres.
- También se observan perfiles que presentan una patología dual (salud mental combinada con consumo de drogas).
- Existe un número de usuarios que tienen su primera experiencia en el tratamiento de las adicciones en dicho recurso (sobre todo, las personas con adicciones al juego y el tabaco) porque CMAPA fue el primer recurso público en tratar esta tipología de adicciones en 2005. También gente joven que debido a su corta edad. En contraposición, podemos encontrar otros usuarios que ya han pasado por otros recursos, pero no consiguieron alcanzar la abstinencia. Estos últimos suelen tener más edad.
- Personas con discapacidad.
- Jóvenes sancionados administrativamente por consumo o tenencia de drogas o personas mayores.
- Usuarios con otras patologías como problemas hepáticos y/o digestivos ocasionados por el alcoholismo principalmente, que han sido derivados por médicos de atención primaria.
- También existe un importante volumen de personas en programas de mantenimiento con metadona, los cuales son pacientes crónicos con tratamiento de metadona y metasedín. No obstante, este último perfil se incorpora en menor cantidad en la actualidad. Cabe destacar que CMAPA no cuenta con este programa.
- Otra tipología de perfil abundante son pacientes que han llevado tratamiento psiquiátrico a partir del cual han desencadenado una dependencia del fármaco utilizado para dicho tratamiento o han accedido al uso de otros fármacos en el mercado libre.
- También menores no acompañados.

Debido a la heterogeneidad anteriormente citada, se han diseñado una red de servicios compuesta por los siguientes recursos: centros ambulatorios de referencia, comunidades terapéuticas, centros de día, pisos tutelados, talleres ocupacionales, unidades de desintoxicación hospitalaria, unidades de mantenimiento con antagonistas y aversivos, centros de dispensación de agonistas, unidades móviles y centros de contactos... (Resa y Martín, 2007). En el caso de Aragón, se denominan UASAS a las Unidades de Asistencia y Seguimiento de las Adicciones.

Si comparamos el perfil descrito sobre los usuarios que recurrían al Comité Ciudadano Antisida de los 90 y el perfil predominante actual, las diferencias se basan en el tipo de sustancias consumidas y en que la población atendida pertenecía mayoritariamente a minorías étnicas frente a la predominancia de población autóctona en los recursos actuales (CMAPA, Cruz Roja y Proyecto Hombre). También la población atendida por el Ciudadano Antisida dista de los recursos actuales en tanto que este llevaba a cabo intervenciones con prostitución femenina y masculina, consumidora y no consumidora y portadores de VIH. Sin embargo, se mantienen algunos rasgos como una mayor población masculina frente a la femenina y perteneciente a un perfil socioeconómico bajo, sin empleo y una gran presencia de personas con enfermedades mentales.

Los profesionales coinciden en que otro rasgo característico de algunos usuarios se da en los motivos de consumo, existe determinada población que consume para evadirse de la realidad, para bloquear elementos del pensamiento, este hecho está ligado a lo que Del Moral et al (1998) establece como dependencia emocional, definida como el fuerte deseo de consumir una sustancia para experimentar sus efectos placenteros o para acabar con el malestar, como la ansiedad.

Las vías de acceso a los distintos recursos son las siguientes:

1. Iniciativa propia a través de una demanda a su médico de atención primaria.
2. Mediante la búsqueda a través de conocidos y redes sociales Internet.
3. Presión familiar, aunque existen perfiles ambivalentes que consideran no tener ningún problema pese a la opinión de la familia.
4. Son también habituales las derivaciones de servicios sanitarios de atención primaria o medicina especializada con consecuencias orgánicas.
5. Derivaciones de salud mental tanto de adulto como infanto juvenil.
6. Pacientes que acuden al centro por sentencias judiciales que determinan que deben asistir a tratamiento. La adicción es considerada un atenuante, por lo que pueden sustituir una pena privativa de libertad por un tratamiento.
7. Otro elemento a tener en cuenta son las derivaciones de los Centros Municipales de Servicios Sociales y de servicios que trabajan con menores (como YMCA o Protección de Menores) donde se ha detectado casos en los que existe tanto un posible riesgo de negligencia, abandono o maltrato como en los casos en los que los roles y funciones parentales se ven afectadas por la adicción.
8. Jóvenes por la Fiscalía de Menores por cometer un delito. Dentro de su plan de libertad vigilada, se contempla la asistencia a tratamiento y seguimiento en la UASA.
9. Derivación de Protección de Menores y Servicios Sociales en casos donde existe la sospecha de consumo de drogas por parte de progenitores que tienen hijos a cargo.

