

# Intervención social y drogodependencias

(Social intervention and drug addiction)

Guinot Viciano, Cinta  
Comunidad Terapéutica Haize-Gain  
Javier de Barkaiztegi, 23  
20010 Donostia

BIBLID [1577-8533 (2001), 4; 221-232]

---

Se plantea de modo cronológico cómo surgió la formación de los Servicios Sociales de Base en la Comunidad Autónoma Vasca desde 1982 hasta hoy en día. A partir de este nivel más amplio se pasa a realizar una reflexión sobre cuál es el lugar que los Servicios Sociales Generales ocupan en el ámbito de las drogodependencias, así como la necesaria coordinación entre los Servicios Sociales generales y los específicos. Por último, se exponen las características generales del programa de tratamiento para drogodependientes “Comunidad Terapéutica Haize-Gain” y el enfoque que desde este servicio se le da a la intervención social.

Palabras Clave: Servicios Sociales Generales. Servicios Sociales Específicos. Incorporación social. Inserción social. Intervención macro-social. Intervención micro-social.

Lan honek planteatzen du, kronologiaren arabera, nola hasi ziren eratzen Oinarrizko Gizarte Zerbitzuak Euskal Erkidego Autonomoan, 1982tik gaurko egunera bitarte. Maila zabalago horretatik, Gizarte Zerbitzu Orokorrek drogomenpekotasumen alorrean duten lekuaz gogoetatzera pasatzen da, eta Gizarte Zerbitzu Orokorren eta Berezien arteko ezinbesteko koordinazioa azpimarratzen da. Azkenik, “Haize-Gain Komunitate Terapeutikoa” drogazaleen tratamendurako programaren ezaugarri nagusiak azaltzen dira, bai eta partehartze sozialari zerbitzu horretatik ematen zaion ikuspegi.

Giltz-Hitzak: Gizarte Zerbitzu Orokorrak. Gizarte Zerbitzu Bereziak. Gizarte inkorporazioa. Gizarteratzea. Partehartze makro-soziala. Partehartze mikro-soziala.

On présente, chronologiquement, l'apparition des Services Sociaux de Base dans la Communauté Autonome Basque depuis 1982 jusqu'à nos jours. A partir de cette situation plus importante on réalise une étude sur la place qu'occupent les Services Sociaux Généraux dans le milieu des toxicomanies ainsi que sur la coordination nécessaire entre les Services Sociaux généraux et spécifiques. Pour terminer, on expose les caractéristiques générales du programme de traitement pour toxicomanes “Comunidad Terapéutica Haize-Gain” (“Communauté Thérapeutique Haize-Gain”) et l'approche que l'on donne à l'intervention sociale depuis ce service.

Mots Clés: Services Sociaux Généraux. Services Sociaux Spécifiques. Incorporation sociale. Insertion sociale. Intervention macro-sociale. Intervention micro-sociale.

## 1. INTRODUCCIÓN

Iniciaré esta ponencia, explicando de modo cronológico y esquemático como surgió la formación de los Servicios Sociales de Base en la Comunidad Autónoma Vasca desde 1982 hasta hoy en día, con el objeto de hacer una radiografía de su desarrollo y poder aproximarnos a entender de un modo general su configuración actual.

En segundo lugar se plantea una reflexión sobre cuál es el lugar que los Servicios Sociales Generales ocupan en el ámbito de la atención a los drogodependientes, así como la necesaria relación con los Servicios Sociales específicos.

Se hace hincapié en la importancia de mantener unos criterios básicos en el momento de diseñar y poner en marcha intervenciones de carácter integrador, así como la clara necesidad de una buena coordinación entre los Servicios Sociales generales y los Servicios Sociales específicos como forma de mejorar los resultados de la intervención.

Por último, y después de esa descripción y reflexión sobre los Servicios Sociales generales y su intervención en el área de atención a las drogodependencias, se exponen las características generales del programa de tratamiento para drogodependientes “Comunidad Terapéutica Haize-Gain”, situado en Oiartzun (Gipuzkoa), gestionado por AGIPAD (Asociación Guipuzcoana de Investigación y Prevención del Abuso de las Drogas) y subvencionado por el Gobierno Vasco. Este centro viene desarrollando su intervención desde 1982 y ha sido protagonista de muchos cambios y adaptaciones a las diferentes demandas. Se expone qué tipo de intervención se realiza, siempre enfocada a favorecer la inserción de los drogodependientes en tratamiento desde un servicio específico – Comunidad Terapéutica – en coordinación con la red de Servicios Sociales de Base.

