

Adicciones y Abordaje Social en el Hospital San Juan de Dios UN ACERCAMIENTO A LA COTIDIANIDAD

Lic. Mauren Gonzalez Gamboa*
Lic. Fidelina Nuñez Aguilar
Lic. Ana Lucia Sánchez Vargas
Lic. Leidy Segura Chávez
Lic. Karina Warner Cordero

RESUMEN

El presente artículo tiene como finalidad estudiar el problema de las adicciones en los y las pacientes con problemas de salud que se atienden en el Hospital San Juan de Dios y sobre todo, el impacto de éstas en la salud física y atención integral para el mejoramiento de la calidad de vida de las personas. Específicamente, interesa conocer la relación de la enfermedad de la adicción con otras patologías médicas, tanto como desencadenantes de un deterioro de la salud, o bien, como factores de riesgo en infecciones de difícil manejo.

De igual manera, se pretende un acercamiento al tema para conocer la adherencia potencial de los y las pacientes con enfermedades crónicas que requieren de tratamientos permanentes, por cuanto, el área de estudio engloba patologías complejas, como por ejemplo: Tuberculosis y VIH/SIDA, que exigen de una adherencia total al medicamento prescrito.

Una vez detallados tanto los aspectos relacionados con el contexto en que se desarrolla el problema de las adicciones, así como su conceptualización, se ilustra la experiencia desarrollada en la intervención social en esta materia, dirigida al cliente externo de la Institución. De modo que permita un análisis crítico que posibilite la incorporación de nuevos elementos, que a su vez contribuyan al mejoramiento de la calidad de los servicios prestados.



INTRODUCCIÓN

Es una verdad incuestionable que en nuestro trabajo cotidiano se hace indispensable la intervención social con personas que presentan problemas de adicciones ya sea al alcohol, tabaco y otras drogas ilícitas. El consumo de estas drogas son desencadenantes de enfermedades que agravan la condición de salud de las personas, constituyéndose en un problema de salud pública, ya que muchas veces son portadores de enfermedades infecto contagiosas, tal es el caso de la tuberculosis y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Además el consumo de tabaco empeora la condición de los y las pacientes diagnosticados con enfisema pulmonar y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, que en la mayoría de las ocasiones necesitan medios de soporte, como el uso de oxígeno en el domicilio.

Unido a lo anterior muchas de las personas que requieren los servicios médicos del hospital y que presentan problemas de uso, abuso y/o dependencia al consumo de sustancias psicoactivas, viven en las calles de nuestra capital. Son personas Indigentes, quienes, en su gran mayoría, no tienen acceso a la seguridad social. Estas personas son altamente estigmatizadas por la población en general y a veces por el mismo personal de salud, sin comprender que son portadores de patologías que necesitan de un adecuado tratamiento (la adicción es considerada una enfermedad crónica, tal como se verá en el presente artículo).

La intervención del profesional de Trabajo

* Licenciadas en Trabajo Social, Hospital San Juan De Dios

Social en estos casos se ha visto limitada, fundamentalmente por dos situaciones: en primer lugar por la exigencia de egresar a estas personas cuando su problema médico ha sido estabilizado o resuelto y a nivel social no se cuentan con redes de apoyo por lo que regresan nuevamente a las calles y, en segundo lugar, muchas de estas personas requieren de tratamiento y control médico, pero debido a la ausencia del seguro social no pueden continuarlo, la situación deviene entonces, en un círculo vicioso: es común que a los pocos días de haber abandonado el hospital se presenten nuevamente y puede ser que con el problema de salud agravado.

Para tratar el problema de las adicciones de una manera más adecuada, el Servicio de Trabajo Social se ha dado a la tarea de investigar en esta temática, poniendo especial énfasis en el tratamiento y la rehabilitación. Ello con el propósito de que la intervención profesional que se realice tenga un efecto positivo en la población que es atendida en el hospital y que presenta esta problemática.

Por otra parte, la jefatura del Servicio, ha realizado un importante esfuerzo por establecer alianzas y coordinaciones con instituciones públicas y privadas (Instituto Mixto de Ayuda Social, Municipalidad de San José, CCSS, Organizaciones no Gubernamentales) con el objetivo de ofrecer una red de apoyo efectiva a las personas que luego de nuestra intervención profesional, se manifiesten dispuestas a seguir un tratamiento para rehabilitarse. Es dentro de este marco que se plantea el presente artículo.

Además, pretende hacer un llamado a la discusión y reflexión sobre el tema de las adicciones, que se discuta la verdadera dimensión del problema y su impacto en los servicios de salud de los hospitales y clínicas de la Caja, sería un avance para que sea abordado con la integralidad que esta problemática demanda.

1. MARCO CONCEPTUAL

Según el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA, 2005) drogas son todas aquellas sustancias de origen natural, sintético o semi sintético, que al ser ingeridas por una persona pueden producir cambios fisiológicos, psicológicos o de la conducta. Son productos químicos que afectan el sistema nervioso central, alterando el pensamiento de la persona que abusa de los mismos, su estado de ánimo y sus conductas y es además susceptible a crear dependencia ya sea

psicológica, física o ambas. (Beck, 1993).

Hay algunas drogas que sirven para tratar, prevenir, diagnosticar o aliviar enfermedades y sus síntomas, a éstas se les llama popularmente "medicamentos o fármacos".

Es posible clasificarlas de la siguiente forma:

1. Según los organismos judiciales se clasifican en: controladas, no controladas; legales, ilegales; lícitas e ilícitas.
2. Las industrias lo hacen de acuerdo a su uso: medicamentos, alimentos, etc.
3. Se denominan por su origen: naturales, sintéticas o semi -sintéticas.
4. Desde la perspectiva clínica del fenómeno adictivo, se clasifican según su efecto sobre el Sistema Nervioso Central (NSC).
5. Otra clasificación es según sus propiedades farmacológicas (IAFA, 2005).

La tercera edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, de la Asociación Americana de Psiquiatría, describe 10 categorías de sustancias psicoactivas: 1) alcohol; 2) anfetaminas o agentes simpático miméticos similares; 3) cannabis; 4) cocaína; 5) alucinógenos; 6) inhalantes; 7) nicotina; 8) opiáceos; 9) fenhípnóticos o ansiolíticos; y 10) sedativas como los hipnóticos o ansiolíticos (Beck, 1993:20).

Cada una de estas sustancias tiene propiedades y efectos únicos. Algunas actúan como depresoras del sistema nervioso central, otras son estimulantes y otras tienen efectos alucinógenos (IAFA, 2005).

Para efectos del presente artículo y desde la perspectiva de nuestra práctica profesional nos interesa describir las sustancias psicoactivas que afectan el sistema nervioso central.

1.1 Drogas depresoras del sistema nervioso central

1.1.1 El alcohol

Dentro de la categoría de las drogas depresoras la más utilizada es el alcohol. El alcohol es una droga lícita aunque su consumo se encuentra restringido para mayores de 18 años. Constituye un depresor del sistema nervioso central, que se encuentra en cantidades

importantes en bebidas fermentadas como la cerveza, vinos, *chicha* y en destiladas como el *guaro*, ron, vodka, whisky, ginebra y en medicamentos para la tos (IAFA, 2005).

El alcohol es simultáneamente una sustancia química, un brebaje y una droga que modifica intensamente el funcionamiento del sistema nervioso (Beck, 1993: 23). Actúa en el cerebro como anestésico general, interfiriendo sutilmente con algunas funciones como el pensamiento, el razonamiento y el juicio. A medida que la concentración de alcohol en sangre va aumentando, los efectos se hacen más intensos hasta que, incluso se afecta la función motriz básica.

Afecta casi todos los órganos del cuerpo ya sea directa o indirectamente. Si el abuso es crónico, el alcohol puede causar serios daños en el hígado, el páncreas, el tracto gastrointestinal, el sistema cardiovascular, el sistema inmunológico, el sistema endocrino y el sistema nervioso.

Asimismo, el abuso del alcohol produce deterioro de áreas vitales como las relaciones interpersonales, familiares, laborales y /o educativas, económicas, recreativas, espirituales, psicológicas y físicas.

1.1.2 Sustancias inhalables

Los inhalantes son sustancias volátiles aparentemente inofensivas que los niños y jóvenes utilizan para drogarse. Entre ellos podemos encontrar el corrector líquido, aerosoles, varias pinturas, thinner, gasolina, pegamentos industriales, botellas de butil o nitrato de amyl conocidos como "popers" o "rush", acetona, laca para el cabello, esmaltes para uñas y otros artículos domésticos (IAFA, 2005).

Aunque su composición es diferente, casi todos los inhalantes de los que se abusa, producen efectos similares a los que producen los anestésicos, es decir, desaceleran las funciones del cuerpo. Cuando se inhalan por la nariz o la boca, en concentraciones suficientes, pueden causar efectos intoxicantes. La aspiración de cantidades muy concentradas de estas sustancias (disolventes o aerosoles) puede ser causa de insuficiencia cardíaca o incluso puede provocar la muerte (Lara, Medina, Romero, 1998).