La totalidad de los profesionales coinciden en que se observan un gran número de usuarios que presentan algún problema de salud mental, por lo que se da una concomitancia entre enfermedad mental y adicción. En muchas ocasiones, no se llega a discernir si el problema de salud mental ha sido la causa principal del desarrollo de la adicción o bien, ha aparecido como consecuencia de esta. La coexistencia en una situación clínica de un usuario con una adicción y un trastorno mental se denomina patología dual (Mancheño Barba et al., 2023).

Por otro lado, afirman que la mayoría de los usuarios acuden a los servicios por su propia voluntad con un importante papel el entorno familiar a la hora de tomar la decisión y habiendo estado anteriormente en estos recursos de atención a las adicciones. De acuerdo a Sánchez Hervás et al (2004), este último elemento está vinculado a la cronicidad de la conducta adictiva donde los procesos de recaídas y el craving (deseo incontrolable por el consumo) son consideradas el principal factor de abandono, por lo que han pasado a formar parte del propio proceso de rehabilitación debido a la frecuencia con la que se dan.

Así mismo, coinciden en que existen diferencias en relación al género en los patrones de consumo, puesto que existe estigmatización social mayor en el caso de las mujeres que las conduce al consumo a escondidas, en el ámbito privado. También el consumo de alcohol en las mismas se entiende como vía de escape de las propias cargas familiares. Además, las mujeres presentan un mayor consumo de medicación y fármacos psicoestimulantes (ansiolíticos) y adicciones comportamentales relacionadas con las compras compulsivas. Sin embargo, existe un elevado porcentaje de usuarios hombres frente al de mujeres dentro de los usuarios de los distintos recursos.

Tres de los cuatro servicios investigados mencionan el uso de programas de dispensación de metadona para el tratamiento de la adicción a sustancias como la heroína entre otras, siendo el CMAPA el único recurso que no utiliza este tipo de programas, perdiendo así la posibilidad de atender esta tipología de perfil.

En cuanto a las necesidades de las personas adictas, los entrevistados señalan que son muy variadas en función de la persona y el contexto, pueden ir desde atención a las necesidades básicas (generalmente en personas sin hogar), siendo estas más visibles en la época de los 90, en el servicio del Comité Ciudadano Antisida, ya que atendían a un gran número de personas en situación de exclusión social y que habían sido desatendidas por el sistema. Hasta necesidades de salud física, psicológica y mental, así como de los factores sociales que inciden en su salud como podrían ser necesidades relacionadas con el ámbito familiar, laboral o social. En relación a este último ámbito mencionado, cabe mencionar que la mayoría de profesionales coinciden en las necesidades de ocio y tiempo libre alternativos de las personas usuarias, pues estas construyen sus grupos sociales (el consumo es un elemento de pertenencia a estos) y entornos en base al consumo, por lo que carecen de habilidades relacionales fuera de este. Esto es lo que Del Moral et al (1998) denomina dependencia social, la cual está vinculada a la necesidad de consumir la sustancia como parte de la identidad social, como señal de pertenencia a un grupo. La interrupción del consumo puede desencadenar crisis de relaciones significativas para el adicto, lo que puede llevar a reanudar el consumo para restablecer la comodidad social perdida.

A su vez, la demanda principal está orientada a dejar de consumir o reducir el consumo, aunque también son habituales las demandas de ayudas puntuales de carácter económico, evitar el deterioro y mejora de las relaciones familiares, el deseo de cambiar su estilo de vida...