## 2. LA CONFIGURACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA VASCA

En 1982 surge la “ley de Servicios Sociales”, orientando el concepto, los objetivos y los principios que constituyen la actual Red de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma Vasca.

La finalidad fundamental era promover el desarrollo y el bienestar de las personas y de los grupos humanos, así como favorecer su buena adaptación al entorno social.

Esta ley sirvió para lograr un paso fundamental, configurar los Servicios Sociales como un “DERECHO” de todos los ciudadanos, empezando de este modo a superar la concepción “benéfica y caritativa” que inspiraban este tipo de prestaciones hasta ese momento.

Tras esta definición del modelo de Servicios Sociales, lamentablemente no se dio un posterior desarrollo que concretara los principios y la voluntad de la ley.

Con la urgencia de la realidad social y el paso de los años, se han ido estructurando planes y leyes que han ido configurando la actual red de Servicios Sociales de nuestra Comunidad Autónoma. A grandes rasgos esto son los elementos que han ido formando este proceso:

1. A principios de los 80: se da el traspaso de competencias, se empiezan a estructurar planes sectoriales para colectivos determinados; en estos años destaca la puesta en marcha del “Plan de Ayuda a domicilio”.
2. En 1985: se regula el sistema de protección de los y las menores y de las mujeres en situación de necesidad o dificultad.
3. En 1989:
  - se transfiere el INSERSO
  - se ponen en marcha los planes de prevención comunitaria
  - se define la Ley de Drogodependencias, articulando la figura del personal técnico en drogodependencias y la necesidad e implantación de recursos específicos.
4. De 1989 a 1990: se estructura el “Plan de la pobreza” con la implantación del IMI (Ingreso Mínimo de Inserción) y las AES (Ayudas de Emergencia Social)

En 1990 se da la Homologación del Sistema de Prestaciones no contributivas.

5. En 1999: todas las **COMPETENCIAS** están **TRANSFERIDAS**. Los Servicios Sociales han adquirido consistencia en cuanto a volumen de atención pero falta desarrollar una planificación más concreta y organizada.

Como respuesta a esta nueva realidad social surge el 18 de octubre de 1996 la Nueva Ley de Servicios Sociales. La publicación de esta ley tiene como objeto ordenar, estructurar, promover y garantizar el derecho de los ciudadanos/as a beneficiarse de una red de Servicios Sociales mediante un sistema de responsabilidades públicas.

Los Servicios Sociales de la C.A.V. lo componen un número aproximado de 1.000 entidades.

El 52,9% de estas entidades pertenecen a Bizkaia, un 29,1% a Gipuzkoa y el 18% al territorio de Alava.

El resultado de esta evolución hoy en día nos muestra un Sistema de Servicios Sociales cuyos aspectos más destacables son:

1. Crecimiento importante de la red de Servicios Sociales.

- Actualmente hay unos 12.000 profesionales que trabajan en la red y unos 11.500 voluntarios.
- Entre un 8 y 10% de las familias de la C.A.V. están atendidas en los Servicios Sociales de Base.

2. El gasto se ha duplicado en 4 años.

3. El crecimiento de la red en los tres territorios históricos de la C.A.V. ha sido desigual. Cada territorio histórico ha concretado la intervención social en función de su realidad, así como de sus recursos humanos y materiales.

El actual sistema de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma Vasca tiene tres objetivos claros:

1. Mantener y profundizar “el Estado de Bienestar”.

2. Garantizar la cobertura de las necesidades más graves.

3. Establecer el criterio de “discriminación positiva” con respecto a las personas más desfavorecidas y menos integradas en la sociedad.

Actualmente el reto de los Servicios Sociales en la C.A.V. está en constituir una red pública y privada que tenga como objetivo fundamental ofrecer a los usuarios una mayor optimización de los recursos, así como un esfuerzo por planificar y evaluar de modo continuo la política social vigente, tanto en sus objetivos sectoriales como generales. Los problemas sociales requieren respuestas integrales que abarquen áreas como salud, vivienda, cultura, urbanismo... Una intervención eficaz requiere políticas con planteamientos transversales hechos desde todas las áreas.

