

# El abordaje de las drogodependencias desde el equipo social de base

*Rafael Herrero Lorenzo*

## I.- NECESIDADES DE LOS DROGODEPENDIENTES

Habitualmente, no se nace drogodependiente, el primer consumo tóxico suele darse en el seno familiar, y en el período de edad entre 10 y 15 años, y suele ser un consumo de una droga legal e institucionalizada. Si el resultado para el niño o, la niña, ha sido positivo, y sobre todo si la actitud educativa de la familia no ha sido correcta, se tenderá a repetir la experiencia.

Este aprendizaje suele ser reforzado por la pandilla de amigos, a los que se relatan y repiten las experiencias supuestamente placenteras y poco normativas de los más precoces, que adoptan actitudes de liderazgo. En el grupo de iguales se refuerza el aprendizaje de los consumos de alcohol y tabaco, por los aspectos placenteros de estos, **por el rol** de adulto que suponen que asumen consumiendo en grupo, y por lo que dicho consumo precoz supone de incumplimiento de la norma familiar.

El consumo de drogas ¡legales y no institucionalizadas, suele comenzar con drogas que prácticamente están institucionalizadas en la población juvenil selectivamente, tales como el cáñamo o la combinación pastillas-litronas. Los chicos y chicas integrados en pandillas lo realizan como una continuación de la anterior. Al poco tiempo aparece una situación de crisis, que suele ser una borrachera, que puede **disimular al** medio familiar con ayuda de los amigos y alguna mentira. Sólo cuando estas situaciones de crisis se hacen suficientemente frecuentes o intensas, el disimulo a las familias se hace difícil o imposible. De nuevo la actitud educativa familiar puede ser o no ser eficaz.

En caso de no serlo, la borrachera o incluso otras situaciones de crisis, (**necesidades de dinero**, hurtos familiares, etc), se van haciendo habituales, llegando el ya **consumidor** abusivo, a habituarse a vivir en estas crisis e incluso logrando habituar a la familia, que puede utilizar todos sus mecanismos de defensa, entre ellos, los más frecuentes los de negación, para no enfrentarse eficazmente a la situación. Es posible que este permanente vivir en crisis disimuladas más o menos, sea la forma de vida más frecuente de nuestros consumidores abusivos jóvenes. (Forma de vida «yonqui»).

Sin embargo, estas crisis van siendo tan continuadas e intensas que el disimulo familiar, e incluso social se hace imposible. Aparece entonces lo que algunos autores llaman la **CRISIS DEFINITIVA'**, que inicia el proceso de recuperación. Esta, si se analiza objetivamente no

tiene grandes diferencias con otras crisis, siendo necesario en todos los análisis, admitir que el azar, sobre todo respecto a las situaciones de relaciones socialmente positivas, juega un importante papel. Se puede afirmar que la única regla válida que puede utilizar, tanto la familia como el equipo tratante, es evitar las relaciones socialmente negativas y favorecer las positivas, entendiendo por relaciones amistades, relaciones afectivas, laborales de modelaje educativo, etc.

Una vez superada la que llamamos crisis definitiva, el sujeto drogodependiente o abusador, se ve en extrema necesidad, por la carencia de la sustancia psicoactiva a la que estaba habituado, necesidad que a él le cuesta trabajo identificar, pero que tiene diversos componentes:

a..Componente sanitario: componente de necesidad que el sujeto identifica como «mono»... y el técnico como síndrome de privación o de abstinencia, según los casos. Como ya sabemos, no es una necesidad puramente sanitaria y existen algunos componentes conductuales, sociales y culturales que influyen con su proceso, sin embargo existe un consenso casi universal en cuatro aspectos, que las intervenciones sanitarias son fundamentales, (técnicas de desintoxicación, técnicas de bajadas progresivas de dosis, etc.), y que es sólo el comienzo necesario, pero no suficiente, de un largo proceso. Dura dos semanas aproximadamente. También existe una opinión generalizada de que durante este período es necesario un programa de control conductual muy completo. Así mismo que existen medios alternativos más adecuados para el éxito de la desintoxicación que un medio hospitalario, aunque lógicamente el estudio de las adecuaciones tendría que ser prácticamente personalizadas.

b..Componente conductual: Se admite generalmente que el sujeto necesita un período de tiempo superior a la desintoxicación, en donde es necesario un programa conductual de apoyo, de modificación de conducta, de adquisición de habilidades o cualidades favorecedoras de la inserción, que en parte le compense la completa dependencia de las sustancias, y en parte le disminuyan la ansiedad y le dificulten el volver a consumir. Dicho proceso, que la mayoría de las veces se realiza ambulatoriamente y que lo ideal es que tenga una importante participación familiar, se suele llamar deshabituación y puede tener una duración de noventa días...

c.-Componente social: Una vez realizado el proceso de deshabituación, y conseguida una cierta solidificación de la abstinencia, el sujeto comienza a ser consciente de sus déficits sociales, familiares, educativos, laborales, etc.