Otros efectos irreversibles que ocasiona la inhalación de disolventes, se relacionan con la pérdida

de la audición (tolueno y tricloroetileno); neuropatía periférica o espasmos de las extremidades (hexano y óxido nitroso); lesiones del sistema nervioso central o del cerebro (tolueno y sustancias adhesivas) y daño a la médula ósea (benceno) (Sin drogas, 2005).

Físicamente su consumo puede ocasionar: dificultad al hablar, pérdida de inhibiciones, pérdida de coordinación, sensación de ebriedad, náusea, vómitos, distorsión de la percepción. A nivel conductual se presenta, inestabilidad en su comportamiento, situaciones de alegría, cansancio, pérdida del apetito, falta de concentración, confusión, trastornos de la percepción, alucinaciones, desorientación, comportamiento violento y dependencia psicológica a la sustancia que se inhala (Sin drogas, 2005).

1.1.3 Benzodiazepinas

Son drogas lícitas que se dan bajo prescripción médica, para el tratamiento de la ansiedad o para inducir el sueño. Se pueden encontrar en las farmacias. Los más comunes son el diazepam, valium, loracepán (IAFA, 2005). Entre los efectos que produce el consumo de estas drogas se encuentran, torpeza al hablar; pasos vacilantes y desorientación (Salud hoy, 2005). En dosis fuertes producen un deterioro de la memoria, depresión emocional y cardiovascular. También pueden producir vértigo, confusión, letargo y somnolencia. Sus síntomas son similares a los de la ebriedad producida por el alcohol (IAFA, 2005). Los cambios que producen en el comportamiento se relacionan con agresividad y ansiedad.

1.1.4 Opio

El opio procede del látex seco que se extrae por corte en las paredes de la cápsula de la adormidera (planta conocida con el nombre de amapola). Su uso es extendido en los países del Oriente medio y de Asia (Egipto, China, países árabes, etc.) De ahí se ha extendido a los países de Europa y América. (Botanical, 2005).

Hay tres maneras de consumirlo:

- Como producto para fumar "Chandoo": requiere una manipulación que pasaría por secar el producto, disolverlo y someterlo a un proceso de fermentación. Este uso es la forma más usual de consumo.
- También puede ingerirse sin transformarse en "Chandoo", tal como ocurre en los países musulmanes.

- A veces se llega a comer directamente la planta.

1.1.5 Derivados del Opio

1.1.5.1 La morfina: Es una sustancia formada por cristales incoloros o cristales blanquecinos. Se utilizó durante la guerra franco-prusiana en el siglo XIX para combatir el dolor. Posteriormente, su uso se hizo extensivo, principalmente como potente analgésico en medicina, pero también en casos de choque traumático o hemorragia interna. Se administra normalmente por vía intravenosa pero también puede ser ingerida (Centro de Integración Juvenil, 2005).

Entre los efectos que produce su uso continuado se destacan los siguientes: desórdenes corporales tales como, alteraciones de la tiroides y del páncreas, lesiones en los centros nerviosos, sistema respiratorio y resequedad de la piel (Centro de Integración Juvenil, 2005).

1.1.5.2 La heroína: Descubierta por síntesis a partir de la morfina en 1806, por el alemán Dreser. Inicialmente fue probada para la curación de la tuberculosis. Sus efectos son más fuertes que los que produce la morfina y la persona que consume esta droga, requiere cada vez, de dosis más elevadas y sus efectos duran muy poco. Además se presenta la necesidad de obtenerla a cualquier precio, lo que favorece el incremento de la delincuencia y del tráfico (Malpic, 2005).

1.1.5.3 La codeína: Eter derivado del opio, extraído en 1832 por el químico francés Pierre-Jean Robiquet. Con propiedades similares a la morfina aunque en menor grado y mucho menos adictiva. Se utiliza como antitusivo, antiespasmódico y sedante en forma de jarabes. Puede extraerse del opio o de la morfina (Centro de Integración Juvenil, 2005).

Estas drogas se caracterizan por crear un estado de euforia y de aislamiento respecto al mundo exterior y estarían incluidas dentro de lo que se conoce como drogas que crean dependencia. Cuando hay dependencia se observan síntomas como la necesidad compulsiva de consumo, necesidad de consumo de dosis cada vez mayores (el cuerpo se acostumbra a la droga y precisa cada vez dosis superiores) imposibilidad de prescindir de la droga, entre otros (Botanical, 2005).

El síndrome de abstinencia es tratado con la

metadona. Esta ha sido sintetizada como analgésico, a partir de la II Guerra Mundial. Es utilizada desde los años 60 para combatir la adicción a la heroína. Parece ser que su uso diario puede llevar a la curación al ser una droga que no produce el fenómeno de la tolerancia, no produce el sentimiento psicológico de euforia que ocasiona la heroína y evita el síndrome de abstinencia (Centro de Integración Juvenil, 2005).

1.2 Drogas alucinógenas

1.2.1 Marihuana

Se le ha identificado como la cuarta droga psicoactiva más popular en el mundo, después de la cafeína, la nicotina y el alcohol (Beck, 1993:24). Es un depresor del Sistema Nervioso Central.

Las consecuencias físicas observadas en las personas que consumen marihuana se relacionan con aceleración sustancial del ritmo cardíaco, ojos inyectados (de sangre), sequedad en la boca y la garganta, aumento del apetito. También se ha comprobado que reduce la capacidad de memoria y comprensión a corto plazo; altera el sentido del tiempo, disminuye la capacidad de concentración y coordinación motora. Provoca paranoia, psicosis, somnolencia. Al actuar sobre la corteza cerebral, se ven afectadas áreas que controlan la movilidad, órganos sensoriales y el comportamiento.

Entre los efectos inmediatos a nivel de cambios de conducta se ha observado que produce: euforia, desinhibición, pérdida de concentración, disminución de los reflejos, ganas de hablar y de reír descontroladamente, confusión, ansiedad, pánico y a veces alucinaciones. Entre los efectos que a largo plazo produce su consumo continuado se destacan disminución de la concentración, de la capacidad de aprendizaje, la dependencia psicológica y la tolerancia. (Salud Hoy, 2005).

1.2.2 Ácido lisérgico (LSD)

El ácido lisérgico, más conocido con el nombre de LSD, es una de las principales drogas en la categoría de los alucinógenos. Fue descubierta en 1938 y, entre las sustancias químicas que alteran el estado de ánimo, es una de las más potentes. Se fabrica a partir del ácido lisérgico, encontrado en el hongo cornezuelo. (Seguel Mario Lizama, 1994).

El LSD comúnmente llamada "ácido", se vende en forma de tabletas, cápsulas y, a veces, en forma líquida. Es inolora, incolora y tiene un sabor ligeramente amargo, suele consumirse por vía oral (Ectequia, 2005).

Los efectos del LSD son impredecibles; dependen de la cantidad ingerida, de la personalidad, estado de ánimo y expectativas de la persona que lo consume. Por lo general, la persona siente los primeros efectos de la droga de 30 a 90 minutos después de tomarla. Los efectos físicos incluyen dilatación de las pupilas, sudoración, falta de apetito, insomnio, sequedad en la boca, temblores y aumento de la temperatura corporal, la frecuencia cardíaca y la presión arterial (Fundación Azteca, 2005).

Las sensaciones y los sentimientos cambian de forma mucho más drástica que las señales físicas. Es posible que la persona que consume esta droga sienta varias emociones diferentes a la vez o que pase rápidamente de una emoción a otra. Si se toma en una dosis suficientemente alta, la droga produce delirio y alucinaciones visuales. Estos cambios pueden ser atemorizantes, causando sensación de pánico en las personas que consumen esta sustancia (Fundación Azteca, 2005).

1.3 Drogas estimulantes del sistema nervioso central

1.3.1 La cocaína

La cocaína es un potente estimulante del sistema nervioso central que produce euforia, alerta y sensación de bienestar. También disminuye la ansiedad y las inhibiciones sociales incrementando la energía, la autoestima y la sexualidad (Beck, 1993). Es una de las drogas ilegales más utilizadas. Es un alcaloide que se extrae de la hoja de coca.

Es utilizada de varias formas: se suele tomar por vía intranasal, en forma de polvo de cocaína hidroclicorada, que se puede mezclar con agua y administrar vía intravenosa (IAFA, 2005). También se puede fumar como una pasta o en forma de alcaloide. En esa forma produce su efecto en unos segundos, es la llamada cocaína crack y suele ser la forma base corriente que se vende relativamente barata. Esto la hace más accesible al presupuesto de muchos adolescentes y de personas con un bajo ingreso económico. El efecto del crack es casi instantáneo, por ello es sumamente adictiva, pro-

duciendo un deterioro sustancial del funcionamiento diario al cabo de sólo unas semanas de consumo (Beck, 1993).