### 3. LOS SERVICIOS SOCIALES GENERALES Y SU PAPEL EN LA ATENCIÓN A DROGODEPENDIENTES

A pesar de que en cada Comunidad Autónoma existe un Plan Autonómico sobre drogas que constituye el marco sobre el que se estructuran las actuaciones sobre drogodependencias, los Servicios Sociales Generales tienen que aportar su intervención sobre esta realidad compleja sistematizando sus actuaciones en unos principios básicos rectores:

## 1º Integración y cooperación

El equipo de Servicios Sociales de Base tiene que promover la creación de foros de entendimiento, a nivel técnico o político, donde se integren y coordinen las distintas políticas sobre drogodependencias, tratando de fomentar la comunicación y coordinación.

## 2º La perspectiva comunitaria

Otro de los objetivos de la intervención de los Servicios Sociales de Base es conseguir que la Comunidad asuma como propios los programas sobre drogas que en ella se realizan y que los proyectos de intervención tengan un respaldo y protagonismo comunitario.

Se trata de evitar que los programas de prevención fracasen, conseguir que los centros de atención sean aceptados y entendidos en la propia Comunidad; trabajando CON la gente y ENIRE la gente y no sólo SOBRE ELLA.

## 3º Normalización

En primer lugar se trataría de normalizar la imagen que del drogodependiente tiene la opinión pública y algunos profesionales.

Normalizar también las actuaciones, a veces en los centros específicos se contribuye más a la marginación de sus usuarios que al éxito de sus objetivos. Cuando más se utilicen los recursos generales más se beneficiarían los programas y mejorará la percepción de los mismos por parte de la Comunidad.

## 4º Funcionalidad

Los Servicios Sociales de Base son el recurso adecuado para:

- La orientación e información a los ciudadanos de los recursos adecuados y existentes para el inicio de un proceso de recuperación.
- Desarrollar programas de detección precoz de la drogodependencia.
- Ofrecer un apoyo a las familias de los drogodependientes.
- Promover e impulsar el protagonismo comunitario y la cooperación de colectivos y profesionales en los programas de prevención.
- Desarrollar programas de inserción social para los drogodependientes que se encuentran en un proceso de rehabilitación, trabajando aspectos laborales (cursos, contratos), educativos (enseñanzas regladas y no regladas) y relacionales (asociaciones, grupos de apoyo, etc...)

La puesta en marcha de estos cuatro principios rectores es imposible si no se da una relación permanente entre los servicios específicos de atención al drogodependiente y los Servicios Sociales Generales.

Esta relación debe basarse en una mutua aceptación del rol de cada servicio estableciendo una concreción de pautas de colaboración que permitan un estilo de trabajo en común.

En este sentido, los Servicios Sociales Generales tienen una aportación fundamental a los centros específicos en:

1. La detección precoz y la promoción de la motivación a iniciar tratamiento de casos concretos, conocidos por el trabajador social de base a través de su problemática social más amplia.
2. La sensibilización de asociaciones y colectivos hacia el problema de la drogodependencia.
3. El apoyo a procesos de reinserción social de los drogodependientes, utilizando los sistemas comunitarios y las asociaciones.
4. La colaboración en programas de prevención y el estímulo de la puesta en marcha de programas comunitarios.
5. La colaboración en programas de apoyo familiar.
6. Y por último, la interacción con otros servicios sociales.

A su vez, los centros y servicios específicos deben tener en cuenta la importancia de que los drogodependientes que son atendidos en el centro participen del apoyo de los programas generales.

No es adecuado crear REDES PARALELAS de uso exclusivo para toxicómanos en aquellas áreas en que sea posible incorporar a éstos a redes más generales. Hay que fomentar la tendencia a la normalización de la intervención a desarrollar con las personas drogodependientes, como estrategia no marginadora.

Debemos entender la intervención como un proceso global de atención en el que participamos de manera integrada diferentes programas y recursos pero con un objetivo común: la normalización.

La intervención de los Servicios Sociales Generales en la atención a drogodependientes estará fundamentalmente orientada a:

- Facilitar la incorporación a servicios especializados.
- Apoyar el proceso rehabilitador desde los recursos y medios que propicien una progresiva normalización del drogodependiente y su familia.