La variación del consumo de sustancias ha modificado también las principales consecuencias de la adicción. Si bien en los años 80, las principales consecuencias eran la muerte, suicidio o un deterioro importante de los órganos vitales, en la actualidad la incidencia de problemas de salud mental se ha disparado, con especial afectación a la población joven. No obstante, a día de hoy también se mantienen consecuencias relacionadas con la desestructuración familiar, pérdida de empleo, inestabilidad económica, problemas de salud física. De acuerdo a Resa y Martín (2007) los tres pilares en los que se basa el proceso de reinserción son el alojamiento, la educación y el empleo y formación laboral.

Los factores de riesgo representan una amenaza que puede influir en la aparición de una adicción, pero no son determinantes por sí solos. Lo crucial es la combinación de factores de riesgo y protección de una persona, considerando sus características personales, familiares, escolares, el vecindario y las circunstancias vitales. Los factores de riesgo son variados: una personalidad tímida con pocas habilidades sociales, una infancia problemática, problemas de desarrollo cognitivo y aprendizaje, trastornos como el TDAH y el trastorno desafiante, familias que no cubren las necesidades básicas, entornos de apego negativo, vivir en un barrio desfavorable, y disponer de grandes cantidades de dinero a una edad temprana. La adolescencia y la juventud son etapas de especial vulnerabilidad, sobre todo cuando están atravesadas por factores como violencia intrafamiliar, estructuras familiares deterioradas, modelos educativos sobreprotectores, antecedentes familiares de adicción, fracaso escolar, desempleo prolongado, policonsumo, y problemas de salud mental. En contraposición, los factores de protección incluyen un entorno familiar favorable, la existencia de apoyos para enfrentar situaciones difíciles, empleo estable, estabilidad económica, tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, y el desarrollo de habilidades sociales y de comunicación, como la empatía y la asertividad, que ayudan a enfrentar los desafíos de la vida cotidiana. Como podemos apreciar, gran parte de los factores de riesgo de las diferentes tipologías de perfil enumeradas presentan problemas de carácter familiar, laboral y/o personal tal y como apunta Del Moral et al (1998) utilizando el término nocividad social como requisito para la determinación de una sustancia como droga. Para este autor, dicha nocividad se refleja en el nivel familiar, en el laboral y en el relacional.

A continuación, desarrollaremos la discusión acerca de la dimensión de la disciplina de Trabajo Social:

Para la profesional del CMAPA, los objetivos de la intervención se enfocan en conseguir que el usuario alcance una vida organizada. Para el profesional de proyecto hombre es importante movilizar las capacidades del usuario desde su rol profesional para ayudar, de la manera más eficaz posible, mientras que la profesional de UASA Cruz Roja, incide en la importancia de lograr que los pacientes no abandonen el tratamiento mediante la motivación para una continuidad de la asistencia a terapias individuales y familiares. Las terapias individuales y familiares forman parte de las técnicas psicosociales que Mayor Sánchez (1996) establece, las cuales son utilizadas para incidir en los problemas del ámbito psicosocial del individuo tratando de mejorar las relaciones interpersonales del adicto enfatizando en las relaciones familiares y grupales entre iguales. Dentro de estas, el autor enumera los siguientes tipos: Las técnicas orientadas a mejorar la comunicación, las técnicas de persuasión y de cambio de actitudes, las técnicas

dirigidas a mejorar el clima emocional y las relaciones afectivas, técnicas interpersonales (especialmente de parejas), terapia familiar y terapia de grupo.

La profesional de UASA Cruz Roja se plantea principalmente lograr la abstinencia que genera la dependencia física. Como se ha mencionado anteriormente, una de las consecuencias de las adicciones es el síndrome de abstinencia, el cual, según Caudevilla (2007), se trata de una serie de signos y síntomas que se generan al dejar de consumir, cuyo fin se alcanza al volver al consumo de la sustancia, que produce cambios neuroadaptativos en el SNC. Del Moral et al (1998) define la dependencia de carácter físico como neuroadaptación, caracterizada por la necesidad de mantener ciertos niveles de una sustancia en el cuerpo, creando un vínculo entre la sustancia y el organismo.