1.3.2 Anfetaminas

Se obtienen a través de procesos químicos de mayor o menor complejidad. (Malpic, 2005). Entre las drogas ilícitas que se obtienen de éste tipo, la más común y utilizada, es la que se conoce con el nombre de éxtasis. Son compuestos que alteran temporalmente el estado de conciencia de una persona. Ejerce sus efectos primarios sobre las neuronas en el cerebro que usan el químico serotonina para comunicarse con otras neuronas. El sistema de la serotonina juega un papel importante en la regulación del estado de ánimo, la agresión, la actividad sexual, el sueño y la sensibilidad al dolor. (Malpic, 2005).

Los problemas que ocasiona su consumo se relacionan con los siguientes síntomas: confusión, depresión, problemas para dormir, deseo vehemente por consumir la droga y ansiedad severa. Estos problemas pueden ocurrir al momento de usarla y veces hasta varios días o semanas después (Drogas de Diseño, 2005).

Algunos de estos efectos pueden ser debidos, entre otros factores, al uso de otras drogas en combinación con el éxtasis. En dosis altas, el éxtasis puede interferir con la habilidad del cuerpo para regular la temperatura. Esto puede llevar a un aumento drástico en la temperatura corporal (hipertermia) resultando en una falla hepática, renal y del sistema cardiovascular. (Drogas de diseño, 2005).

1.3.3 Tabaco

Es una droga lícita, es estimulante del sistema nervioso central. Su principal sustancia activa es la nicotina. Además de la nicotina, contiene más de 4000 sustancias nocivas, de las cuales 40 se han identificado como causantes del cáncer en los seres humanos (IAFA, 2005).

El consumo de tabaco afecta directamente a otros, es decir cada vez que alguien fuma se liberan al aire venenos tales como el benceno, el formaldehído y el monóxido de carbono, convirtiendo a los demás en fumadores pasivos.

El humo secundario, es decir el que inhala una persona que no fuma cada vez que se encuentra alrededor de alguien que lo hace, tiene concentraciones más altas de algunos compuestos dañinos que el humo inhalado por el fumador. De acuerdo al IAFA, según estudios realizados, muestran que este humo contiene unas 40 substancias que causan cáncer, así como más concentración de alquitrán y nicotina en comparación al humo primario (IAFA, 2005).

1.3.4 Cafeína

Es una droga lícita, estimulante del sistema nervioso central, en la mayoría de las veces se encuentra concentrada en el café, chocolate, bebidas carbonatadas y bebidas energizantes. La cafeína, al igual que cualquier otra droga es adictiva y el cuerpo se adapta a su presencia (IAFA, 2005).

De acuerdo al IAFA, "dosis bajas de unos 200 mg de cafeína disminuyen el letargo y la fatiga en la mayoría de las personas. El estimulante en los músculos aumenta la habilidad del cuerpo para realizar labores agotadoras durante lapsos más largos. La misma dosis de 200 mg nos mantiene despiertos más tiempo y tiende a perturbar el sueño" (IAFA, 2005). Además, estudios realizados, sugieren que la cafeína impide la habilidad de absorción del calcio y de hierro (IAFA, 2005).

2. MARCO CONTEXTUAL: SITUACIÓN MUNDIAL Y NACIONAL SOBRE LAS ADICCIONES

2.1 Condición mundial del problema de las adicciones: algunas cifras alarmantes.

El tema del uso, abuso y/o dependencia de sustancias adictivas es un tópico que se maneja a nivel mundial e involucra estructuras económicas, políticas y sociales, ubicándolo como prioritario para la búsqueda de alternativas de solución.

Las cifras sobre el consumo de drogas y/ o alcohol son alarmantes. Según el Informe Mundial sobre las drogas del 2004 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el uso indebido de drogas es ante todo un fenómeno mundial. Algunos datos importantes se detallan a continuación:

- 134 países y territorios notificaron un problema de uso indebido de drogas en el decenio de 1990.
- Si bien el cannabis (también conocida como la marihuana) es la droga cuyo uso indebido está más extendido, la heroína y la cocaína siguen siendo las que plantean mayores problemas.
- En términos regionales, las principales drogas que requieren tratamiento son los opiáceos, en Europa, Asia y Oceanía; la cocaína, en América del Norte y del Sur; los estimulantes anfetamínicos, en partes de Asia oriental y sudoriental; y la cannabis, en África.

El siguiente cuadro presenta información recopilada por la OMS en el año 2000 respecto al tipo de sustancias principalmente consumidas:

Cuadro N. 1
Consumidores de droga en todo el mundo

Tipo de sustancia	Cantidad de personas en el mundo que la consumen
Heroína	8 000 000
Cocaína	13 300 000
Alucinógenos	25 500 000
Anfetaminas	30 200 000
Marihuana	141 200 000
Sedantes	227 400 000

Fuente: Organización Mundial de la Salud, Naciones Unidas 2000

La OMS estima que unos 180 millones de personas de todo el mundo - el 4,2% los mayores de 15 años- consumían drogas ilícitas a finales del decenio de 1990. En esa cifra se incluyen 144 millones de consumidores de cannabis, 29 millones de consumidores de estimulantes anfetamínicos, 14 millones de consumidores de cocaína y 13,5 millones de consumidores de opiáceos (de los que 9 millones eran heroinómanos). Debido al consumo de varias drogas por la misma persona, estas cifras totalizan más de los 180 millones de la estimación mundial.

Con respecto a la realidad latinoamericana, se

estima que en México de 100 millones de habitantes, un poco menos de la mitad de su población se consideran como "usuarios fuertes" de drogas ilegales (OMS, 2000). Beck y otros (1999) señalan que al menos 14 millones de estadounidenses utilizan drogas ilegales cada semana y algunos expertos indican que aproximadamente un 2.3% de personas en los Estados Unidos mayores de 12 años tiene un problema grave de adicción a sustancias ilegales, lo que convierte al abuso de sustancias en un problema social y legal significativo.

Otro aspecto importante con respecto a estas nuevas tendencias es la creciente incorporación de las mujeres jóvenes al consumo de alcohol. Existe una equivalencia en las tasas de consumo de alcohol entre los sexos en las edades de 15 a 17 años. Una realidad preocupante la constituye la evidente precocidad en los consumos de tal modo que en España el 36,3% de los adolescentes (una población de 3.400.000 menores) ha probado el alcohol antes de cumplir los 16 años. (Observatorio Español sobre drogas, 2000).

A pesar de estos datos, persiste una gran tolerancia social ante el consumo de alcohol, y una escasa percepción del riesgo del mismo, lo que dificulta la aplicación de estrategias dirigidas a su prevención.

Según los últimos datos disponibles por la OMS, las actuales generaciones de jóvenes se inician antes en el hábito de fumar, con un porcentaje apreciable que ha probado esta sustancia antes de los 14 años.

2.2 Consecuencias a nivel mundial del abuso o la dependencia de las drogas

El impacto del problema de las adicciones se puede evidenciar en diversos ámbitos, especialmente a nivel económico, donde se ha estimado que las pérdidas relacionadas con las adicciones, equivalen a 17 000 millones de dólares al año. (OMS, 2000).

El abuso de sustancias es también un problema social y legal muy grave: "La utilización de drogas ilegales puede ser responsable de más del 25% de los crímenes contra la propiedad y un 15 % de los crímenes violentos" (Beck y otros, 1999: 13). Entre estos crímenes se puede señalar delitos tan graves como los asesinatos relacionados al tráfico de drogas, en donde el 14% de los homicidios que se cometen están muy relacionados con éste.

La lucha a nivel internacional contra la distri-

bución y el consumo de las drogas se ha constituido en un trabajo arduo, en donde tanto organizaciones estatales como no gubernamentales idean y ejecutan estrategias para frenar este problema mundial, sin embargo no se ha logrado aún erradicar en su totalidad.

Diversas investigaciones evidencian que se han disminuido notablemente el tráfico de sustancias ilegales en países en donde anteriormente el narcotráfico era una de las actividades principales, como por ejemplo en Bolivia, Pakistán, Perú, Colombia, Tailandia y Vietnam (ONU, 2000).

El Informe Mundial sobre Drogas Ilícitas del año 2000, registró una reducción de la producción mundial de cocaína y heroína, lo cual puede brindar nuevas esperanzas a personas e instituciones enfocadas a enfrentar el consumo de drogas ilícitas.

En lo que respecta a los países latinoamericanos, las Naciones Unidas destacan una importante reducción del cultivo de la coca en Bolivia, lo que según la ONU (2000) se debe a programas de desarrollo alternativo.