Esa consciencia necesaria para ponerle remedio, tiene el inconveniente de aumentar la ansiedad del abstinentes, y favorece indirectamente la aparición de mecanismos de justificación para una recaída en el consumo, al pensar el sujeto lo difícil que va a tener una inserción social. La mayoría de los autores ven enormes dificultades en esta parte del proceso, sobre todo en sectores marginales.

A todo este proceso se le llama REHABILITACIÓN y ha de realizarse con PROGRAMAS y la mayoría de las veces con medios ESPECÍFICOS PARA DROGODEPENDIENTES, y puede realizarse en ambulatorios y con participación familiar. Sólo en algunos perfiles de drogodependientes, es necesario la utilización de Comunidades Terapéuticas o Centros de Día.

Evidentemente nos hemos movido en un esquema ideal y teórico, a ningún profesional del campo se le escapa la dificultad de las frecuentes recaídas, que hacen que el proceso tenga que recomenzarse con cierta frecuencia, y que obligan a una mayor coordinación de los recursos médicos, psicológicos y sociales.

En dicho esquema, sólo nos queda añadir la parte de la INSERCIÓN SOCIAL, en la que el sujeto rehabilitado, es decir con aquellas cualidades personales y sociales necesarias, readquiridas por el proceso médico y educativo, puede utilizar aquellos RECURSOS INESPECÍFICOS de su barrio, pueblo, familia y grupos para encontrar el rol, y si es posible un puesto de trabajo. (Fig. 1.).

La asistencia primaria, ya sea en los Servicios Sanitarios, o en los Servicios Sociales, detecta la necesidad, la mayoría de las veces a través de un familiar, (los padres en el caso de los drogodependientes jóvenes y las esposas en el caso de los alcohólicos, y casi siempre indirectamente a través de otro tipo de demandas, (en el caso sanitario puede ser una enfermedad secundaria al consumo y en el caso de los servicios sociales una demanda de ayuda económica, ante las consecuencias sociales de la drogodependencia). Rara vez se presenta como tal un drogodependiente.

Para realizar el proceso, cuando el equipo social ve necesaria una desintoxicación, debe de contactar con el equipo de atención primaria sanitario, y debe ser el médico de este, el que estudie las posibilidades de una desintoxicación en casa, con ayuda familiar, o por el contrario una desintoxicación hospitalaria.

La desintoxicación domiciliaria, debidamente pautada, tanto a nivel de tratamiento farmacológico y fisioterapéuticos, (ejercicio físico, baños, masajes, etc.), como a nivel de pautas de conducta, debidamente pactadas y plasmadas en un preciso y claro CONTRATO TERAPÉUTICO, no es específicamente difícil, si el ambiente y el carácter familiar permite la calma, y la familia tiene un buen contacto, tanto a nivel de comunicación emocional como telefónico con el equipo tratante.

Conseguida la desintoxicación, las necesidades pueden quedar reducidas a un proceso educativo ordinario, o a un proceso de deshabituación, ya que el sujeto planteaba todas sus actividades alrededor de las drogas. El modelo de actuación que se ve más práctico en la mayoría de los casos es el C.A.D., (Centro de Atención a Drogodependientes), según la incidencia de la demanda y sobre todo de la posibilidad de contar con un C.A.D. Municipal, el

equipo de C.A.D, decide el grado de participación familiar, y la coordinación con otros recursos. La estrategia más utilizada es crear un grupo informativo que dure hasta la firma del contrato terapéutico por parte del sujeto y del contrato de colaboración por parte de la familia, que se han de hacer simultáneamente. Una vez superada esta etapa, mediante un grupo de participación familiar, donde lo corriente es que participen varias familias, se consigue aumentar, mantener y si es preciso crear la ayuda familiar. En el caso de que esta sea mínima o no exista, debe hacerse un esfuerzo enorme por conseguir cualquier participación posible, la mayoría de los drogodependientes niegan la posibilidad de una participación familiar positiva, cosa que en la realidad objetiva es difícil, pero necesaria y bastantes veces posible.