Otro objetivo es tratar de reducir el consumo y en el peor de los casos, la mayor reducción posible del daño, mientras que para el Comité Ciudadano Antisida, sus objetivos se basaban principalmente en la reducción de daños. Tal y como se estipula en el Plan Autonómico sobre Adicciones y Otras Conductas Adictivas 2005 - 2008, en la segunda mitad de la década de los 80, los centro de este ámbito incluyeron en su oferta programas de reducción de daños (programas de mantenimiento con opiáceos) alejando a su vez a las adicciones de su carga “moralista”.

El Comité Ciudadano Antisida de los 90 estaba compuesto únicamente por la figura del Trabajador Social junto al de un Educador Social, a diferencia del resto de servicios donde también intervienen profesionales de otros ámbitos como el de la Psicología o el sanitario llevando a cabo una intervención multidisciplinar. Mayor Sánchez (1996) y Gutiérrez et al (2019) proponen un modelo desde una intervención de carácter multidimensional, abarcando los diferentes niveles de la persona mediante tres perspectivas integradas: Biología, Psicología y dimensión social.

Los profesionales coinciden en la relevancia de la figura del Trabajo Social para abarcar la parte social de la adicción y tratar las distintas áreas del individuo, así como en la importancia de la coordinación externa e interna. De esta manera, según Instituto de Adicciones (2012), las áreas a tratar del individuo son variadas, el área de salud y autocuidados, el área de psicopatología, el área de consumo, el área familiar, el área socio-relacional, el área formativo-laboral y el área de ocio. Con respecto a la coordinación, el Trabajador Social actúa como coordinador y mediador entre el equipo, entre otros sectores de la comunidad, de la iniciativa social y de los servicios especializados (Resa y Martín, 2007).

Además, las fases de intervención de los centros se dan desde el trabajo en equipo, y todas comienzan con una entrevista, en el caso del Comité Ciudadano Antisida, esta se da de una manera más informal que en el resto. De acuerdo al Instituto de Adicciones (2012) la entrevista es la técnica de intervención individual más utilizada. Podemos encontrar la entrevista de recogida de datos, la entrevista informativa, entrevista motivacional, entrevista de asesoramiento y entrevista de seguimiento.

Así mismo, los cuatro entrevistados mencionan realizar la intervención haciendo uso del modelo cognitivo conductual entre otros. Este modelo, desarrollado por Prochaska y Diclemente en 1982, subraya el hecho de que la mayoría de las personas no progresan de manera lineal a través de los estadios de cambio, sino en forma de espiral.

En cuanto a la intervención, se realiza tanto intervención individual como grupal, exceptuando al Comité Ciudadano Antisida, ya que no tenía las condiciones y recursos suficientes para llevar a cabo este tipo de intervención. De esta forma, según el Instituto de Adicciones (2012), encontramos tres niveles de intervención: El individual donde se desarrolla un programa de intervención individualizado que se ajusta a las características y situaciones específicas del usuario, el grupo es una valiosa herramienta terapéutica que optimiza el trabajo en distintas áreas, utilizando de manera más eficaz el tiempo de los profesionales y aprovechando los beneficios del trabajo grupal y, por último, esta puede darse tanto de manera individual con una sola familia o bien de manera grupal, donde se trabaja con varias familias o con pacientes y familias conjuntamente.

En relación a los parámetros de alta del usuario, destaca una gran diferencia entre los servicios actuales y el Comité Ciudadano Antisida de la época de los 90, ya que los usuarios del mismo podían persistir en el centro durante años, mientras que en los otros tres servicios, el alta está principalmente condicionada a conseguir la abstinencia durante un periodo de tiempo determinado.

