

# Interdisciplinariedad y drogodependencias

Sonia FERRO

CAID de Parla. Agencia Antidroga  
Comunidad de Madrid

## RESUMEN

El artículo analiza el trabajo en equipo en drogodependencias, desde el punto de vista del Trabajador Social. Aborda aspectos teóricos a tener en cuenta a la hora de evaluar la intervención que se realiza. Por último, se estudia un caso práctico con el que se ha intervenido en red.

**Palabras clave:** interdisciplinar, multidisciplinar, interprofesional, multiprofesional, equipo de trabajo, grupo de trabajo.

## Being interdisciplinary and drug addictions

## ABSTRACT

This article is about team work undertaken when intervening in drug dependent people. My vision as a Social Worker and my professional experience are going to be the guides for making this article. I will try to show technical, conceptual and bibliographical references that I consider being important, without leaving aside my opinions. Finally, I will illustrate everything mentioned with the exhibition of a practical case

**Key words:** interdisciplinary, multidisciplinary, interprofessional, multiprofessional, work-team, work-group.

**SUMARIO:** 1. Introducción. 2. Aclaraciones terminológicas. 3. Ventajas y desventajas del trabajo en equipo. 4. La intervención en drogodependencias desde el ámbito interdisciplinar. 5. Caso práctico.

## 1. INTRODUCCIÓN

El presente artículo trata sobre el trabajo en equipo que se realiza a la hora de intervenir en drogodependencias. Mi visión como Trabajadora Social y mi experiencia profesional constituyen el punto de partida desde el cual se ha elaborado este artículo.

Incluyo referencias técnicas, conceptuales y bibliográficas que considero importantes, sin dejar de lado mis propias opiniones. Por último, ilustraré lo dicho con la exposición de un caso práctico sobre el que hemos trabajado desde nuestro centro y en coordinación con otros centros y equipos profesionales (trabajo en red).

## 2. DIFERENCIAS TERMINOLÓGICAS

Para empezar, creo que resulta muy interesante aclarar que diferencias existen entre distintos términos que, con cierta ambigüedad en su significado, utilizamos de modo indistinto. Véase: interdisciplinar, multidisciplinar, interprofesional e multiprofesional. Según Lourdes Gaitán, existe bastante confusión entre estos términos que utilizamos frecuentemente. Veamos sus distintos significados:

*Interdisciplinar* es la relación entre distintas disciplinas, el intercambio de saberes e, incluso la integración de conocimientos semejantes, obtenidos desde presupuestos teóricos y metodológicos distintos.

*Multidisciplinar* es el estudio de los aspectos de un problema desde diferentes disciplinas. Busca comprender algo partiendo de múltiples puntos de vista. Por oposición al enfoque monodisciplinar, el conocimiento se enriquece por la concurrencia de teorías distintas.

*Interprofesional* es la cooperación entre aquellos que dominan el conocimiento de distintas disciplinas y además ostentan los rasgos propios de «status» de una profesión.

*Multiprofesional* es la consideración de un posible enfoque múltiple para la solución de problemas según la orientación selectiva de cada profesión.

Después de esta aclaración terminológica, Lourdes Gaitán nos dice que un equipo de trabajo es el conjunto de especialistas que realizan funciones complementarias para llevar a cabo una tarea. Su actividad en común responde a algunas premisas, como el planteamiento de objetivos compartidos, la determinación de prioridades y la planificación de tareas comunes y específicas para conseguir ese objetivo, la comunicación multidireccional y fluida entre todos sus miembros, la asunción de responsabilidades propias y respeto a las ajenas, etc.

Un equipo de trabajo no es lo mismo que un grupo de trabajo. El equipo es el espacio, definido institucionalmente, del trabajo conjunto entre profesionales diversos. El grupo es el conjunto de relaciones interpersonales, afectivas, actitudinales, etc. que se producen en ese espacio, donde lo latente es tan importante como lo manifiesto.

Los resultados que se pueden conseguir van a depender, por lo tanto, no sólo del grado de preparación de cada cual en su materia concreta, sino también de la medida en que se sepa comunicarla, ponerla en relación con los demás y con el objetivo perseguido. Pudiendo así obtenerse una visión integrada de aquello sobre lo que se pretende actuar y de lo que se debe hacer, de modo que el éxito dependerá de la capacidad de trabajar cooperativamente en grupo.

## 3. VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL TRABAJO EN EQUIPO

Hablemos en primer lugar de las ventajas que nos aporta el trabajar en equipo y de las que, en principio, todos somos concientes:

1. En equipo pueden combinarse las aportaciones de diversos individuos, es decir, puede haber una división del trabajo. Permite aportar más y mejores soluciones a los problemas.