- En aquellos casos en los que el toxicómano no desee acudir a un servicio especializado es fundamental que el trabajador social de base realice un seguimiento del caso y trabaje progresivamente la posibilidad de intervención.
- En el caso en que se realice un tratamiento de rehabilitación se establecerá una coordinación con los servicios especializados para poder coordinar los aspectos terapéuticos y de reinserción social.
- En caso de abandonos del tratamiento, hecho frecuente, es muy adecuado que desde el Servicio Social de Base se establezca una estrategia que permita un contacto continuado con el toxicómano y que favorezca el desarrollo de otras intervenciones así como la posibilidad de retomar el tratamiento en otro momento.

La buena coordinación entre los servicios generales y específicos contribuirá a paliar los posibles efectos negativos cuando es necesaria la utilización de recursos específicos.

Una coordinación permanente entre ambos servicios va a mejorar notablemente por una parte los resultados de la intervención del servicio específico y por otra los procesos desarrollados desde los Servicios Sociales de Base para incorporar a la persona que ha hecho un tratamiento a su comunidad.

La integración social de las personas y colectivos en situación de marginación social es uno de los objetivos básicos en la acción de los Servicios Sociales.

Cuando este colectivo está formado por población drogodependiente, a las dificultades genéricas que ya tiene cualquier acción integradora se añaden otras de carácter específico, como son los grandes esfuerzos que requerirá la ruptura de la relación de dependencia hacia ciertas drogas y la gravedad de los problemas de salud y sociales que suelen aparecer asociados al consumo de drogas.

Dado que como por todos es sabido, la génesis de la drogodependencia incluye muchos factores, el lograr la integración social de las personas con consumos abusivos de drogas va a requerir intervenciones a distintos niveles:

1. Nivel individual. Acciones dirigidas a mejorar las capacidades y actitudes de estas personas de cara a su inserción social.
2. Nivel micro-social. Incidiendo fundamentalmente en la familia y en el grupo de iguales. Estas dos instituciones poseen una influencia muy importante tanto en el origen del problema como en su posible resolución.
3. Nivel macro-social. Dirigidas a tratar de transformar la percepción social del problema (a menudo cargada de estereotipos) y a favorecer la creación de condiciones facilitadoras de la integración del colectivo.

Es precisamente esta doble dimensión individual y social (macro y micro) de los procesos de inserción lo que hace más difícil el éxito de las actuaciones ya que éste no dependerá exclusivamente de la capacidad o de los esfuerzos que realicen los sujetos afectados por el problema.

Para conseguir que los procesos de inserción sean más operativos y realistas, debemos dar más importancia a la formulación de objetivos intermedios y operativos asumiendo las limitaciones, reajustando las expectativas tanto del usuario como de los profesionales de los Servicios Sociales. Hay que adecuar estas expectativas a una realidad social en la cual cada vez más frecuentemente se establecen límites a la acción y en la que el individualismo y la escasa solidaridad son valores dominantes.

Todo esto nos lleva a establecer una serie de criterios básicos a tener en cuenta en el momento de diseñar y poner en marcha intervenciones de carácter integrador dirigidas al colectivo de drogodependientes:

1. Los procesos de inserción deben incluir objetivos CONCRETOS y EVALUABLES, así como actividades capaces de facilitar el logro de esos objetivos.
2. La intervención tiene que ser PROCESUAL, es decir establecer objetivos intermedios para gradualmente acercarnos a la normalización.
3. La inserción no es una etapa posterior a la rehabilitación, se inicia y desarrolla a la vez que las intervenciones rehabilitadoras, reforzándose mutuamente. La rehabilitación sólo es posible con una progresiva normalización de las pautas de funcionamiento de las personas que están realizando su tratamiento.
4. La intervención es un proceso individualizado, debemos estudiar las CARENCIAS y RECURSOS que presenta cada persona drogodependiente, no todos plantean los mismos problemas ni las mismas necesidades.
5. Toda actividad integradora se sustentará fundamentalmente en la utilización de recursos de carácter general, tratando de evitar en la medida de lo posible recursos específicos que puedan reforzar la segregación de las personas que han sido toxicómanas.