Respecto a las funciones anteriormente mencionadas, podemos observar notables diferencias entre los recursos actuales y el Comité Ciudadano Antisida basadas principalmente en la falta de recursos para llevarlas a cabo. En este sentido, observamos que tanto la función de prestación económica como la planificación no se llevaban a cabo por el Entrevistado 4, porque carecían de medios humanos y económicos para realizarlas. No obstante, cabe destacar que la función de investigación sí se llevó a cabo por el Entrevistado 4 a partir de su experiencia en el Comité Ciudadano Antisida mientras que los profesionales del resto de recursos señalan que es una de las funciones con menor presencia en los recursos. Con respecto a la función de administración, la mitad de los entrevistados señalan que es una de las tareas principales en su día a día pese a que, en algunos casos, debería ser abordada por el personal administrativo. Otro elemento a destacar es que la función gerencial no es desempeñada por ninguno de los cuatro entrevistados, sin embargo, tanto en Proyecto Hombre como en el Comité Ciudadano Antisida la dirección recae en un profesional del Trabajo Social.

Por último, todos los profesionales coinciden en la importancia de destinar recurso y tiempo a la función preventiva desde los distintos recursos de atención a las adicciones. Esta función, en la mayoría de recursos entrevistados, es realizada por un equipo técnico conformado principalmente por profesionales de la Educación Social, del Trabajo Social y en menor medida, de la Psicología. De esta manera, podemos diferenciar entre prevención primaria destinada a personas no consumidoras u ocasionales mediante charlas, campañas de sensibilización y terapias grupales, entre otras, basadas en la información tal y como se hace desde CMAPA, prevención secundaria basadas en un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado y una prevención terciaria cuyo fin es la reinserción social o, como en el caso del Comité Ciudadano Antisida, la disminución del daño. Así pues, la fase de prevención es fundamental y, si es efectiva, la única necesaria, abarcando a un gran número de personas y evitando problemas derivados de la adicción. Su complejidad radica en los diversos factores de riesgo y la necesidad de un análisis riguroso (Mayor Sánchez, 1996; Resa y Martín, 2007). La prevención reduce factores de riesgo y empodera al individuo, abarcando aspectos afectivos, sanitarios, educativos, laborales y culturales, y potenciando recursos psicosociales. Para ello, se tienen en cuenta factores biológicos, psicológicos y socioculturales, así

como la disponibilidad de drogas. También se busca modificar creencias y actitudes y mejorar el control emocional y cognitivo, creando relaciones positivas. La prevención se centra en contextos específicos y sigue fases de información, modificación de creencias y desarrollo de autocontrol. Trabajadores sociales y equipos multidisciplinarios desarrollan estrategias comunitarias para informar, prevenir y coordinar, eliminando estereotipos (Gutiérrez et al, 2019).

En cuanto a las propuestas de mejora, para el profesional de proyecto hombre y del Comité Ciudadano Antisida destacan la coordinación externa con otros profesionales y recursos para abarcar todas las áreas de la persona, así como acabar con la visión reduccionista del consumo propia del modelo médico - sanitario que trata de reducir el consumo y aumentar el control disminuyendo la aceptación social, incrementando el precio de las sustancias, usando medicamentos antagonistas y proporcionando información sobre efectos en la salud. Sin embargo, contribuye a la estigmatización de ciertos colectivos, como la juventud, y a ignorar la diversidad de consumidores y los componentes socioculturales (Resa y Martín, 2007). Por ello, la entrevistada de CMAPA pone énfasis en incidir en la parte social del individuo, trabajando así desde un modelo biopsicosocial, para Resa y Martín (2007), este se enfoca en el comportamiento del individuo a partir de tres elementos: sustancia, individuo y contexto considerando que la adicción es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales de la persona. Sus medidas se basan en difundir información sobre actitudes, valores, estereotipos culturales y estilos de vida, reconociendo que hay factores individuales y presiones grupales que fomentan el consumo.

Por otro lado, en consonancia a las carencias identificadas por el resto de profesionales acerca de la visión reduccionista, la profesional de UASA Cuz Roja, menciona la existencia de un volumen muy reducido de Trabajadores Sociales que intervienen en la problemática de las adicciones, derivando en una sobrecarga de trabajo e infravaloración de este.