2. Cuando se requiere creación de ideas o recuerdo de información, es superior el equipo. En otras palabras, aumenta la creatividad.
3. Existe la posibilidad de que los errores individuales sean descubiertos y corregidos por los otros componentes del grupo.
4. Existe una mayor riqueza en el análisis y en la elaboración de hipótesis en los problemas a los que se enfrenta el equipo.
5. Permite tomar decisiones más firmemente fundamentadas.
6. Ayuda a los profesionales a hacerse cargo mejor de la angustia y de los riesgos reales que conllevan las decisiones profesionales.
7. Con la conveniente división y coordinación del trabajo permite realizar tareas más complejas y de mayor alcance.
8. La presencia de otras personas en relación con la misma tarea aumenta el rendimiento de los miembros.
9. Permite una mayor autocrítica, autoevaluación y autocontrol permanente.

Posibles desventajas:

1. Problemas de coordinación: La actividad grupal eficiente requiere una coordinación de los esfuerzos individuales. Una consecuencia de la necesidad de dedicar tiempo y energía a los problemas de la organización y coordinación es que los grupos son lentos en comparación con los individuos. Este aspecto desfavorable de acción grupal se complica todavía más cuando surgen conflictos interpersonales.
2. La desindividualización en los grupos: Esto origina una reducción de las fisuras internas y los miembros del grupo se sienten libres para actuar de una forma que no saldría al exterior en circunstancias normales. Son factores favorecedores del anonimato, la disolución de la responsabilidad, la facilitación social, desplazamiento de normas, etc.
3. Presiones hacia la uniformidad: Ilusión de que el grupo es invulnerable; esfuerzos colectivos por racionalizar y descartar la información negativa; tendencia a ignorar las consecuencias morales de la decisión grupal; visión estereotipada de los demás grupos; presión activa para modificar las opiniones del miembro que se desvía; autocensura de las desviaciones con respecto al aparente consenso grupal; una compartida ilusión de unanimidad; aparición de «guardianes espirituales» que asumen la función de preservar al grupo contra toda información que no coincida con el consenso grupal.

Elementos todos ellos, que de hallarse presentes en la estructura del grupo, resultan perjudiciales para los procesos que contribuyen a una eficiente toma de decisiones.

#### **4. LA INTERVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS DESDE EL ÁMBITO INTERDISCIPLINAR**

Una vez aclarados los términos anteriores y conociendo las ventajas e inconvenientes de trabajar en equipo trataremos el objeto de intervención: la inter-

vencción en drogodependencias desde el ámbito interdisciplinar. Para ello, tendremos en cuenta diferentes contextos según el aspecto que queramos resaltar:

1. Lo contextual- macro: es decir la sociedad, las leyes, los estereotipos, las diferentes ideologías, etc.
2. Lo organizativo-institucional: es decir, lo que atañe a la institución y a las formas de organizar el trabajo.
3. El profesional: como persona, el modelo teórico del que parte, su ideología, etc.
4. Los ciudadanos que reciben atención.

#### 4.1. LO CONTEXTUAL Y LO MACRO

En este apartado vamos a analizar el tema de las drogodependencias de una manera amplia a fin de describir el contexto en el que nos movemos. Es necesario que el equipo de trabajo conozca la legislación que rige su campo de actuación.

Las leyes que rigen el ámbito de las drogodependencias a nivel de atención y prevención, son leyes de carácter autonómico. En este caso me voy a referir a Madrid que es el ámbito en el que trabajo:

- Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos. BOCM nº 160.
- Ley 11/1996, de 19 de diciembre, de creación de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.

Como ya sabemos, y en lo que a legislación se refiere, la competencia en esta materia corresponde a cada comunidad autónoma que será la que defina los organismos y recursos que atenderán esta materia en cada autonomía. A nivel nacional, el Ministerio del Sanidad a través del Plan Nacional sobre Drogas definirá las líneas a seguir en este campo en todo el territorio español:

- Real Decreto 1911/1999, de 17 de diciembre, por el que se aprueba la estrategia sobre drogas para el periodo 2000-2008.

Otro aspecto importante a analizar en el nivel macro es el momento económico en que nos encontramos: tasa de paro en torno a un 10% de la población activa, dificultades serias para comprar o alquilar una vivienda si se posee bajo poder adquisitivo, más contratos temporales que indefinidos, largas jornadas de trabajo, etc.

Con estos parámetros a nivel macrosocial, todavía hay profesionales en el campo de las drogodependencias que se plantean criterios de inserción social difícilmente alcanzables: que el usuario tenga una vivienda, que posea un trabajo estable, que posea un cierto nivel de estudios, que no trabaje demasiadas horas para que no aumente su estrés, etc.

Es necesario comprender que algunos de estos criterios de inserción son difícilmente alcanzables para mucha población que ni siquiera ha tenido una adicción.

Por otro lado, debemos saber cómo está configurada la iniciativa social en diferentes sectores y con diferentes características:

*Primer sector* Administración Pública: formada por profesionales más estables, con unos procedimientos muy estructurados y a veces lentos, pero con una cierta continuidad en la intervención y con mayor dificultad en el cambio de los procedimientos.