El proceso de rehabilitación, es fundamentalmente educativo, se educa al sujeto a conocer su cuerpo, sus déficits de salud y las estrategias para mejorar su calidad de vida. Así mismo debe conocer su dependencia, la posibilidad de una recaída, y los factores de riesgos y mecanismos para evitarlos en un futuro, para ello debe conocer la estructura de su personalidad, para lo que se debe de haber realizado un psicodiagnóstico y haberle realizado un tratamiento de psicoterapia breve, con estos objetivos. Un complemento muy importante de este conocimiento es su forma de integrarse en los grupos sociales, lo que se puede hacer, cuando esté indicado, mediante la participación de grupos terapéuticos o asambleas de convivencia en las COMUNIDADES TERAPÉUTICAS (C.T.) o CENTROS DE DÍA. Estos han de tener sus programas, para los cuales se ha de exigir tanto motivación, como capacidad psicofísica para poder realizarlos, ingresar por ingresos o convertir los recursos en pseudocárceles no es una estrategia conveniente ni para los individuos, ni para la sociedad.

El proceso de reinserción social, debe empezar antes de que acabe la rehabilitación, facilitando al drogodependiente el uso del Equipo Social de Base, o de cualquier otro inespecífico que posea el municipio o barrio. A la vez el equipo tratante mediante una orientación familiar procurará que el rol del drogodependiente dentro de la familia sea lo más constructivo posible, y que se eviten las disfunciones, sobre todo las que son consecuencias del consumo y dependencia, a la vez se intentará la actividad en el asociacionismo juvenil o de cualquier otro tipo que pueda existir en el barrio o municipio, y se le facilitará la búsqueda de empleo, responsabilizándose en ello tanto al interesado como a los familiares. Algunas instituciones han propuesto el PISO de INSERCIÓN, propuesta que no ha sido, en general, favorablemente acogida por la Administración, que la considera excesivamente específica y paternalista, y que alarga y encarece innecesariamente el proceso de integración social.

Sólo en el caso de que se coordinen mediante la acción de los profesionales del C.A.D. la acción de todos estos recursos, y tanto el sujeto como la familia demandante puede utilizarlos con agilidad y sentido práctico, se consigue la difícil integración de drogodependientes marginales. El C.A.D. ha de procurar dar a los sujetos la información de los programas a los que pueda acudir, trabajar en el aumento de las motivaciones en la línea de dichos programas, y garantizarla continuidad del proceso de rehabilitación inserción. En la mayoría de los barrios y pueblos donde no existen C.A.D., tendrá que ser la asistencia primaria, sanitaria o de servicios sociales los que suplan este déficit.

## 2.- EL EQUIPO SOCIAL DE BASE EN EL ABORDAJE, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DEL ALCOHOLISMO Y OTRAS DROGODEPENDENCIAS

### 2. 1. INTRODUCCIÓN

La intervención en el campo del alcoholismo y otras drogodependencias ha utilizado, a lo largo del tiempo, diferentes enfoques o modelos básicos a cerca de las causas del abuso de drogas y la forma de afrontar sus consecuencias. Según el modo en que se considere la relación entre los elementos interactivos (sustancias), consumidor y contexto del consumo, suelen distinguirse cuatro modelos: ético-jurídico, médico o sanitario, psicosocial y sociocultural. El fracaso sucesivo de algunos planteamientos nos sitúan desde hace unos años con la necesidad de promover un enfoque más amplio e integrador que destaque, sobre todo, la importancia del sujeto y su comportamiento en la relación sustancia- individuo-contexto, considerando que el consumo de drogas corresponde a unas necesidades o motivaciones personales a las que es necesario atender'.

En nuestro país se potencia el enfoque psicosocial a partir de 1979 cuando, desde la Dirección General de Servicios Sociales, se implanta la concesión de subvenciones para el establecimiento de centros de asistencia (ambulatoria y en comunidades terapéuticas), y las áreas de servicios sociales asumen la problemática con recursos propios y cumpliendo funciones no vinculadas estrictamente a la acción social'. La nueva línea de intervención abierta iba a propiciar, entre otras causas, la sensibilización ciudadana hacia el conocimiento y comprensión de las drogodependencias, la oferta de un nivel de soluciones flexibles ante el uso o abuso de drogas y la intervención en drogodependencias desde una perspectiva interdisciplinar.