6. CONCLUSIONES

Las adicciones son una problemática dinámica que va experimentando diferentes cambios. La evolución del consumo varía en función de los cambios que experimentan las sociedades. El desarrollo tecnológico y el contexto de digitalización en el que estamos inmersos ha facilitado la aparición de nuevas adicciones, en su mayoría, conductuales (adicción a las pantallas, juego patológico, compras compulsivas por internet...). Por ello, el concepto de adicción se ha ido ampliando para incluir estos comportamientos adictivos. La actual variación de adicciones, ligada al progresivo auge de las adicciones de tipo comportamental, otorga validez a la **Hipótesis 3**: Actualmente existe un importante auge de las adicciones conductuales.

Con respecto a transformación del consumo de sustancias, en los años 60 - 70 predominaban los alucinógenos, en los años 80 la sustancia mayoritaria era la heroína, en los 90 comenzó a llegar una mayor cantidad de cocaína y a partir de los años 2000 hasta la actualidad se dan adicciones a psicofármacos, cannabis, cocaína, alcohol, speed, tabaco y alcohol principalmente. Así pues, podemos decir que el perfil de usuarios actual se caracteriza por su heterogeneidad. Por ello, este cambio de sustancias en relación al contexto temporal se caracteriza por un relevante protagonismo el cannabis en población joven, así como la cronicidad y permanencia de la presencia del alcohol a lo largo de los años verifican la **Hipótesis 2**: Las principales sustancias consumidas en la actualidad varían en relación a las predominantes en los años 80 y

90 y la **Hipótesis 4:** El cannabis es una de las sustancias predominantes en la sociedad actual, junto al alcohol.

Todos estos cambios que se han ido observando en relación a las sociedades con la progresiva evolución de la sociedad, verifican la **Hipótesis 1:** El consumo de drogas y las adicciones evolucionan en relación al desarrollo de las sociedades.

No obstante, es necesario recalcar la creciente prevalencia de problemas de salud mental (ansiedad principalmente) o malestar emocional en la actualidad en población adolescente y juvenil que se traduce en un factor de riesgo o desencadenante del consumo de sustancias, considerando este último como una vía de escape de la realidad.

Señalar también la gran concomitancia entre enfermedad mental y adicción. Una gran parte de personas adictas presentan algún tipo de problema y/o enfermedad de salud mental, por lo que hablamos de patología dual. De esta manera, en los servicios analizados se observa un gran número de usuarios que presentan algún problema a nivel de salud mental, siendo así validada la **Hipótesis 5:** Los trastornos de salud mental suponen tanto un factor de riesgo como una consecuencia derivada de la situación de adicción.

Otro elemento a tener en cuenta es la necesidad de proteger a los pacientes que han llevado tratamiento psiquiátrico mediante el suministro de un fármaco y que existe el riesgo de desarrollar una adicción a este mediante un acompañamiento y seguimiento desde atención primaria y salud mental para alcanzar la deshabituación.

Desde una perspectiva de género, podemos apreciar una mayor representación masculina en los usuarios atendidos en los diferentes recursos y servicios, así como variaciones en el tipo de consumo entre hombres y mujeres. Estas últimas se caracterizan por un consumo a escondidas en el ámbito privado como vía de escape de las responsabilidades del ámbito familiar y con una predominancia mayor en fármacos psicoestimulantes (ansiolíticos) y adicciones comportamentales relacionadas con las compras compulsivas. De esta manera, podemos verificar la **Hipótesis 6:** Existe una mayor prevalencia de hombres frente a mujeres en las Unidades de Atención y Seguimiento de las Adicciones.

Existe una gran parte de la población, sobre todo jóvenes y adolescentes, que consumen distintas sustancias psicoactivas de manera farmacológica con el objetivo de evadirse de la realidad, por lo que en cada consumo se da una significación y una de relación determinada con la sustancia condicionadas por una serie de circunstancias conscientes o inconscientes, entre las que abunda el malestar interno de la persona cuyo origen es patológico o psicopatológico que se trata de frenar con el consumo de dichas sustancias. Así pues, el problema de las adicciones no es la sustancia sino la relación que el individuo establece con esta. De esta forma, podemos decir que el consumo es entendido como el síntoma del problema subyacente que atraviesa a la persona consumidora. Desde este enfoque, las adicciones están conformadas por una complejidad de una mayor dimensión donde se ha de intervenir en el todo de la adicción, es decir, en conocer qué relación tiene la persona con la sustancia y estudiar qué es lo que le aporta esta en su vida, puesto que la clave clínica es el significado que el individuo otorga al consumo de la sustancia atendiendo a