Al mismo tiempo el Informe Mundial sobre Drogas Ilícitas indica que más países dan cuenta de decomisos de drogas ilícitas en las rutas de tránsito utilizadas para este tipo de tráfico. Afganistán y Birmania producen entre ambos casi el 90 por ciento del opio que se elabora ilegalmente en todo el mundo, y Colombia es responsable de dos tercios de la producción ilegal de la hoja de coca.

Evidentemente se puede determinar cómo persisten grandes desafíos en el camino, aunque el tráfico de drogas disminuye, cada vez son más las personas con problemas serios de adicciones a sustancias psicoactivas y especialmente a aquellas que son legalmente permitidas como el alcohol y el tabaco.

El problema mundial de las adicciones debe ser estudiado y comprendido desde una perspectiva holística, incorporando los múltiples factores biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos que se relacionan con este problema. Ante este panorama es importante reflexionar acerca de las medidas que se deben de tomar tanto a nivel público como privado, para brindar una respuesta eficiente al problema de las adicciones.

2.3 Situación de las adicciones en Costa Rica: alcances y limitaciones

En el ámbito nacional, en materia de adicciones, se ha establecido como ente rector el Instituto sobre Alcoholismo y Fármacodependencia (IAFA, 2005). Ésta institución gubernamental intenta brindar una respuesta a la problemática de las adicciones en Costa Rica, mediante el desarrollo de una labor de investigación, prevención, tratamiento y rehabilitación de las personas adictas. Lo anterior lo lleva a cabo a través de organizaciones regionales que están ubicadas en distintas zonas del país, las cuales realizan numerosas acciones de promoción para prevenir las adicciones a nivel educativo y promocional.

La filosofía de esta Institución es la prevención integral, entendiendo que para atender un problema complejo, se requiere de un proceso que motive en las personas la afirmación y el desarrollo personal y social, para la formulación de un proyecto de vida basado en opciones y alternativas constructivas. (IAFA, 2005). En este sentido se indica que la prevención integral asume la adicción como un producto cultural, por lo que despliega su acción allí, donde el problema tiene sus raíces. En el escenario de los hábitos, las costumbres y prácticas sociales que definen la cotidianidad de individuos y grupos.

Por tanto, se afirma que la prevención integral parte de una visión comprensiva y actuante del problema de las adicciones. Se apoya en la participación ciudadana y la movilización de redes de afecto y solidaridad; siendo ésta una perspectiva que hace énfasis en el fortalecimiento de las potencialidades de las personas, tendientes a reducir su vulnerabilidad y ampliar su capacidad de respuesta autónoma frente a los factores de riesgo y principales problemas asociados.

No obstante, pese a los logros e intenciones hasta ahora planteadas para brindar respuestas efectivas al problema de las adicciones en el país; existen algunas situaciones que han limitado el accionar del IAFA, especialmente en lo que se refiere a recortes en inversión y políticas de mercadeo conducentes a aumentar el consumo, por parte del gobierno.

En resumen el problema de las adicciones no ha sido visto como prioritario en la asignación de recursos y el establecimiento de programas eficaces para su prevención y tratamiento.

2.3.1 Situación nacional sobre el problema de las adicciones:

Actualmente se considera que las adicciones (consumo de sustancias que producen dependencia) constituyen uno de los principales problemas de salud pública en el país, al ser de gran magnitud y trascendencia social.

Según el IAFA (2005) en Costa Rica la preocupación por el estudio de los problemas asociados con las adicciones, en particular el alcohol, data de finales de la década de los años sesenta. Para esta Institución, la gravedad de las adicciones se encuentra determinada por la alta frecuencia del uso de drogas y sus consecuencias para la salud integral, ya que ocasiona un detrimento en el desarrollo psicosocial, emocional, relaciones familiares, desempeño social, académico y laboral; así como en la estabilidad económica.

El IAFA ha realizado cinco estudios nacionales sobre consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas, el más reciente corresponde al año 2000, los datos brindan un acercamiento en la problemática destacando la magnitud y el impacto social de las adicciones.

A partir de este estudio se concluye que:

La tercera parte de las y los costarricenses consideran las adicciones como el segundo problema nacional más importante; percepción que aumentó en casi diez puntos en los últimos cinco años, identificándose el "crack", la cocaína y la marihuana como las drogas más peligrosas.

Existe un aumento sustancial en la producción de bebidas no destiladas, entre las cuales la cerveza representa más del 90%; indicando que la disponibilidad de las bebidas alcohólicas es cada vez mayor, produciéndose un aumento del consumo y por ende de las consecuencias asociadas al mismo. La prevalencia de bebedores excesivos y alcohólicos en el año 2000 mantuvo prácticamente los índices presentes en 1995; predominando igualmente los hombres en el consumo del alcohol.

Se ha observado un aumento en el consumo de tabaco, especialmente en el número de fumadores nuevos; y una disminución en los consumidores activos; lo cual se considera una consecuencia de los programas de prevención.

De acuerdo a las estadísticas, la edad de inicio en el fumado continúa siendo un tema de profunda preocupación; los hombres continúan siendo el grupo de mayor consumo; a pesar de que a partir del año 1995 mayor cantidad de mujeres refieren haber iniciado entre los 13 y 15 años.

En cuanto al consumo de drogas ilícitas, la mayor parte de la población corresponde fundamentalmente a los hombres, ya que en las mujeres, el consumo de marihuana, "crack" y cocaína no supera el 8% del total de consumidores.

Según los datos del estudio, en comparación con el año 1995 (estudio anterior), la prevalencia general del consumo de marihuana ha mostrado una reducción discreta; debido a que la edad promedio de inicio en su consumo, en el año 1995 fue de 18,5 años y en el año 2000 se situó en los 17,7 años. Se indica que no se encontraron diferencias de género en la edad de inicio, en cambio los hombres sobrepasaron ampliamente a las mujeres en el consumo habitual.

Los consumidores recientes de marihuana son, predominantemente, varones solteros y con estudios primarios o secundarios (88,3%); se considera que la probabilidad de hallar un consumidor reciente de marihuana es mayor entre individuos con ingresos altos que entre personas de ingresos medios o bajos.

En cuanto a los consumidores de cocaína la edad promedio de inicio en el consumo es de 22.1 años. Se indica que los consumidores de alguna vez (experimentales) son, en su gran mayoría personas que residen en áreas urbanas o urbano marginales con bajos ingresos económicos, a diferencia de los consumidores activos que corresponden a personas con ingresos altos.

De los consumidores experimentales entrevistados nueve de cada diez son varones, solteros o en unión libre, la mayoría tiene estudios universitarios y por lo general se ubican en el sector secundario. Por otra parte los consumidores activos de cocaína son en su mayoría varones solteros con una escolaridad máxima de secundaria, la mitad de ellos con actividad laboral ubicada dentro del sector terciario.

Las provincias que agrupan la mayor cantidad de consumidores recientes son Guanacaste, San José y Heredia.

La evolución del consumo de "crack" en Costa Rica ha ido en aumento, la edad promedio de inicio en su consumo es de 24,4 años; en hombres, es de 24,3, mientras que en mujeres es de 25. Los consumidores experimentales y activos de crack son esencialmente varones en unión libre, que residen en áreas urbanas o urbano marginales. Seis de cada diez personas entrevistadas tienen algún año aprobado de estudios secundarios y se desempeñan laboralmente en el sector secundario de la economía.

Según el IAFA, las y los entrevistadores que participaron en la elaboración de las encuestas coinciden en que los lugares con mayor cantidad de personas en estados de intoxicación por abuso de sustancias ilícitas son: Cartago, Ciudad Neilly y los barrios: Cristo Rey, López Mateos, Pavas, y Roosevelt en Limón.

2.3.2 Impacto del problema de las adicciones en la salud pública

Sin lugar a dudas, el impacto social de la problemática de las adicciones abarca distintos niveles. Para analizar su magnitud en el ámbito de la salud pública, a continuación se proporcionan algunos indicadores, a partir de información recabada por el IAFA (2005):

2.3.2.1 Egresos hospitalarios: En 1994 ocurrieron 2.595 egresos de centros hospitalarios públicos y privados asociados con el consumo de drogas. En 1995, el total de egresos por consumo de alcohol y otras drogas, provenientes del sistema hospitalario nacional y ONG fue de 7.447. Es importante destacar, que la mayoría de estos egresos carecen de atención específica en rehabilitación, por lo que se puede inferir que su condición de salud seguirá deteriorándose al continuar con el mismo estilo de vida, lo que seguramente repercutirá en nuevos ingresos hospitalarios.

2.3.2.2 Accidentes: Cinco de cada diez muertes violentas son consecuencia de accidentes de tránsito, 46% de los conductores que fallecieron en el lugar de los hechos tenía alcoholemia positiva y la proporción de alcoholemias positivas entre las víctimas que murieron atropelladas fue muy similar. En las muertes por otro tipo de accidentes se detectó consumo de alcohol en el 27% de los casos. De 45 mil accidentes, ocurridos en 1994, 1.077 fueron por ebriedad del conductor.