### 2.2. FUNCIONES GENERALES Y NIVELES DE INTERVENCIÓN DEL EQUIPO SOCIAL DE BASE EN ALCOHOLISMO Y DEMÁS DROGODEPENDENCIAS

La importancia de la atención primaria salud y servicios sociales en el alcoholismo y otras drogodependencias ha sido señalada en los últimos años por diferentes organismos de lucha - contra el abuso de drogas(Naciones Unidas, Grupo Pompidou del Consejo de Europa, Plan Nacional sobre drogas), significándola como un aspecto central del afrontamiento de las adicciones.

Así mismo, los planes autonómicos de la lucha contra la droga consideran la atención primaria como una exigencia primordial en la intervención integral en este campo en concreto, el plan autonómico de La Comunidad Valenciana considera los equipos sociales de base como vía privilegiada de acceso al conocimiento de las sustancias tóxicas y sus consecuencias'.

La atención primaria de las adicciones se contemplan igualmente en la ley 7/ 1985, del 2 de Abril, que regula las bases de régimen local y reconoce el municipio y/ o agrupamiento de municipios (mancomunidad) comunidades básicas de gestión cara al ciudadano. El municipio

adquiere así una función primordial, a determinado nivel, para la solución de las necesidades de los ciudadanos y se erige como eje estructurador de los servicios sociales generales.

También la ley 5/1989, del 6 de Julio, sobre los servicios sociales de la Comunidad Valenciana contribuye de forma definitiva al desarrollo de la atención primaria, al eliminar en su título 11, artículos 4, 5 y 6, respectivamente, las áreas de intervención prioritaria -entre las que se encuentran las drogodependencias- los niveles-generales y especializados- y las modalidades de intervención preventiva, asistencial y de rehabilitación / reinserción, correspondiente a las distintas ' fases del proceso de las adicciones (iniciación, establecimiento y eventual recuperación).

Finalmente la orden del 9 de Abril de 1990 de la Consellería de Treball i Seguritat Social, que desarrolla el decreto 40/1990, del 26 de Febrero, del Consell de la Generalitat Valenciana, sobre registro, autorización y acreditación de los servicios sociales de la Comunidad Valenciana en el título II artículos 10, 11 y 12 contempla, respectivamente, el ámbito - los servicios sociales generales se prestarán por los Ayuntamientos o entidades supramunicipales -, el objeto - corresponde a los servicios sociales generales la adopción sistemática de acciones preventivas, asistenciales y de rehabilitación de nivel primario y polivalente- y, finalmente, el equipo social de base - definido como entidad interdisciplinar encargada de implantar los programas-.

El desarrollo de las funciones descritas supone en su práctica un proceso laborioso y lento, lo que exige un marco de referencia más amplio, que en este caso tiene que ver con tres aspectos globales de los servicios sociales generales su ámbito, su objeto y el equipo social de base- cuya conjunción va a determinar las características de la intervención en ese contorno comunitario.

## ÁMBITO

Las prestaciones de los servicios sociales generales serán objeto de los municipios o entidades supramunicipales en zonas que se delimitarán mediante criterios de población, distancias y medios de comunicación o dispersión geográfica de la población, los equipamientos de los servicios sociales existentes en la zona u otros.

## OBJETO

Corresponde a los servicios sociales generales la adopción sistemática de acciones preventivas, asistenciales y rehabilitadoras de nivel primario o polivalentes, orientadas a implantar la prestación básica de información y asesoramiento, accesibilidad, convivencia, etc.

## EQUIPO SOCIAL DE BASE

Se trata de equipos interdisciplinarios encargados de implantar programas en el medio comunitario. Su composición se conforma como mínimo con un trabajador social y apoyo administrativo suficiente. Su trabajo está limitado para cada diez mil habitantes y su titularidad corresponde a los Ayuntamientos y mancomunidades.

En definitiva, los aspectos descritos responden objetivamente a la intervención primera sobre las necesidades del ciudadano de forma específica, y por ello generalizable a toda la población. En otras palabras, la demanda primaria o inespecífica, en alcoholismo y otras drogodependencias, deberá ser atendida en primera instancia por los servicios sociales generales de cada municipio, como paso inicial a la consecución de otros logros.