*Segundo Sector*. Empresa Privada. Muchas veces depende de financiación pública mediante convenios o prestaciones de servicios o simplemente porque ofrece una mínima rentabilidad que de sentido a la actividad. Es más flexible en los procedimientos aunque suele tener bastante rotación a nivel profesional.

*Tercer Sector*. ONGs y Asociaciones. Mayor independencia ideológica en principio, siempre que las fuentes de financiación no dependan de la administración pública. Cubre servicios que no cubre la administración.

Continuando con el análisis a nivel macro, es interesante ver como la intervención social se amplía y se descompone más. Cada vez aparecen más profesiones que intervienen en el campo social y esto permite que, por un lado, se enriquezca la intervención. Por otro lado, y de cara al usuario, esto puede traducirse en demasiadas citas y obligaciones y demasiados profesionales que atienden a una misma persona. En el punto en el que nos encontramos, es más necesario que nunca que exista una buena coordinación y que al usuario se le dé un mismo mensaje.

Por ejemplo, el drogodependiente acude a citas en el CAID, a Medicina Interna de su Hospital para seguimiento del VIH, a Servicios Sociales Generales para que le tramiten una prestación, a una Residencia Infantil a ver a su hijo, al Centro de Orientación Sociolaboral a buscar empleo, a Odontología Solidaria a que le arreglen la boca, a INGECON o PUNTO OMEGA a realizar un curso de capacitación, al SAJIAD a asesorarse sobre temas legales, a los juzgados cuando tiene un juicio, a su abogado de oficio, etc.

Siguiendo con esta idea hay que puntualizar que derivar un caso no debería ser ponerlo a la deriva. A veces, cuando se ha agotado la intervención por parte de un profesional o centro específico es cuando se decide que tiene que ser atendido por otro recurso y es entonces cuando se le manda a otro recurso sin apenas preparar ni explicar adecuadamente este cambio en la intervención. El usuario puede llegar a vivirlo como un «castigo encubierto» por no haber cubierto las expectativas que tenía el profesional acerca de la intervención. Al conseguir trabajar de forma eficaz en red se alanza pues una intervención con mayor definición y mayor consenso respecto de los de objetivos, tiempo y tareas.

En la actualidad ya se empieza a trabajar en este sentido (intervención en red), pero todavía nos queda un largo camino por recorrer.

Por último y para terminar con el nivel contextual macro, debemos analizar los recursos específicos de que disponen los CAIDs para completar el tratamiento si es necesario. La mayoría de estos recursos son de gestión privada y, por un lado, responden a necesidades que la administración no cubre pero, por otro lado, con el tiempo van endureciendo los requisitos de acceso y la población también se va deteriorando. De tal manera, que llega un momento que difícilmente cubren la realidad para los que se crearon.

## 4.2. LO ORGANIZATIVO-INSTITUCIONAL

En este apartado vamos a tratar diferentes aspectos de las instituciones y de cómo se organiza el trabajo.

Siguiendo a H. Mintzberg (en F. Castillo, 1989) con su descripción del ciclo vital de las organizaciones sociales, podemos hablar de tres etapas:

- Fase Inicial. Organización emprendedora. Se configura alrededor de una idea o voluntad fuerte. Al principio no hay estructura jerárquica fuerte. Existe poca planificación formal y un vínculo cercano con el usuario.
- Fase avanzada. Organización profesional. Se divide el trabajo, Existen intereses gremialistas y un mayor entrenamiento y especialización. Cada profesional asume de forma autónoma lo que debe hacer. Dificultad en la coordinación, se crean compartimentos estancos.
- Fase de madurez. Organización política. Falta de mecanismos globales y operativos de coordinación. Presencia significativa del conflicto. Tienen en su seno orientaciones conflictivas en cuanto a metodologías y objetivos. Los conflictos de objetivos no se abordan, permanecen latentes.

Refiriéndonos a los equipos de trabajo vemos que están formados por diferentes profesionales con formaciones diferentes, *será necesario crear un lenguaje y unos procedimientos comunes a la hora de trabajar en equipo.*

Del mismo modo para dar una intervención integral al usuario y su familia, es necesario recomponer esta división del conocimiento y poder dar una respuesta coherente y que parta de unos objetivos ya planificados anteriormente en el equipo.

Una vez que hemos establecido los procedimientos de intervención, el equipo debe ser flexible en la intervención, ya que nuestro trabajo no se reduce al tiempo y espacio de una cita como bien dice Auerswald . Cuanto más deteriorado esté el usuario, menos capaz será de cumplir con unos horarios de citas que sean rígidos. Por otro lado, será necesario trabajar esta transición para que luego pueda manejarse en la sociedad y que le atiendan en otros servicios ( Por ejemplo, atención sanitaria, búsqueda de empleo, etc.).