toda una serie de condicionantes que llevan a consumir y que varían en función del individuo. La visión profesional que pone el énfasis en la necesidad de abarcar la adicción desde una mirada multidimensional y no reduccionista al consumo, evidencia la **Hipótesis 11:** Los profesionales del ámbito de las adicciones consideran el consumo como un mero síntoma.

Es necesario enfatizar en la amenaza que supone el auge y hegemonía del enfoque puramente médico en el tratamiento de la problemática de las adicciones, que supone una visión reduccionista de dicho fenómeno donde se establece como único problema la adicción como tal, por lo que únicamente se interviene en el consumo. Esta perspectiva que se da desde el ámbito sanitario, verifica la **Hipótesis 8:** El modelo médico de intervención en adicciones es reduccionista porque no interviene en las causas que provocan el desarrollo de una adicción.

En la misma línea, la complejidad que entraña las adicciones requiere un tratamiento basado en la coordinación externa con otros servicios y recursos más allá de las UASAS, junto a un equipo multidisciplinar que incida en distintas áreas y dimensiones de la persona (como son la Psicología, Psiquiatría, Medicina, Enfermería, Educación Social...) para realizar un tratamiento integral de la persona usuaria. Este hecho ratifica la **Hipótesis 1:** La coordinación externa es esencial para una intervención eficaz e integral en el individuo.

A parte de la externa, también consideramos esencial una coordinación interna habitual, tanto entre los profesionales de un mismo recurso, como en Trabajadores Sociales que intervienen en el ámbito de las adicciones para aumentar la supervisión del desempeño profesional y el intercambio de propuestas e ideas.

Desde esta perspectiva más amplia de comprender el fenómeno de las adicciones, el papel del Trabajo Social es fundamental en tanto que se abarca e interviene recabando información de todas las áreas que rodean a la persona (área social, personal, relacional, familiar, formativa, educativa, económica...) estableciendo las vías de comunicación y coordinación entre las distintas áreas. Además, proporciona una visión conjunta de la situación real de la persona y es una figura de nexo y facilitadora de la intervención por parte de los diferentes profesionales de las distintas disciplinas. De esta forma, la adicción está estrechamente vinculada al contexto que rodea a la persona, por lo que un profesional del Trabajo Social puede aportar una gran capacidad de análisis de la dimensión social y cultural que atraviesa al individuo, siendo capaz de detectar los síntomas de una adicción e identificar las posibles causas que le han sumergido en ella, las cuales suelen estar relacionadas con aspectos a nivel personal, familiar, social, cultural, experiencias vitales...

Las funciones propias del profesional del Trabajo Social en los distintos recursos estudiados inciden en todas aquellas áreas que atraviesan los diferentes ámbitos de la vida del individuo en diferentes niveles de intervención (individual, grupal y familiar) con una clara predominancia del uso del modelo cognitivo - conductual de Prochaska y Diclemente atendiendo a los cinco estadios de las adicciones: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. En este sentido, refutamos tanto la **Hipótesis 10:** La figura del Trabajo Social es esencial para abarcar todas las áreas del contexto social de la persona adicta, siendo además un nexo para la coordinación multidisciplinar, como la **Hipótesis 7:** Las Unidades de Atención

y Seguimiento de las Adicciones intervienen principalmente desde el modelo cognitivo conductual en el nivel individual, familiar y grupal del usuario.

A nivel macro, el Trabajador Social, como agente de cambio social, ha de incidir en la concienciación y visibilización, desde un marco de responsabilidad social que deje atrás la individualización de las adicciones y los prejuicios que arrastran las personas que se encuentran en dicha situación.