2.3.2.3 Homicidios: En fallecimientos por homici-

dio se conoce que el 40% de las víctimas estaba bajo efectos del alcohol.

2.3.2.4 Suicidios: En 1996, de los casos de posible suicidio estudiados durante el mes de mayo por el Organismo Médico Forense, un 6.5% presentaba alcoholemia positiva.

2.3.2.5 Defunciones: Durante el primer semestre de 1991 se produjeron 57 defunciones por alcoholismo o enfermedades asociadas. La mayor parte de ellas tenían como causa más frecuente "daño hepático alcohólico no especificado" y "síndrome de dependencia al alcohol". Los decesos atribuidos al consumo de tabaco representan el 7% de todas las muertes ocurridas en Costa Rica en 1993. Además, se debe considerar a los pacientes con enfermedades crónicas respiratorias, tales como enfermedad obstructiva crónica, enfisema pulmonar, asma o bronquitis aguda, que en un número importante requieren medios de soporte en el domicilio, como oxígeno suplementario, aumentando, de esta manera, los costos hospitalarios y generando otro tipo de problemas a nivel socio familiar que influyen en la calidad de vida.

2.3.2.6 Atenciones de centros de tratamiento: El IAFA brindó 12.142 atenciones. La consulta externa del IAFA en conjunto con los Hogares Salvando al Alcohólico y los Centros de Rehabilitación de Alajuela y Cartago, ofrecieron 10.000 atenciones. Siendo el porcentaje de recaídas superior al 50%, según informó la Dra. Julia López, funcionaria del IAFA.

De acuerdo a estudios de prevalencia en población nacional: datos de la encuesta nacional de 1995 revelan una prevalencia vitalicia de consumo de tabaco del 35.2% y de psicofármacos por auto prescripción de 2.2%.

2.4 Impacto en el Hospital San Juan de Dios

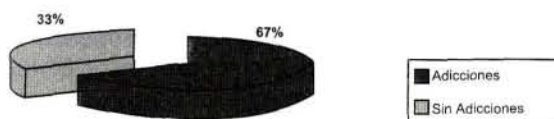
Debido a la ubicación geográfica del Hospital San Juan de Dios y las características sociodemográficas de su población, Trabajo Social interviene con personas que mayoritariamente presentan situaciones de pobreza y problemas sociales relacionadas con ella, como lo es el desempleo, carencia de vivienda, bajo índice de escolaridad y alto consumo de sustancias psicoactivas.

En el primer semestre del año 2005, de la población atendida por el servicio de Trabajo Social el

67%, presentaba problemas de adicciones, como se ilustra en el gráfico N1:

GRÁFICO N. 1

Población en Condición de Abandono Social según problemas de adicción atendida por Servicio de Trabajo Social del Hospital San Juan de Dios Del 1 de enero al 16 de mayo de 2005



(1) N = 52 pacientes

Fuente: Informes Sociales realizados por Trabajadores Sociales HSJD. 2005

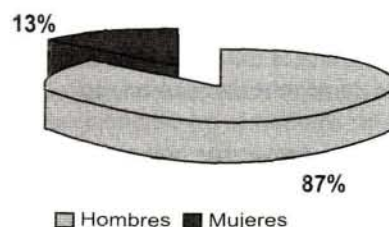
Dicha población se encuentra en alto riesgo social, debido a que no forman parte del mercado laboral, presentan baja escolaridad, no cuentan con acceso a los servicios de salud, conformando el grupo poblacional con características de indigencia y con mayor vulnerabilidad de adquirir enfermedades infecto contagiosas (tuberculosis y VIH-SIDA), poniendo en riesgo la salud pública.

A continuación se presenta el perfil social y las características socio-demográficas de la población atendida por el Servicio de Trabajo Social en el Área de Medicina de Hombres, Programa de Atención Social a Personas VIH/SIDA y/o con Tuberculosis, en el período comprendido entre Enero y Abril del 2005 y que presentaron problemas relacionados con el abuso de drogas.

Respecto a la distribución por sexo de la población, el 87% corresponde a hombres frente a un 13% de mujeres. Esto para un total de 91 personas atendidas, tal como se muestra en el siguiente gráfico.

GRÁFICO N. 2

Porcentaje de personas atendidas con problemas de adicción, según sexo, Enero-Abril del 2005



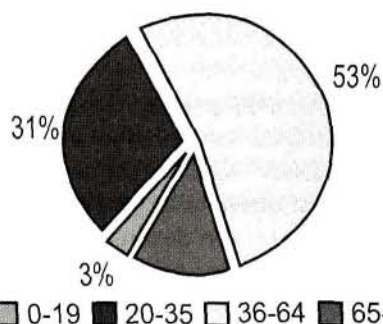
Fuente: Informes Sociales realizados por Trabajadores Sociales HSJD. 2005

El grupo etéreo con mayor cantidad de personas, se ubica en el rango de 36 a 64 años, con un 53%. Le sigue el de aquellos que igualmente pueden considerarse en edad económicamente productiva, es decir los comprendidos entre los 20-35 años, con un 31%.

En el siguiente gráfico, es necesario prestar atención al grupo de adultos mayores. Aunque hoy día está representando apenas un 13% de los casos, se podría esperar que las patologías médicas y sociales se tornen más complejos en el corto plazo si los grupos anteriores no son atendidos de una manera integral. Además se debe reconocer que en la mayoría de los casos reportados de adultos mayores aunque en el momento de la atención no presentaban problemas de adicción, sus diagnósticos médicos estaban relacionados a su historial de abuso de sustancias adictivas. Por ejemplo, se atendieron personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), cardiopatías hipertensivas, padecimientos hepáticos, entre otras.

GRÁFICO N. 3

Distribución por edad de las personas atendidas con problemas de adicción, Enero-Abril 2005



Fuente: Informes Sociales realizados por Trabajadores Sociales HSJD, 2005

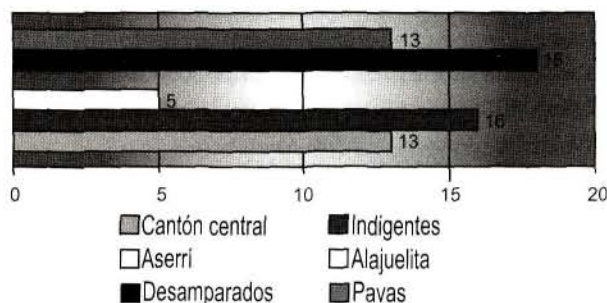
Con relación al lugar de procedencia se refleja como algunos cantones del área de atracción directa del Hospital siguen presentando los mayores casos de problemas sociales. Si se observa el siguiente gráfico se notará como de un total de 91 personas atendidas, la mayoría residen en Desamparados con 18 casos, que representan el 20% del total. Alajuelita y Pavas cuentan con un porcentaje de 14% cada uno.

En el cantón central un 14% de los casos registrados evidenciaron conductas de deambulación de acuerdo a las valoraciones sociales realizadas por las profesionales. Por lo tanto se halla un total de 28% de

las personas indigentes o con características similares, tal y como se puede observar en el siguiente gráfico,

GRÁFICO N.4

Procedencia de las personas atendidas con problemas de adicción, Enero-Abril 2005.



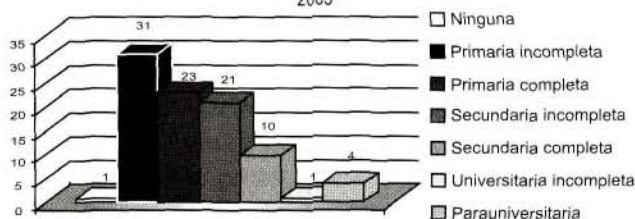
Fuente: Informes Sociales realizados por Trabajadores Sociales HSJD, 2005

en lo que respecta al nivel educativo de las personas atendidas con problemas de adicción, se evidencia un bajo grado de escolarización, lo que significa un obstáculo mayor para la intervención debido a problemas de lecto escritura o dificultad para la abstracción asociado a un pensamiento sumamente concreto. Esta situación conlleva al establecimiento de planes de intervención social para el abordaje del problema de las adicciones que se adapten a las necesidades de la población beneficiaria de los servicios de salud.

Del total de 91 casos registrados, 31 personas cuentan con primaria incompleta lo cual les dificulta el desempeño laboral y general. La situación es similar con los siguientes dos grupos, pues 23 personas cuentan con primaria completa y 21 con estudios de secundaria incompleta. Esto para un 34%, 25% y 23% respectivamente. Del último grupo señalado la mayoría terminó apenas el séptimo u octavo nivel por lo cual su nivel académico es equiparable al del segundo grupo.