Un equipo de trabajo deberá tener presente que puede haber luchas por el poder, corporativismos, etc. A veces, en los equipos se pretende que unos criterios tengan más peso que otros a la hora de tomar decisiones de cara al tratamiento. Por ejemplo, se decide si se da metadona o no a un paciente según su estado físico sin que haya claridad respecto de sí se está atendiendo o no, al mismo tiempo, a los debidos criterios sociales o psicológicos.

Otro aspecto a tener en cuenta en los equipos de trabajo, que ya está siendo contemplado en la actualidad, es que la administración tiene dificultades presupuestarias para crear nuevas plazas por lo que, para aumentar el numero de profesionales recurre a empresas o prestaciones de servicio. Nos podemos encontrar entonces, en un mismo equipo, profesionales con diferentes formas de contratación, diferentes horarios y diferentes sueldos teniendo el mismo nivel de responsabilidad, esto puede provocar multitud de problemas como ya podemos imaginar.

### 4.3. EL PROFESIONAL

El profesional es una persona con unos conocimientos específicos que le habilitan para trabajar en drogodependencias.

Bien, pues como persona que es, tendrá una imagen más o menos inconsciente de las personas que atiende, y puede pensar que son personas enfermas y por tanto, tendrá que curarlas, o puede pensar que es un marginado social y por tanto tiene que haber una mejora de las estructuras para que se pueda integrar, o puede pensar que es una persona con un comportamiento inadaptado y que, por tanto, tiene que modificarlo.

También puede pensar que es un vicioso y que su conducta es reprochable, que es un pobrecito y se debe ser caritativo con él, que es inferior o débil de espíritu, que es un mentiroso y viene a engañarme y a atacarme, etc. Estas y otras actitudes del profesional pueden condicionar su actuación con la persona que atiende, sobre todo si no es conciente de los presupuestos de los que parte y trabaja.

Esto enlaza directamente con dos términos muy importantes utilizados en Terapia Familiar: *la transferencia* (mensajes, sentimientos, etcétera, que el usuario transmite de forma inconsciente al profesional) y *la contratransferencia* (sentimientos que despierta en el profesional los mensajes, actitudes y sentimientos transmitidos por el usuario).

Ya hemos dicho anteriormente que el profesional es, también una persona y como tal, se encontrará en un determinado momento evolutivo y de madurez. Como dice Angel Luis Maroto Sáez en su artículo Ipsoterapia en Trabajo Social. «*El mérito de un Trabajador Social es conocerse, re-conocerse y esto viene tras un ejercicio de constante encuentro con la verdad de uno mismo, porque conocerme como persona me permite saberme como trabajador social*»

«*Toda realidad humana con la que trabajamos, suele venir marcada por situaciones que generan en nosotros ansiedades, fantasmas, emociones, frustraciones, desencanto, quemazón. Por eso, es preciso trabajarnos para alcanzar un equilibrio, una madurez necesaria en lo personal, con el fin de ser lo más sinceros con nosotros mismos, conociendo nuestra geografía interior y evitando en lo posible disociar la realidad con la que trabajamos.*»

Una vez tratado este tema, vamos a recordar también lo útil que es tener en mente nuestro Código Deontológico a la hora de intervenir. Como no es objeto de este artículo recordarlo en su totalidad, haré solamente referencia al Capítulo III que habla de la relación entre el Diplomado en Trabajo Social y los usuarios o clientes:

Art. 16. El diplomado en trabajo social está obligado a tratar a todos los usuarios con ecuanimidad, interés, dedicación y honestidad profesional, respetando sus diferencias individuales y grupales.

Art. 17. El diplomado en trabajo social debe respetar las opiniones, criterios y decisiones que el usuario/cliente tome su propia existencia, aunque no los comparta.

Art. 18. El diplomado en trabajo social debe consensuar con el usuario/cliente la intervención profesional a realizar y finalizar la relación profesional con éste, cuando ya no sea necesaria, e informar al usuario/cliente del resultado previsible de su intervención.

Art. 19. En los casos en que sea necesario derivar al usuario/cliente a otro servicio, el diplomado en trabajo social debe hacerlo de la manera más favorable para aquél, procurando asegurar la continuidad de la intervención.

Art. 20. En los casos en que exista una intervención simultánea con otros profesionales, el diplomado en trabajo social, debe procurar la coordinación necesaria para que aquélla sea adecuada.

Art. 21. El diplomado en trabajo social debe hacer un uso responsable de la información relativa al usuario, siendo respetuoso en la obtención de la misma, justificando su necesidad y solicitando su consentimiento para utilizarlo sólo a efectos de una intervención coordinada y efectiva.

Por último, trataremos en este apartado, de dos puntos muy importantes: el burnout del profesional y la supervisión de la intervención.