Por otro lado, uno de los aspectos fundamentales del papel del Trabajo Social en este ámbito es la función de la prevención, considerando como tal la lucha por los avances y el progreso social en el marco de una sociedad profundamente alcoholcétrica (el consumo de alcohol es parte de la cultura) tratando de reducir los estímulos y factores de riesgo que dificultan la rehabilitación de las personas adictas como pueden ser la apertura de casinos durante las 24 horas del día o un hecho tan banal como el patrocinio de las Fiestas del Pilar por una marca de bebida alcohólica.

Para finalizar, en cuanto a las perspectivas de futuro y propuestas de mejora, consideramos que si las adicciones pasan a considerarse una enfermedad de salud mental, será necesario aumentar el ratio de Trabajadores Sociales tanto en los equipos de salud mental como en los equipos multidisciplinares de las UASAS otorgándole mayor reconocimiento y relevancia. Al mismo tiempo es necesario reducir el volumen de tareas de carácter administrativo, las cuales debería abordar el personal administrativo, así como la sobrecarga de trabajo. También se ha de aumentar el tiempo destinado a la intervención con cada usuario, a la par que se deben flexibilizar los horarios actuales y la disponibilidad de las UASAS para las personas usuarias que demandan apoyo, y se invierta más tiempo en la función de investigación. Por último, incrementar las intervenciones desde el Trabajo Social Grupal y Comunitario.

En este sentido, se observa que el exceso de carga trabajo y la falta de tiempo condiciona de manera negativa la labor desempeñada en el área del Trabajo Social, con lo que se verifica la **Hipótesis 9:** La figura del Trabajo Social en el ámbito de las adicciones está limitada por la falta de tiempo y un número reducido de personal.

7.BIBLIOGRAFÍA.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Caudevilla, F. (2007). Drogas: Conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo. *Grupo de Intervención en Drogas semFYC*.

Del Moral, M., Fernández, P. L., Ladero, L., y Lizasoain, L. (1998). Conceptos fundamentales en drogodependencias. *Drogodependencias. Madrid (ES): Médica Panamericana*, 1-25.

Gobierno de Aragón, Departamento de Salud y Consumo, Dirección General de Salud Pública. (2005). *Plan autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas 2005-2008*. Sender Ediciones.

Gobierno de Aragón, Departamento de Salud y Consumo, Dirección General de Salud Pública. (2010). *II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas 2010-2016*. Gobierno de Aragón.

Gobierno de Aragón, Dirección General de Salud Pública. (2018). *III Plan Autonómico de adicciones 2018-2024*. Gobierno de Aragón.

Llorente del Pozo, J. M., y Iraurgi Castillo, I. (2008). Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabituación de cocaína. *Trastornos adictivos: Órgano Oficial de la Sociedad Española de Toxicomanías*, 10(4), 252-274.

Mancheño Barba, J. J., Roncero, C., Maldonado López, R., Molina Fernández, A. J., y Fernández Forja da Paz, S. C. (2023). Adicciones y nuevas adicciones. *III Congreso Internacional de Salud Mental: "Salud Mental: Una Necesidad, un Derecho"*, 2023, ISBN 978-84-19397-84-3, págs. 25-32, 25-32. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9283219>

Mayor Sánchez, J. (1995). Las drogodependencias como objeto del Trabajo Social. *Cuadernos de trabajo social*, 8, 213-240.

NIDA. (2014). Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción. Disponible en:

<http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion>

Organismo Autónomo Madrid Salud, Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid. (2012). *Protocolo de intervención social en los CAD*. Ayuntamiento de Madrid.

Resa, A. G., y Martín, J. (2007). *Drogodependencias y trabajo social*. Ediciones Académicas.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=344487>

Sixto Costoya, A., y Olivar Arroyo, A. (2018). Educación Social y Trabajo Social en adicciones: Recuperar el territorio colaborando. *RES : Revista de Educación Social*, 26, 141-158.

Sánchez Hervás, E., Tomás Gradolí, V., y Morales Gallús, E. (2004). Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Trastornos adictivos: Órgano Oficial de la Sociedad española de Toxicomanías*, 6(3), 159-166.