Sobre estas bases, la intervención en alcoholismo y otras drogodependencias desde el equipo social de base se implica de forma natural en el desarrollo de las funciones que el mismo ya tiene delimitadas como instancia de atención primaria per se. Sin embargo quizá convenga precisar los tres niveles esenciales de su intervención:

- 1º. Recepción de la demanda.
- 2º. Tratamiento.
- 3º. Prevención.

## 1º RECEPCIÓN DE LA DEMANDA

Es el contacto primero de individuo con el profesional de atención primaria en relación con el problema de las drogas. Comentaremos brevemente las actividades principales que es posible realizar en esta fase.

- INFORMAR. Precisa un conocimiento directo de la población para poder interrelacionar con ella y proporcionar aquellos elementos requeridos por el individuo o grupo, al objeto de encontrar vías de solución a algunos de los problemas prestados.
- ORIENTAR AL INDIVIDUO O GRUPO. Busca proporcionarle los elementos que le permitan conocerse más a sí mismos y le facilite cauces posibles de solución a sus conflictos. La búsqueda también se refiere a aquellos recursos de la comunidad que pueden facilitar la resolución del conflicto.
- ASESORAR. Conlleva a trabajar, individual o gradualmente, las diversas opciones que conforman una estrategia, haciendo que reflexione sobre los aspectos positivos y negativos de aquellas.
- DERIVAR. Cuando el profesional de atención primaria constata que las tareas realizadas hasta este momento con el individuo resultan insuficientes como respuesta a la situación planteada, opta por la derivación hacia otros servicios o equipos especializados. Con ellas, además, los equipos de atención primaria aseguran su

condición de referentes del individuo/ grupo.

- COORDINAR LOS RECURSOS EXISTENTES. Personas, funciones, entidades, etcétera, de forma que su conjunción contribuya a conseguir un objeto común: mejorar la respuesta a una situación planteada.
- EVALUAR Y REALIZAR EL SEGUIMIENTO. Suponen, por su parte, un conocimiento permanente de la trayectoria y también de los logros conseguidos después de la intervención por el profesional de atención primaria.

## 2º ASISTIR O TRATAR.

Implica que el sujeto ha sido derivado a un servicio especializado y ello supone el inicio de un tratamiento. Entre las tareas a realizar por el equipo social de base se encuentran las siguientes.

- COORDINACIÓN CON EL RECURSO ESPECIALIZADO. El profesional de atención primaria, una vez hecha la derivación, permanecerá en contacto continuo con el servicio especializado para conocer la evolución, seguir las pautas del equipo de intervención y facilitar toda aquella información de utilidad para la resolución del caso.
- APOYO FAMILIAR/INDIVIDUAL. Cuando el sujeto ha iniciado un tratamiento, el profesional deberá prestar apoyo sólido orientado a facilitar la solución de los problemas, garantizando sobre todo su condición de referente en el medio.
- FACILITACIÓN SOLUCIONES POSIBLES ALA PROBLEMÁTICA. En todo momento, el profesional facilitará las soluciones de que disponga, ayudando al individuo y a la familia mediante información precisa y elementos clarificadores.
- SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN. Suponen conocer la trayectoria seguida en el tratamiento y los logros conseguidos, para así establecer medios de contacto con el individuo y su familia a efectos de que ambos encuentren el soporte necesario para su afianzamiento en el medio.
- INSERCIÓN O RETORNO AL MEDIO/COMUNIDAD. Con esta actividad, el profesional de atención primaria debe introducir elementos en la población que permita la adopción de otras lecturas sobre el individuo y su nueva situación y cuestione las anteriores, sobre todo, si el profesional actúa con el pleno convencimiento de que la capacidad de respuesta y/o terapéutica de la propia comunidad posibilita la «resocialización» de uno de sus miembros que había estado en ella.

## 3º PREVENCIÓN

El equipo social de base, como punto primero de contacto con las necesidades del ciudadano, cumplimenta aspectos esenciales de la prevención del alcoholismo y las otras drogodependencias. Entre ellos se encuentran los siguientes.