El burnout del profesional puede producirse por varias causas: cansancio emocional, falta de reciclaje y rotación de puesto, dificultades provenientes de la institución, falta de apoyos, etc.

Es necesario tener en cuenta que un profesional «quemado», probablemente no esté trabajando con los criterios antes mencionados, por tanto, cuidar este aspecto del trabajo para poder desarrollar nuestra profesión de la mejor manera posible debiera recibir la máxima atención.

Una de las maneras de dar atención a este problema, sería la utilización del recurso de la supervisión de la intervención como ayuda y apoyo al profesional sin que deba ser considerada una suerte de fiscalización de su trabajo.

Según Jesús Hernández Aristu (1990) *«La tarea última de los profesionales de ayuda en sus diversas parcelas de intervención no es otra que la de apoyar a personas, grupos o colectivos a la adquisición y en su caso a la renovación o recuperación de identidades fuertes. Esto supone evidentemente, que tales profesionales se deben caracterizar por una identidad clara respecto a su propia persona y a su profesión. Reconocemos una identidad fuerte y clara cuando el individuo como profesional de ayuda se caracteriza por saber ser, saber estar y saber hacer o intervenir. La realidad, sin embargo, se caracteriza por una relativamente generalizada «indefinición» de tales profesionales, que los lleva a veces, a competir por defender espacios profesionales. La intervención social es un acto que entraña complejidad y para no sucumbir a la frustración, son necesarios espacios y tiempos de reflexión»*.

#### 4.4. LOS CIUDADANOS QUE ATENDEMOS

Los ciudadanos que atendemos son, ante todo, personas que tienen una característica en común: presentan una demanda en relación a una adicción más o menos reconocida.



J. A. Abeijón nos habla de que el síntoma de la toxicomanía no es individual ni aislado, sino que se presenta como en un contexto perteneciente a un sistema interrelacional en el cual este síntoma encuentra un sentido.

Los *juegos de poder* pretenden mantener la unidad del sistema familiar y pretenden, en relación con el sistema terapéutico, crear la «nueva unidad del nuevo sistema».

Si entendemos que los juegos de poder son manifestaciones de la relación con los diferentes subsistemas frente al exterior como respuesta a los estímulos de éste sobre el sistema, no debemos olvidar que estos estímulos y transformaciones se hacen en base a su organización misma, es decir, se presentan como indicadores del sistema cerrado y son por lo tanto señales del funcionamiento y de la unidad del sistema que pretenden perpetuarlo y conservarlo. Veamos ahora, los juegos de poder según Abeijón:

*Delegación*: desde la óptica relacional es un intento explicativo por parte del paciente identificado y de su familia de situar la solución del problema planteado en manos del equipo terapéutico, evitando la responsabilidad de cualquier iniciativa que pueda producir un cambio en el sistema; al hacerlo, la familia y el paciente designado se colocan en una postura pasiva.

*Urgencia*: hace referencia a la infinitud de circunstancias a las que un adicto es capaz de someterse cuando en un momento determinado necesita una dosis. La necesidad de administración de una nueva dosis adquiere un valor absoluto, y por ello todo el cúmulo de circunstancias externas condicionantes se hacen insuficientes para alterar el curso de una decisión que desde el mismo momento en que es tomada se hace irrefrenable.

*Dramatización*: es la expresión fuertemente emotiva de diversas situaciones que forman parte en sí mismas o se encuentran ligadas a la conducta de toxicomanía. Esto puede convertirse en un instrumento de poder en manos del adicto o su familia para cobrar el mando sobre el tipo o momento más ajustados de intervención terapéutica.

*Pseudoacuerdo*: es aquella característica de la petición en la que bajo la formulación única de asistencia para un solo problema (en general la adicción de uno de sus miembros), se agrupan matices claramente diferenciados de interacción e intervención para cada uno de los miembros de la familia. Por ejemplo, para el padre, quizás la cuestión primordial sea la de conseguir que la madre no sea la encubridora o mantenedora de la drogodependencia del hijo. Para la madre quizás, se trate de buscar el apoyo de su marido. Para el propio adicto la solución deberá pasar por la solución de las distancias y problemas que afectan a sus dos padres, quizás a punto de separación.  l resolver  su problema cuando sus padres se reorganicen. En definitiva, pondrán al terapeuta ante la decisión de optar por una de las sugerencias que se le aportan pudiendo con ello quedar atrapado en el juego de jerarquías familiares, disminuyendo en consecuencia los beneficios terapéuticos de su intervención.

*El poder del ausente*. Muchas familias presentan en su afán homeostático (o de no cambio), a alguno de los miembros del sistema familiar fuera de las sesio-

nes de terapia, «ausente» del desarrollo de la misma. Esta ausencia debería ser tomada como una información válida que indica la dirección a seguir. Anteriormente eran entendidas como resistencias al cambio y otras como desafío al equipo terapéutico.