En mi opinión la tarea socializadora, de conexión con actividades y recursos que van a contribuir favorablemente a un cambio de funcionamiento y a un modo de vida distinto al anterior es la más importante. El trabajador social tiene que apoyar al usuario a aproximarse a toda una gama de recursos de carácter general (área relacional, ocio, tiempo libre, formativo, ocupacional...) o normalizados, ya que hasta ahora no había podido participar de los mismos dada su situación de drogodependiente.

Por último, cabe destacar que este esfuerzo de conexión de la población drogodependiente con una serie de actividades y recursos generales va a



permitir cubrir un doble objetivo: por una parte contribuir a la superación de la relación de dependencia con la droga y por otra parte propiciar un cambio progresivo de actitudes en la población no afectada por el problema respecto de la población drogodependiente, superando estereotipos y favoreciendo la integración social.

#### 4. LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA HAIZE-GAIN Y EL APOYO A LA INCORPORACIÓN SOCIAL DEL DROGODEPENDIENTE

El programa de la Comunidad Terapéutica Haize-Gain está constituido por varios dispositivos asistenciales, un centro ambulatorio y otro residencial ubicado en Oiartzun a 20 kilómetros de San Sebastián.

Existen 3 fases de intervención:

La primera. Fase previa de ingreso en la Comunidad Terapéutica, fase de Admisión-Diagnóstico. En esta fase se acoge la demanda del paciente y de su familia y se elabora un diagnóstico clínico estableciendo objetivos de trabajo individuales y familiares para las distintas fases del tratamiento.

La segunda. Fase de Residencial-Internamiento en la Comunidad Terapéutica Haize-Gain. En esta fase se trabajan aspectos laborales, formativos, terapéuticos y sociales para que el usuario pueda adquirir progresivamente responsabilidades y vaya tomando conciencia de su situación a nivel personal, social y familiar para ir estableciendo un proyecto realista de cambio. El tiempo de estancia suele oscilar entre 8 y 12 meses en función de cada persona.

Durante este tiempo en la Comunidad Terapéutica se dan dos etapas bien diferenciadas:

- La primera de adaptación e integración a la dinámica del grupo, con una duración aproximada de 2 meses.
- La segunda de aproximación progresiva a su medio socio-familiar. Es aquí donde se inicia la intervención enfocada a la inserción y donde se pone en marcha un proyecto personal de incorporación social.

La tercera. Fase de Seguimiento-Reinserción. Una vez finalizada la estancia en la Comunidad Terapéutica se continúa con un trabajo ambulatorio, con el fin de favorecer la integración social y a través de sesiones individuales y grupales cada persona va continuando la puesta en marcha y el desarrollo de los objetivos realistas que le permitan un estilo de vida más satisfactorio según sus expectativas.

La duración de esta etapa es de 12 meses aproximadamente, dependiendo de su evolución y de las características del proyecto de inserción planteado.

Actualmente las características de los usuarios de nuestro servicio han ido cambiando y nos encontramos en la Comunidad Terapéutica Haize-Gain con personas de muy distintos perfiles:

- Personas con diagnósticos duales (y la consiguiente pauta de medicación psiquiátrica de los usuarios) en las que el objetivo de la abstinencia, aún siendo importante, empieza a dejar paso a la aceptación de las limitaciones y a plantear objetivos de mantenimiento.
- La aprobación del nuevo Código Penal del Artículo 87.4 que posibilita el cumplimiento alternativo de condenas en la Comunidad Terapéutica y la suspensión de condenas hasta valorar la evolución del paciente, hacen necesario el seguimiento de cuestiones judiciales y nos dan un perfil de usuario más sociopático y con serias dificultades en su inserción social.
- Otro grupo de pacientes son aquellos que están en tratamiento con Metadona. Estos realizan el tratamiento en la Comunidad Terapéutica, algunos dejan progresivamente la Metadona y otros continúan tomándola durante todo el proceso.
- Enfermos de SIDA cuyos objetivos se enmarcan en mejorar la calidad de vida, ayudar a mantener las pautas de medicación y ponerles en contacto con redes de acompañamiento (asociaciones de afectados, grupos de auto-ayuda, etc..)
- Pacientes jóvenes consumidores de "pastillas" y conducta descontrolada de fin de semana.