GRÁFICO N.5

Escolaridad de las personas atendidas con problemas de adicción, Enero-Abril 2005



Fuente: Informes Sociales realizados por Trabajadores Sociales HSJD, 2005

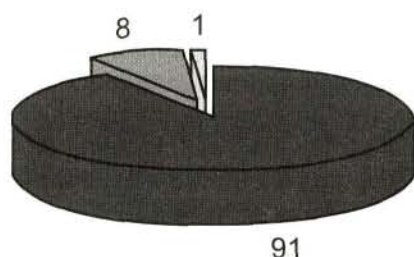
Lo anterior se constituye en un reto para el personal de salud, y en especial a Trabajo Social, para diseñar propuestas de intervención que respondan de

manera eficiente a su realidad, relacionada con la baja escolaridad. Ante esta situación se deberán utilizar estrategias de acuerdo a la condición educativa, situación socioeconómica y otras características que definen el perfil de la población usuaria. Para señalar un ejemplo, si se piensa en un enfoque de terapia cognitivo-conductual, resulta indispensable adecuar las técnicas de intervención a su condición educativa, de manera que contribuya a que estas personas finalicen los procesos terapéuticos.

Otro criterio importante a tomar en consideración con respecto al perfil social de las personas atendidas, es el que refiere a su nacionalidad.

GRÁFICO N.6

Nacionalidad de las personas atendidas con problemas de adicción, Enero-Abril 2005.



Fuente: elaboración propia. 2005

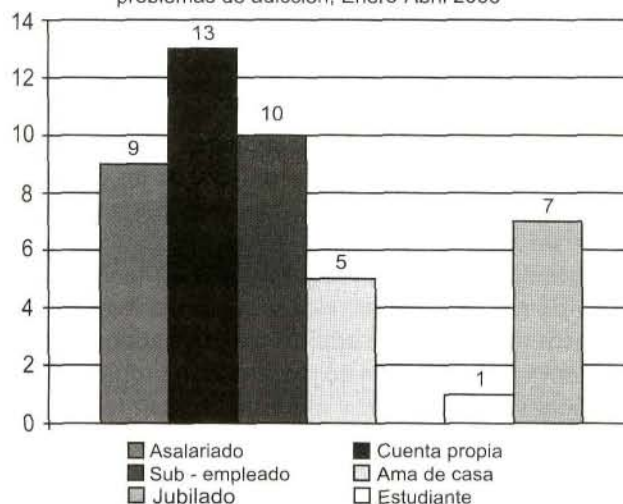
En el gráfico se evidencia que el 91% de los casos responde a costarricenses y un 8% de personas nicaragüenses. Esta información se convierte en un elemento fundamental en las acciones de sensibilización que se proponen con el resto del personal de salud, pues se puede reestructurar percepciones distorsionadas que se relacionan con prejuicios culturales.

Así, para Trabajo Social esta labor permitiría alimentar el proceso de valoración social y establecimiento de planes de tratamiento teniendo en cuenta la situación migratoria de las personas beneficiarias de los servicios.

En el ámbito económico los resultados obtenidos se reflejan en el siguiente gráfico:

GRÁFICO N.7

Estatus ocupacional de las personas atendidas con problemas de adicción, Enero-Abril 2005



Fuente: Informes Sociales realizados por Trabajadores Sociales HSJD. 2005

Como se observa el panorama sigue presentando coherencia con la problemática social asociada al abuso de drogas. Por ejemplo, destaca que más de la mitad de los casos registrados en el periodo en cuestión, responden a personas sin ocupación (51% para un total de 46 casos). El resto se ubica en el sector informal. A manera de ilustración el 14% de las personas se dedican a labores por cuenta propia y el 11% se encuentran subempleadas.

En el grupo de personas asalariadas (que representa otro 10% de los casos) la totalidad desarrolla labores manuales. No se registraron personas que ejecuten labores profesionales. Además cuando los ingresos económicos no son destinados a la adquisición de sustancias adictivas, los salarios del grupo familiar les permiten apenas satisfacer las necesidades básicas para la subsistencia, lo cual conlleva no solo a la persona, sino a su grupo familiar, a situaciones de pobreza y pobreza extrema, desencadenándose otros problemas sociales, esto especialmente cuando la persona adicta es la principal fuente de ingresos.

En las valoraciones sociales efectuadas por las profesionales en Trabajo Social se evidencia incapacidad significativa para la satisfacción de las necesidades básicas y axiológicas no solo de las personas que abusan de drogas sino también, de sus familias.

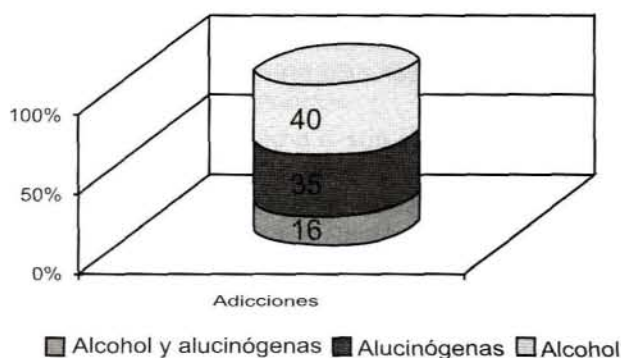
Aunque no se presenta el dato exacto sobre la cobertura del seguro social en la población atendida; se refleja que la mayoría requirió algún tipo de trámite

para afiliarse al sistema de salud pública, lo que implica políticas sociales de orden asistencial que brinden una respuesta a estas demandas (por ejemplo a través del otorgamiento del seguro por el Estado).

Finalmente, un elemento necesario a tomar en cuenta es la distribución de los casos según el tipo de droga de la cual abusan o dependen.

GRÁFICO N.8

Adicciones presentes en las personas atendidas, Enero-Abril 2005.



Fuente: Informes Sociales realizados por Trabajadores Sociales HSJD. 2005

Del total de 91 personas atendidas se tiene que 40 consumen solamente alcohol para un 44%, siendo éste el mayor porcentaje. Posteriormente, las que abusan de sustancias alucinógenas abarca una cantidad de 35 pacientes para un 35% y finalmente un 18% que consumen ambos tipos de drogas para un total absoluto de 16 personas.

En este aspecto la tipología está distribuida de manera similar y brinda elementos prácticos para el desarrollo de la intervención social dirigida fundamentalmente al establecimiento de alianzas estratégicas con otras entidades, de manera que se fortalezca la red terciaria de apoyo a esta población. Mediante la caracterización anterior se corrobora la complejidad de esta problemática en este Hospital. Sin embargo, se podría afirmar que el panorama no dista mucho de la situación en general, por lo cual se espera que sirva como aporte para la reflexión profesional en sentido amplio.

3. ASPECTOS TEÓRICOS DEL TRATAMIENTO PARA EL ABORDAJE DE LAS PERSONAS CON ADICCIÓN A LAS DROGAS

Al considerar las adicciones como una enfermedad crónica, es preciso considerar la implementación de un tratamiento cuyo abordaje se lleve a cabo de una manera integral, al tomar en cuenta el estado físico de la persona y la severidad de la dependencia, los recursos internos para enfrentar la situación, así como la disponibilidad de la familia y otras redes de apoyo.

En el abordaje se deben tener presente dos tipos de acciones:

Estabilización del síndrome dependiendo del tipo de droga que se trate y la valoración médica que se realice.

Detección y manejo de la problemática asociada ya sea socio familiar o de otro tipo. Asimismo éste, debe ir encaminado a cambiar el hábito de dependencia a las drogas por otros estilos de vida nuevos. Se necesita que tanto la persona adicta como su familia, participe de forma activa en un programa; cuyo objetivo sea la abstinencia total y el cambio en el estilo de vida, aprendiendo a afrontar problemas que le permitan dar una salida a su experiencia con las drogas.

De acuerdo a Graña Gómez (1994), el proyecto de dejar las drogas consta de varias etapas:

Admitir que uno tiene problemas con las drogas y decide abandonarlas; muchos adictos carecen de una motivación clara para superar la dependencia y tratamiento, ya sea, por presiones familiares, por enfermedades asociadas al consumo de drogas, por problemas legales o simplemente para superar el síndrome de abstinencia.

Dejar de consumir drogas totalmente, esta etapa trae consigo molestias físicas que el adicto tiende a amplificar dependiendo de la intensidad de los síntomas de abstinencia; creencias y expectativas que mantiene acerca del tratamiento.

Producir cambios en el estilo de vida que le permitan adaptarse al ámbito familiar, social, laboral y comunitario. Tiene que adquirir nuevas habilidades y recursos para consolidar un nuevo estilo de vida sin drogas.

Afrontar problemas de vida diaria, crisis y recaídas. Tiene que consolidar sus logros terapéuticos para mantener su proyecto personal de cambio.

A su vez, Graña Gómez (1994) propone 3 fases para el tratamiento:

Primera Fase:

Se da durante las tres primeras semanas de tratamiento y comprende:

- Superar el síndrome de abstinencia.
- Dejar de consumir drogas psicoactivas.
- Normalizar el funcionamiento cotidiano.
- Romper cualquier contacto que guarde relación con el mundo de la droga.
- Entrenar a la familia a prevenir el consumo de drogas.