Una vez que hemos conocido los juegos de poder, sería necesario conocer «los estadios o fases del cambio» (Proschaska y DiClemente, 1983) y ser capaces de determinar que nivel de motivación hacia el cambio que trae el usuario cuando acude al centro y nos realiza una demanda de tratamiento. Podemos distinguir las siguientes:

*Precontemplación:* En este estadio, los adictos no se plantean modificar su conducta ya que no son conscientes (o lo son mínimamente), de que dicha conducta representa un problema. No se trata pues, de que no puedan hallar una solución, sino de que no pueden ver el problema. Por esta razón no acuden a tratamiento, o si lo hacen, es presionados por circunstancias ambientales, abandonando el cambio en cuanto disminuyen dichas presiones. En esta fase nuestra intervención debería centrarse en darle mucha información con el fin de que pueda salvar el nivel de ambivalencia e indefinición que trae.

*Contemplación:* En este estadio los adictos son conscientes de que existe un problema y están considerando seriamente la posibilidad de cambiar, pero sin haber desarrollado un compromiso firme de cambio. Aunque su actitud es ambivalente, se encuentran más abiertos a la información sobre su comportamiento adictivo. Nuestra intervención debería consistir en hacer un balance motivacional de los costos y beneficios que tiene el mantenerse así.

*Preparación:* Este estadio se caracteriza por ser la etapa en la que el adicto toma la decisión y se compromete a abandonar su conducta adictiva. También es la fase en la que se realizan algunos pequeños cambios conductuales (disminución de dosis, por ejemplo), aunque dichos cambios no cumplan el criterio (abstinencia, por ejemplo) para considerar que se encuentra en la fase de Acción. En esta etapa deberíamos ofrecer diferentes alternativas, y darle la libertad de poder tomar su propia decisión. Así aumentaremos su capacidad de decisión.

*Acción:* Se trata de la etapa en la que el individuo cambia con ayuda o sin ayuda especializada su conducta y el estilo de vida asociado. Esta etapa requiere un importante compromiso, además de una considerable dedicación de tiempo y energía, implicando los cambios conductuales más manifiestos. En esta etapa pueden existir ambivalencias pero en menor grado.

*Mantenimiento:* En este estadio, el individuo trata de conservar y consolidar los cambios realizados en la etapa anterior, intentando prevenir una posible recaída en el comportamiento problemático. No consiste en una ausencia de cambio sino en una continuación activa del mismo, aunque de menor actividad.

## 5. CASO PRÁCTICO

Parece muy ilustrativo aplicar lo dicho anteriormente a un caso práctico de tratamiento, en el cual podremos explicar cómo se ha intervenido y las dificul-

tades que se han presentado. Por supuesto, los datos identificativos de la persona son figurados.

### 5.1. DATOS IDENTIFICATIVOS

Sandra de 26 años vive en Parla (municipio del Sur de Madrid de 80.000 habitantes) En la actualidad vive en casa de su abuela junto con sus padres y sus dos hijos mayores (6 y 2 años), tiene una tercera hija e 1 año que se encuentra en un Centro de Acogida de la CAM.

### 5.2. DATOS FAMILIARES

Las relaciones familiares están bastante deterioradas y esto ha hecho vivir a Sandra varios periodos de su vida en la calle. Los padres tienen problemas de abuso de alcohol que hasta ahora no han reconocido ni han querido tratarse.

### 5.3. DATOS EDUCATIVOS

Ha estudiado hasta 6º de EGB. No posee el Graduado Escolar.

### 5.4. DATOS LABORALES

No tiene experiencia laboral. La forma de mantenerse el consumo ha sido principalmente realizando actividades marginales.

### 5.5. DATOS LEGALES

Tiene dos o tres juicios pendientes en los que se le acusa de robo de coche.

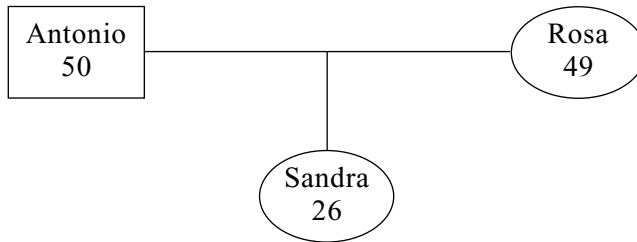
### 5.6. HISTORIA DE CONSUMO

Comienza a fumar heroína con 12 años y a los 14 ya es consumidora habitual. Comienza a fumar cocaína con 13 años con una frecuencia de algunos consumos semanales. Comienza a tomar benzodiazepinas (tranquilizantes) con 16 años, en ese mismo año se hace consumidora habitual.