- **MANTENIMIENTO DE LOS LOGROS CONSEGUIDOS.** Supone conocer las metas alcanzadas en el tratamiento para ayudar a mantenerlos el mayor tiempo posible. Para ello, se le facilitarán los medios o estrategias disponibles al entorno, permaneciendo en alerta sobre posibles cambios que puedan introducirse. Sobre todo, es muy importante ayudar al sujeto a conocer y a evitar una posible recaída.
- **DETENCIÓN PRECOZ.** Persigue el conocimiento de problemas con el uso y/o abuso de drogas de alto riesgo ya iniciados, con la finalidad última de intervenir sobre aquellos aspectos considerados como prioritarios.
- **PROMOCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA.** A través de una programación dinámica y atractiva para el ciudadano. Se busca como objeto principal su participación. Ello exigirá al profesional una gran creatividad a la hora del diseño de los programas, a la par que una gran motivación por el trabajo comunitario.
- **PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS DE COOPERACIÓN.** Supone una implicación exhaustiva y global, al menos en programas insertos en el medio comunitario, mediante la participación activa en ellos o la realización de propuestas alternativas.
- **COORDINACIÓN DE LAS INICIATIVAS COMUNITARIAS.** Parece importante que el equipo conozca desde su inicio cualquier iniciativa existente en la población y esté presente en las actividades que se desarrollen. Es más debe erigirse en coordinador de dichas tareas siempre que ello sea posible.

### 3.- PROPUESTA DE UN MODELO DE INTERVENCIÓN EN EL ALCOHOLISMO Y DROGODEPENDENCIA DESDE EL EQUIPO SOCIAL DE BASE

Un aspecto de primordial importancia, y de compleja solución en algunos casos, es la demanda que el sujeto, dependiente o no, realiza al equipo receptor (en este caso, equipo social de base), especialmente si se trata de la primera entrevista. También la demanda colectiva tiene una especial relevancia para el trabajo del profesional de atención primaria. Nos referimos a ellos seguidamente.

El contacto directo y continuo con los profesionales de los equipos sociales de base de la Comunidad Valenciana, así como distintas fuentes consultadas, permiten afirmar que el tipo de demanda prioritaria realizada por el sujeto, padre y/o familiar, es la de información en primer lugar, si todavía el sujeto no ha recibido tratamiento alguno, y la petición de un centro de rehabilitación, en segundo lugar. Cuando se trata de personas que, generalmente, ya han

seguido algún tipo de tratamiento pero sin éxito.

Un tercer tema frecuente en la actualidad es la demanda colectiva, de formación. Los servicios de atención primaria por parte de las escuelas, asociaciones de padres de alumnos, asociaciones de vecinos, centros sociales de barrio u otros, para desarrollar una actividad dirigida, por lo general, a aspectos de prevención y utilización de recursos comunitarios del municipio.

A nuestro parecer, el movimiento de demandas individuales y colectivas -información, petición de un recurso y formación, entre otros- tienen puntos en común, que en algunos casos escapan a nuestro control. Dado que la primera entrevista es de vital importancia para todo el proceso, especialmente para el inicio del proceso de cambio o del estímulo de la motivación para tratamiento, permítasenos sugerir algunos criterios orientativos como propuesta para un modelo de intervención en el alcoholismo y drogodependencias desde el equipo social de base.

La propuesta realizada enmarca los tres momentos esenciales de intervención. Recoge, por un lado, los aspectos iniciales de la primera intervención a partir de la escucha de la demanda; por otro lado, objetiva su contenido y lo plasma en instrumentos idóneos para tal fin y valora el estímulo de la motivación al cambio, a la par que la disponibilidad de recursos materiales y humanos existentes en el entorno o fuera de él. Todo ello va unido al acto de implicar directamente a los demandantes en el proceso de cambio, no admitiendo la delegación en «otros». Es importante, sobre todo, no eludir los conflictos existentes ni asumir soluciones o vías inalcanzables.

Un segundo aspecto, es la derivación del caso, que tiene lugar cuando el profesional constata la insuficiencia de las tareas realizadas en ese momento y opta por la ampliación a **otros servicios o equipos especializados**, no sin antes asegurar su condición de referente en el medio para el individuo o el grupo. Este acto, por supuesto, descansa en un amplio conocimiento de los recursos y equipos especializados existentes.

El tercer aspecto se implica directamente con el seguimiento, evaluación e integración en la comunidad, tres elementos indispensables en la resolución de un problema de alcoholismo u otras drogodependencias.