Este amplio abanico de personas atendidas nos hace reflexionar sobre lo complejo que es nuestro objetivo de intervención y no poder todo el énfasis en la abstinencia exclusivamente, sino en aceptar en muchos casos la cronicidad de ciertos trastornos y ayudar al usuario y a sus familias a desarrollar habilidades en el manejo de las recaídas.

La Comunidad Terapéutica Haize-Gain es concebida como un sistema de cambio continuo, donde es necesaria la innovación y la adaptación a cada persona y a su realidad.

La respuesta a la demanda que nos plantea el drogodependiente y su familia se aborda desde un equipo multidisciplinar, en el cual cada profesional tiene definidos sus roles y desde su área de intervención está favoreciendo la mejora de la calidad de vida de la persona toxicómana en tratamiento.

El área de la intervención social desde el programa de Comunidad Terapéutica Haize-Gain se basa en un apoyo individual para favorecer y desarrollar los recursos y potencialidades que tiene cada uno de nuestros usuarios. Enseñarles a utilizar adecuadamente los dispositivos públicos, establecer

otro tipo de relaciones personales, desarrollo de las habilidades sociales, aprovechamiento de las ayudas del Gobierno Vasco para la contratación de extoxicómanos, etc...

Partimos de la concepción de la Comunidad Terapéutica no sólo como un recurso que permita al drogodependiente un espacio terapéutico y educativo durante su estancia en la que podrá empezar a descifrar cuáles son las causas de su drogodependencia y cómo funciona él mismo, sino como un espacio en el que al concebirle como una persona en relación continua con su medio familiar y social, también se le posibilitará, tras una breve experiencia de aislamiento de su medio, entrar en contacto con su realidad cotidiana para ir elaborando todo lo que va experimentando en su renovado acercamiento, pero desde un espacio grupal y contenedor que le permita estructurar y que le oriente hacia unos determinados objetivos.

La dinámica de trabajo se enfoca desde espacios grupales (caracterizados por el principio de respeto a la individualización de las intervenciones) combinando con sesiones individuales.

Se realiza un plan de intervención social que incluye un proyecto personal con un itinerario de inserción, que se inicia desde la primera toma de contacto con la familia del paciente para luego progresivamente ir abarcando áreas de formación, ocupación, relaciones e integración laboral.

La consolidada red de Servicios Sociales de Gipuzkoa es un recurso válido y necesario al que se derivan las demandas de información y asesoramiento sobre recursos sociales, favoreciendo que el drogodependiente se integre en los recursos normalizados en base a las políticas de discriminación positiva y sepa manejarse como un ciudadano más en su comunidad.

Es fundamental lograr una intervención simultánea y coordinada entre el Asistente Social de la Comunidad Terapéutica y el Servicio Social de Base, creando y desarrollando itinerarios personalizados de inserción con objetivos comunes.

Antes de finalizar su estancia en la etapa de residencial se potencia el que el paciente vaya iniciando actividades normalizadas en su medio social de manera que progresivamente tenga una estructura creada en su entorno y pueda ser más alcanzable el logro de un proyecto de incorporación social.

Por último, reiterar que en nuestra intervención es necesario lograr una vinculación de los pacientes que están en la Comunidad Terapéutica con los recursos generales y específicos destinados a la inserción social. De hecho la nueva Ley de Prevención, Asistencia e Inserción en materia de drogodependencias, en su Artículo 33 señala que “la cobertura de las situaciones de necesidad social y el desarrollo de acciones dirigidas a la inserción social de la persona drogodependiente, corresponde al sistema de Servicios Sociales...”

Una buena labor de coparticipación entre el trabajador social de base y el trabajador social del centro especializado es básica para el buen desarrollo de los itinerarios personalizados de inserción social de las personas drogodependientes, consiguiendo de este modo, en muchos casos, una incorporación social que permita a la persona drogodependiente darse la oportunidad de lograr una mejor calidad de vida.

## BIBLIOGRAFÍA

- “Los Servicios Sociales Generales y la atención a drogodependientes”. GID.
- Ley de 1998 sobre Prevención, Asistencia e Inserción de Drogodependencias.
- Ley de 1996 de Servicios Sociales.
- Memoria 1999 de la Comunidad Terapéutica Haize-Gain.