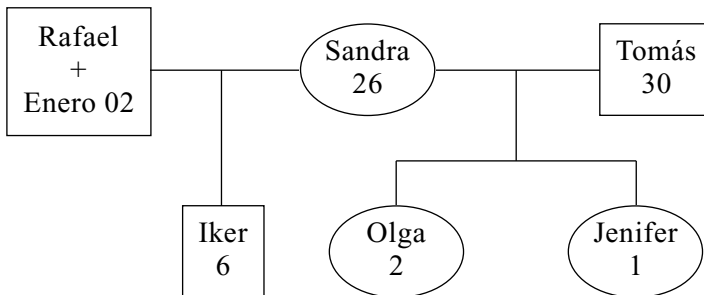
Comienza a fumar porros con 15 años. Comienza a beber alcohol con 13 años.

Cuando acude al Centro de Tratamiento (Enero 2003), se encuentra consumiendo 1 gr. a 1,5 gr. de heroína fumada al día (entre 60 y 90 €) y está embar-

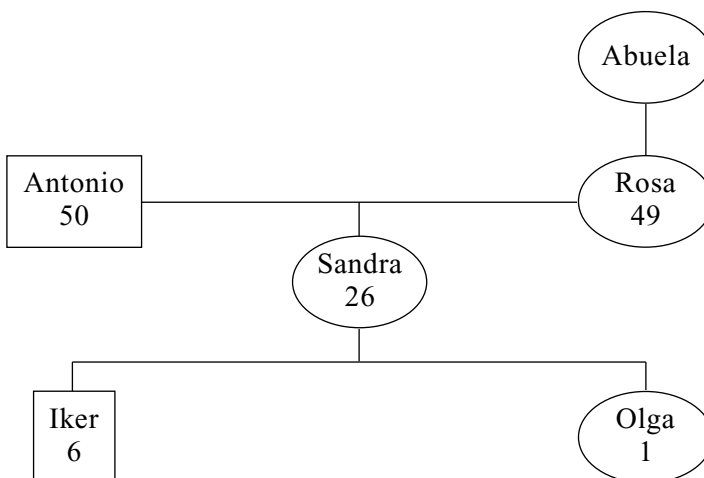
GENOGRAMA FAMILIA ORIGEN



GENOGRAMA FAMILIA PROPIA



NÚCLEO DE CONVIVENCIA



zada de 7 meses. En la actualidad se encuentra en el Programa de Metadona desde hace un año aproximadamente. Tiene un problema de abuso de fármacos y se está interviniendo desde el centro para intentar que reduzca su consumo.

## 5.7. DATOS SANITARIOS

No tiene anticuerpos de Sida, ni hepatitis, ni tuberculosis, ni enfermedades de transmisión sexual.

## 5.8. INTERVENCIONES REALIZADAS EN EL CENTRO

- Dispensación de metadona en el centro de tratamiento.
- Intervención a nivel psicosocial en la medida que ella lo permite (hay periodos en los que acude a las citas propuestas y otros que no).
- Seguimiento médico e intentar que reduzca el consumo de benzodiacepinas.
- Gestionar que se arregle la boca gratuitamente a través de Odontología Solidaria.
- Derivación al Centro de Orientación Sociolaboral para que empiece búsqueda de empleo ya que se niega a realizar ningún tipo de formación.
- Realiza controles analíticos de orina para verificar su abstinencia.

## 5.9. INTERVENCIONES REALIZADAS DESDE EL CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES

### 5.9.1. *Equipo SAFIR (Servicio de Atención a Familia e Infancia en Riesgo)*

El caso de Sandra fue conocido en Servicios Sociales desde que dio a luz a su primer hijo, ya que al nacer con síndrome de abstinencia a opiáceos, en el Hospital de referencia, se puso en marcha un protocolo de niño en riesgo que consiste en una serie de actuaciones. El hospital pone el caso en conocimiento de Comisión de Tutela del Menor y del equipo correspondiente en Servicios Sociales y del CAID correspondiente.

Los dos primeros hijos fueron en acogimiento familiar con los abuelos maternos y la tercera, se encuentra a fecha de hoy y desde que salió del hospital, en una residencia infantil en Madrid, tutelada por Comisión de Tutela del Menor.

El equipo de SAFIR ha realizado las siguientes intervenciones:

- Entrevistas con las familias para dar a conocer las medidas que se iban tomando.
- Informes oportunos a Comisión de Tutela del Menor, etc.
- Coordinación con el Hospital de Getafe, con nuestro CAID y con la residencia infantil donde está ingresada la hija menor.

- Seguimiento de la evolución, cuidado y escolarización de los dos hijos mayores.
- Gestión del abono transporte para que los padres pudieran ir a visitar a la hija pequeña a la residencia infantil.
- Promover reuniones conjuntas de coordinación entre las diferentes instituciones que están interviniendo ( Comisión de Tutela del Menor, CAID de referencia, Residencia Infantil y SAFIR)

### 5.9.2. *Gestiones realizadas desde la Residencia Infantil*

- Cuidado y atención de la menor.
- Dar indicaciones adecuadas a los padres.
- Informar a los padres sobre la evolución.
- Establecer calendario de visitas a petición de los padres. Acuden a visitarla los miércoles durante una hora.
- Coordinarse con el resto de los servicios que están interviniendo.
- Buscar la atención más adecuada para la niña, según su etapa de crecimiento.