Segunda Fase:

Ocurre en los meses primero, segundo y tercero del tratamiento.

En esta fase se pretende:

- Mantener la abstinencia inicial.
- Plantear y fortalecer el proceso de cambio.
- Iniciar la deshabituación psicológica.
- Modificación del estilo de vida.
- Iniciar la terapia grupal conductual y la intervención familiar.

Tercera Fase:

Dura desde el tercer mes hasta el noveno y los objetivos son:

- Fortalecer los aspectos terapéuticos enumerados previamente.
- Continuar con la deshabituación psicológica y la modificación del estilo de vida, la terapia de grupo y la familiar.
- Abordar la prevención de recaídas.

4. ANÁLISIS DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL

El Servicio de Trabajo Social está organizado internamente por áreas: Medicina, Cirugía, Gineco obstetricia, Recursos Humanos, Psiquiatría y Salud Mental, con el objetivo de especializar la atención profesional para brindar la prestación de servicios a la población.

Así, el análisis que se realizará se ubica en el Área de Medicina de hombres y en Emergencias del Hospital San Juan de Dios. Por cuanto, los casos de internamiento son valorados inicialmente desde su primer contacto con el nosocomio, requiriendo de coordinación interna para el respectivo seguimiento social.

Cabe aclarar que el Servicio de Trabajo Social no es una entidad aislada del Hospital, por lo tanto, su quehacer debe observarse a la luz de las interacciones con otros Servicios y profesiones involucradas en la atención de las personas.

Es a partir de esos elementos del contexto, que la intervención social contribuye en el abordaje integral del problema de las adicciones, o bien, se enfrentan múltiples obstáculos que limitan la oferta de servicios en detrimento de la recuperación de los y las pacientes. A continuación, se ordenan algunos de ellos, de acuerdo a categorías que puedan facilitar su análisis.

4.1 En el ámbito de hospitalización

La intervención esperada por otras disciplinas en el tema de farmacodependencia, se dirige al egreso nosocomial una vez que la patología médica ha sido resuelta en la mayoría de los casos. El objetivo perseguido por el personal médico en general es la ubicación post-egreso a un centro que atienda esta población o el retorno del o la paciente a sus condiciones anteriores de vida que puede ser incluso, nuevamente la calle.

Se pretende que la profesional en Trabajo Social logre reubicar a la persona a la menor brevedad posible, lo que produce limitantes de tiempo para desarrollar de manera completa todo el proceso de intervención individualizada dirigida al cambio, ya sea de orden socioeducativo y/ o terapéutico.

Inclusive, en muchas ocasiones, cuando se solicita la valoración social, el paciente se encuentra enfrentando el síndrome de abstinencia y no está por tanto, en condiciones óptimas para lograr una entrevista, y mucho menos para seguir procedimientos que exigen una valoración social completa.

Asimismo, el tiempo que se invierte en establecer comunicación con los centros especializados es prolongado, lo cual implica para la profesional en Trabajo Social gran dedicación en estas acciones, obstaculizando la gestión de otras estrategias de intervención que puedan tener resultados favorables. Entre estas opciones pueden citarse: procesos terapéuticos, socioeducativos dirigidos al paciente y sus redes de apoyo.

En aquellos casos de personas atendidas en el Servicio de Emergencias durante los fines de semana, y que no ameritan internamiento, éstos son egresados sin recibir la intervención de Trabajo Social. Lo anterior limita que se realice un perfil social del paciente para determinar si es poli consultante o no, y las consecuencias en uno u otro sentido.

Al no ser referido al Servicio de Trabajo Social no es posible brindar seguimiento social al caso en

Consulta Externa, lo cual podría contribuir en la prevención de nuevos ingresos por motivo de adicciones. De igual manera, no se presenta la posibilidad de brindarle orientación sobre los centros especializados donde solicitar atención por sus medios si su condición y deseo de cambio lo permite.

Se considera que ello podría estar relacionado con el hecho de que en la concepción del Equipo de Salud, el problema de las adicciones no se considera como una enfermedad crónica que requiere atención integral, sino más bien, como un asunto que Trabajo Social debe resolver de manera unidisciplinaria. Consecuentemente se presenta el estrés adicional para las profesionales, al sentir presiones del resto de personal de salud a fin de brindar una respuesta pronta, cuando no existen recursos estatales que ofrezcan alternativas de tratamiento de acuerdo a las posibilidades económicas de las personas atendidas.

Lo cual significa que en muchos de los casos, el o la profesional en Trabajo Social siente "bajo sus hombros" la responsabilidad de "resolver" la situación de la persona con problemas de adicciones, de manera casi inmediata, lo cual como ya se ha señalado anteriormente constituye una tarea mesiánica, dada la realidad social en la que viven estas personas. El no poder brindar una respuesta pronta genera en el o la trabajadora social sentimientos de angustia e impotencia, presentándose como consecuencia negativa un daño en su salud mental y emocional.

4.2 En el ámbito de los centros de rehabilitación y/o restauración

La oferta de recursos es limitada cuando se enfrenta la necesidad de reubicar a una persona con problemas de adicciones. Una gran mayoría de centros presenta ocupación total de los cupos disponibles. En ocasiones se ofrece la posibilidad de quedar en lista de espera, lo cual no resuelve de manera oportuna la necesidad del o la paciente.

Lo anterior provoca irremediablemente problemas de estancias prolongadas, y desde el punto de vista médico, injustificado, lo cual se traduce en un alto costo económico para la institución, así como problemas de espacio para otros pacientes. Esto eleva el nivel de ansiedad de ellos(as) provocando indisposición hacia la acción profesional, aumenta la presión ejercida porque egrese del centro de salud y en ciertos casos

culmina con la fuga o la salida exigida de parte del(a) paciente.

Con relación a las patologías médicas que puedan presentar (como por ejemplo en casos de pacientes con VIH SIDA, tuberculosis o hepatopatías) es necesario anotar que en algunas el imaginario social es distorsionado, evidenciando percepciones inadecuadas sobre la realidad de algunas enfermedades y las persona que las padecen.

La exclusión social hacia este tipo de pacientes es muy frecuente, incluso dentro del personal de salud, al asociarse sus padecimientos con comportamientos socialmente reprobados o estigmatizados, lo que puede significar un trato excluyente hacia estas personas. Por ejemplo, en el caso de la Tuberculosis se observa la persistencia de mitos, estereotipos y desconocimiento que generan rechazo y temor inclusive, entre los y las funcionarias de centros especializados en rehabilitación. Esto dificulta su aceptación y retrasa el periodo de ingreso, en el tanto se debe realizar una labor de sensibilización al respecto.

Debido a que en cuanto al VIH/SIDA debe guardarse la confidencialidad del diagnóstico, cuando se realizan las coordinaciones para su egreso institucional existe inconvenientes asociados a este derecho. Así mismo en casos que requiere la solicitud de un Certificado Médico para su traslado, se presenta la negativa al traslado al Centro o la suspensión del tratamiento que estaba cumpliendo. Además, en otros casos, algunos de los centros solicitan la asistencia previa al internamiento a consejería en compañía de lo que denominan padrinos. Esto no se constituye en un problema cuando la persona está comprometida con su rehabilitación y cuenta con redes de apoyo y vivienda donde egresar mientras se cumple este proceso.

En el caso particular de personas indigentes, sin redes de apoyo primarias y con deseos de rehabilitarse el cumplimiento de tal requisito prácticamente imposible de lograr. El egreso hospitalario de estas personas es definitivo, a excepción que presenten nuevas complicaciones de salud. Sin embargo, no existen alternativas de albergue temporal, y cuando son menores de 65 años no califican para ingresar en hogares de adultos mayores. Es pertinente señalar que en casos calificados el Voluntariado podría colaborar mediante ayuda asistencial que permita el pago a un hotel por hospedaje de transición. Sin embargo, se carece del requisito de

"padrinazgo", inhibiendo los esfuerzos conjuntos que se dan.

En esa misma línea, la mayoría de los centros de rehabilitación solicitan a los y las pacientes, el aporte monetario mensual o bien, haberes personales que en el caso de personas en condición de indigencia está fuera de sus posibilidades. Las instituciones de Bienestar Social ofrecen respuestas limitadas y a veces, cuando se aprueban dichas ayudas, lo hacen de manera extemporánea.

En lo que respecta a la alternativa terapéutica que ofrece la mayoría de estos centros está condicionada a la fe que promulgan, lo cual genera resistencia en las personas referidas que no comparten la misma fe, convirtiéndose en otra limitante para su rehabilitación. Como consecuencia de ésto se tiene la deserción en el corto plazo y la reducción del éxito en cuanto a la abstinencia. Muchos de esos(as) pacientes requieren en el corto plazo nueva intervención en salud, convirtiendo la problemática en un círculo vicioso. Esto porque se debe realizar nuevamente el proceso de reubicación que se ha mencionado.