Es sumamente importante también que el profesional, el individuo y su familia realicen conjuntamente un seguimiento de la evaluación del tratamiento a través del equipo especializado que será el que delimite las pautas de actuación.

La dimensión e incorporación a la comunidad tiene que ver con el trabajo colectivo comunitario y la demanda realizada por los diferentes colectivos. En otras palabras, si el trabajo realizado desde la atención primaria permite que las familias generen mecanismos de solidaridad y se sientan menos amenazadas ante el problema de las drogas, contribuiremos a la adopción de actitudes positivas y en definitiva a facilitar una integración más participativa del

drogodependiente en su comunidad, sobre todo en aquellos contextos donde se sabe menos rechazado.

Puede parecer que en lo expuesto se descuida el aspecto concreto de la prevención; sin embargo si se parte de la definición global del término, la prevención se halla ya en el momento mismo de la recepción de la demanda, manteniéndose presente todo el tiempo que el proceso permanece abierto.

#### 4.- CONSIDERACIONES FINALES

Se desprende de lo anterior la posibilidad de sugerir dos consideraciones y una conclusión final.

Primero, dada la complejidad de la casuística que acompaña a los problemas derivados del uso y/o abuso de drogas, el equipo social de base debe tener en cuenta que ha de aceptar la responsabilidad de seguir un proceso con capacidad de exigencias de análisis, a la vez que ha de tener la capacidad creativa para elaborar ante las posibles crisis que vayan apareciendo en los sujetos atendidos".

En segundo lugar, se desprende de nuestra experiencia que la capacidad del equipo social de base para motivar a la persona dependiente del alcohol u otras sustancias adictas al proceso de cambio, depende básicamente de la conjunción de dos aspectos: la multidisciplinariedad de la atención y la capacidad para conocer el entorno comunitario del sujeto al respecto. Freixa refuerza esta idea al considerar que la estimulación de la estabilidad social y la abstinencia sostenida de los alcohólicos es un trabajo médico, psicológico y de los servicios sociales que requiere cualificación profesional adecuada. .

Nuestra conclusión parte de la consideración de que la atención primaria se basa en la delimitación de un ámbito de actuación cuyas coordenadas son la población que se asienta en un territorio geográfico determinado y cuyo objeto es atender las necesidades primarias sociales del ciudadano. Estas características son ideales para realizar la intervención-en drogodependencias por el equipo social de ~ase desde el marco de los servicios sociales generales.

#### NOTAS

1.- Para mayor información:, FUNES ARTIAGA, j y ROMANI ALFONSO, 0. (1985). Dejar la heroína. Madrid. Cruz Roja Española.

2.- HERRERO LORENZO, R.(1986). La reinserción social en el alcoholismo y otras *drogodependencias*. IV Ponencia. XIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Palma de Mallorca, nov.1985, realizadas con 23 profesionales e instituciones de Andalucía, Cataluña y

C. Valenciana.

3.- Nowlis H.(1982).*La verdad sobre la droga*. París.Unesco.

4.- Mayor L. y Cano L. (1990).Motivación y drogodependencia. En L. Mayor y F.Tortosa.-*Ámbitos de la aplicación de la psicología motivacional* Desclée D.Brouvier(DDB). Bilbao.

5.- Alvarez P.(1987).El plan nacional *sobre drogas*. En P.F.Ramos et al. (1987).Reinserción social y drogodependencias. Asociación para el estudio y promoción del bienestar social.Madrid.

6.- Plan autonómico *de lucha contra la droga*. (1987). Generalitat Valenciana.

7.- Servicios sociales. Plan *cuatrienal*. (1988). P.E.V. 11, tercera edición. Generalitat Valenciana.

8.- Romeu. R. Baulenas. G. (1988). *Funciones de los Servicios Sociales Comunitarios en la atención a drogodependencias*. Comunidad y drogas. Monografías, nº5. Diciembre.

9.- Generalitat Valenciana. Conselleria de Trabajo y Asuntos Sociales. Dirección General de Servicios Sociales. Servicio de Orientación en Drogodependencias. *Memorias*. 1989 y 1990.

10.- Abejón J.A.(1987). Los sistemas de la *demanda del toxicómano*. Comunidad y drogas. Monografías de Mayo.

11.-Freixa F. (1990). Reflexión de un clínico sobre el *bebedor controlado*. Revista española de drogodependencias. 15. (1), 31-13.