En el momento actual, la evolución de los padres en tratamiento todavía no permite que la niña vuelva al hogar familiar. La residencia infantil aconseja para un buen desarrollo de la niña que no continúe institucionalizada. Por tal motivo, se ha propuesto que la niña pase a un acogimiento temporal con una familia no biológica, familia paraguas, así, en la actualidad, se están realizando los trámites oportunos.

## 5.10. CONCLUSIONES DEL CASO

Como podemos ver, la intervención con Sandra ilustra adecuadamente lo tratado en este artículo.

Poseemos bastantes datos sobre su situación a diferentes niveles: físico, familiar, psicológico, social, educativo, de consumo, etc. Conocemos su trayectoria tanto en Servicios Sociales como en el CAID durante un periodo de al menos seis años con diferentes intervenciones realizadas. En la actualidad, existe una propuesta interdisciplinar de tratamiento que ella ha aceptado (Programa de Metadona).

Se está realizando un trabajo en red de forma coordinada, de tal manera, que existen reuniones periódicas entre las instituciones que están interviniendo (SAFIR, Comisión de Tutela, la Residencia Infantil y el CAID). En alguna de estas reuniones también se convoca a Sandra.

Desde cada uno de estos servicios se plantean una serie de objetivos de intervención, éstos son consensuados con Sandra. Unos han sido realizados ya y otros están por realizar.

Con respecto a los juegos de poder descritos por J.A. Abeijón, en este caso, se han podido constatar todos según el momento: Sandra delega en numerosas ocasiones la solución de sus problemas en otros (la familia que no la ayuda, las instituciones que no la atienden suficientemente, etc.). A veces, plantea su situación con urgencia y dramatización con el fin de construir soluciones rápidas y a veces, desajustadas a un plan de intervención coherente. El pseudoacuerdo también es utilizado de cara a plantear diferentes soluciones según quien las plantee:

- Ella quiere que le mejoremos la dispensación de metadona.
- Su familia quiere que la ingresemos en un centro.

Con respecto a las fases del cambio motivacional (Proschaska y DiClemente, 1983), Sandra se encontraría en la fase de preparación ya que ha tomado la decisión de abandonar su conducta adictiva y ha realizado pequeños cambios conductuales, pero todavía no está en pleno cambio de su conducta.

## 5. BIBLIOGRAFÍA

ABEIJÓN, J.A.

- 1987 «Los sistemas en la demanda del toxicómano». *Comunidad y Drogas*. Cuadernos Técnicos de Estudios y Documentación. Monografía nº 1.

ACERO SÁEZ, C.

- 2003 «Teorías aplicadas en la práctica del Trabajo Social». Primera parte. En *Trabajo Social Hoy* nº 35 Pág. 73 y ss. Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social de Madrid.
- 2003 «Teorías aplicadas en la práctica del Trabajo Social». Segunda parte. Pág.49 y ss. Revista *Trabajo Social Hoy* nº 36. Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social de Madrid.

AUERSWALD, E.H.

- 1976 «El enfoque interdisciplinario y el ecológico». Edgar en N. Ackerman y otros *Grupoterapia de la familia*..Buenos Aires: Paidós.

CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE LA PROFESIÓN DE DIPLOMADO EN TRABAJO SOCIAL

- 1999 Texto aprobado por la Asamblea General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales en su sesión extraordinaria de 29 de Mayo de 1999.

GAITÁN, L.

- 1990 «El trabajo social como disciplina y como profesión en el ámbito interprofesional». *Colección documentación social* nº 79. Edita Cáritas.

HERNÁNDEZ ARISTU, J.

- 1990 «La supervisión como instrumento de intervención social». *Colección documentación social* nº 81. Cáritas.

MAROTO, A.L.

- 2001 «Ipsoterapia en Trabajo social. Por una intervención social desde los afectos», en *Trabajo Social Hoy* nº 34. Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social de Madrid.

MATEOS AGUT y RUIZ MOLINA

- 1993 *Los equipos interdisciplinarios en drogodependencias: estructura, estrategias y evaluación*. Comunicaciones a las V Jornadas regionales de Socidrogalcohol en Castilla-León.

MÉNDEZ, A.B.

- 2000 «El trabajo social en drogodependencias: historia de una experiencia», en Xavier Arana, Iñaki Márquez y Amando Vega. *Drogas. Cambios sociales y legales ante el tercer milenio*. Editorial Dykinson.

PROCHASKA, J. y DI CLEMENTE, C.

- 1983 «Stages and processes of self-change of smoking. Towards and integrative model of change». *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51: 390-395.