4.3 En el ámbito de las personas fármacodependientes

En el desarrollo del artículo se ha mostrado la complejidad del problema en cuestión y las limitantes externas a la persona para lograr su rehabilitación. En este apartado, se hará referencia a las características particulares que presentan las personas con problemas de adicción.

4.3.1 Características de las personas con problemas de adicción:

A continuación se mencionan algunas de las características de las personas con problemas de adicción, tanto a partir de lo señalado por Beck y otros (1993) como por lo identificado en los procesos de intervención social desarrollados con las y los pacientes atendidos en el Servicio.

Baja tolerancia ante la frustración: se traduce en poca asertividad y/o poco control de los impulsos, haciéndolos más susceptibles. Ésta característica ha podido ser observada e identificada en situaciones donde el paciente requiere ser reubicado institucional-

mente y los trámites de dicha reubicación se alargan. Debido a que en tales circunstancias han tomado medidas inadecuadas por su propia voluntad, como lo son la salida exigida o indisposición a colaborar con el personal de salud en los servicios de hospitalización, lo cual impide esfuerzos que desde Trabajo Social se promueva en aras de motivar el cambio en el o la paciente.

Sensibilidad general a experimentar sentimientos desagradables: existe un alto riesgo de deserción a la terapia en presencia de circunstancias adversas; esto cuando aún no se han fortalecido sus recursos internos para manejarlos de manera adecuada.

El control y dominio que ejerce la adicción sobre la persona: sus objetivos, valores y familia se encuentran subordinados al consumo de la sustancia adictiva; y pasando a formar parte de un círculo vicioso en el que los cambios de estado de ánimo son aliviados con la continuidad en el consumo. La poca motivación que logran tener para manejar su conducta y controlar su vida con eficacia, ha sido observada en conflictos de los pacientes con otros funcionarios del centro de salud, donde con frecuencia, se han presentado casos de personas que han tenido que ser desalojadas de la Institución por conductas violentas; impidiendo así su ingreso, el desarrollo adecuado de la intervención social y terapéutica y por ende, el proceso para el cambio.

Deseo de conseguir placer y experimentar la euforia en compañía de personas que se encuentren en las mismas circunstancias: se manifiesta una búsqueda de situaciones placenteras, aunado a una débil capacidad para asumir compromisos a mediano plazo. Esto se ha podido corroborar en el abandono de los procesos de rehabilitación.

Dificultad para aceptar límites y cumplir indicaciones: tanto en los servicios de hospitalización como en los centros de rehabilitación.

Insuficientes recursos sociales: hace más difícil la inserción o reinserción social. Por la carencia de redes de apoyo afectivas, alternativas laborales, recreativas y de capacitación, la persona podría permanecer en condición de vulnerabilidad social. Esto podría producir una recaída en el corto o mediano plazo en razón de que existen factores ambientales que son difíciles de modificar desde el ámbito institucional. Este cambio en el ambiente social es más de tipo estructural y por ende, incidir en ello es complejo y trasciende las posibilidades

de la intervención social desde el Hospital.

Subordinación de objetivos importantes ante la utilización y el consumo de la sustancia adictiva: se refleja en la tendencia a ignorar o minimizar las consecuencias del consumo en el ámbito físico, económico, familiar, laboral, legal, entre otros. Lo que conlleva a una interrupción de toda acción por el cambio, agravando así su condición social.

4.4 En el ámbito de la red de apoyo primaria

Otro aspecto importante de profundizar es el impacto que causan los problemas de adicción en el núcleo familiar. El grupo familiar y su dinámica interna, se constituyen, más que en una red efectiva de apoyo, en un factor social de riesgo. Beck y colaboradores (1993) señalan incluso, que el paciente debe identificar los lugares, cosas y personas que asocian con el consumo de drogas.

La intervención para el cambio de estilos de vida de las personas con problemas de adicción, se puede dificultar aún más, si se confirma el hecho de que recibieron modelaje para la adicción por parte de una figura familiar significativa, o bien, que puedan tener la facilidad de conseguir la droga en el propio domicilio.

Además, es indispensable descartar en la historia personal y familiar del paciente si sufrió abuso sexual, físico o psicológico que no haya sido tratado, por cuanto debe retomarse en la terapia o derivarse a una institución especializada.

En la práctica cotidiana, se observa otro fenómeno que tiende a reforzar la conducta adictiva de la persona: el temor de los familiares a las posibles consecuencias de poner límites. En múltiples ocasiones la familia refiere que es más sencillo para ellos "dejar olvidado dinero" para que lo tome ésta persona, que enfrentar las agresiones de las que puedan ser objeto. De esta manera, se observa una dualidad en la que el grupo familiar, por un lado desea que la persona se rehabilite y por otro, se le facilita la adquisición de la droga. Debido a estas circunstancias, se genera, un círculo vicioso en las personas que consumen drogas lo que lleva al agotamiento y falta de credibilidad en el paciente y en el equipo de salud, especialmente cuando se intenta un proceso de rehabilitación.

4.5 En el ámbito del Servicio de Trabajo Social

Finalmente es necesario anotar que el Servicio de Trabajo Social se encuentra gestionando proyectos y acciones específicas en la materia en cuestión, para lo cual se han tomado en cuenta las limitaciones señaladas en los párrafos anteriores. Sin embargo, los esfuerzos por atender esta problemática han sido desarticulados y las alternativas ofrecidas han sido reducidas, si consideramos los factores que a continuación se describen:

Muchas de las personas atendidas con problemas de adicción son poli consultantes, al ser referidas reiteradamente por el personal médico cuando nuevamente ingresan al centro hospitalario. En ocasiones estos y estas pacientes han sido atendidos por varias trabajadoras sociales al ser remitidos por distintas consultas y servicios de hospitalización; a pesar de ellos se considera que aún se presentan ciertos problemas de registro de la información y planes de intervención desarrollados con los y las pacientes, lo cual limita un mayor conocimiento de las acciones realizadas, debilidades en el proceso y por ende de un seguimiento social más efectivo.

Aún no se cuenta con un protocolo de intervención social establecido para los pacientes con problemas de adicción, que uniforme el abordaje social y contribuya a mantener continuidad y mayor efectividad en la atención de los casos. Asimismo no existen lineamientos en torno a esfuerzos por fomentar el trabajo en equipo, donde se puedan desarrollar espacios para la sensibilización y retroalimentación mutua hacia un abordaje integral de los y las pacientes, no se cuenta con el apoyo necesario de otras disciplinas e igualmente se limita el establecimiento de planes de intervención que contribuyan al cambio. Lo que conduce a un debilitamiento de la acción profesional.

En razón de ello, las profesionales del Servicio han iniciado procesos de reflexión como el presente artículo que pretende proponer cambios en beneficio de los y las pacientes. De estas alternativas se trata el siguiente apartado.

5. Propuesta de Intervención desde el Trabajo Social para personas con problemas de adicciones

El Trabajo Social como disciplina humanística que fundamenta su quehacer profesional en el enfoque de los derechos humanos, se encuentra ante el imperativo de realizar una lectura profunda y cotidiana de la realidad de su campo de intervención, determinando demandas y necesidades de la población con las que

interviene, sea ésta individuos, grupos o comunidades. Así, debe formular y desarrollar estrategias conjuntas con la población, para el mantenimiento, mejoramiento o transformación de las situaciones sociales que los aquejan.

De esta manera, con relación al problema social de las adicciones, el o la profesional en Trabajo Social debe trabajar en la planificación, ejecución y evaluación de estrategias de intervención profesional (como parte de sus funciones como profesional en el sector terciario de la salud), que permitan el abordaje de esta problemática. Lo anterior es porque, como ha sido señalado el problema de las adicciones constituye en una de las prioridades de atención por parte de los servicios de Trabajo Social dado su impacto social tanto a nivel macro (estructura sociocultural del país) como micro (número importante de usuarios que diariamente son referidos por el problema social de fondo).

Por lo tanto, el abordaje profesional con personas con problemas de uso, abuso y/o dependencia del alcohol u otro tipo de sustancias psicoactivas, supone la identificación de aquellas situaciones que influyen en la calidad de vida de las personas para lograr la transformación hacia el bienestar social. Sin embargo, como se ha mencionado anteriormente, el tema requiere de respuestas flexibles que conduzcan hacia la eficacia y eficiencia, por la misma complejidad de la problemática.

Las intervenciones sociales están condicionadas por el contexto en el que se desenvuelven los actores sociales, en donde se articula la práctica con el bagaje teórico, metodológico y epistemológico del profesional para lograr transformaciones sustantivas en las personas o grupos, sujetos de la intervención.

Desde un enfoque sistémico las experiencias y comportamiento individual están asociadas y dependen de la conducta de otros, por lo que las conductas individuales no se pueden entender aisladas. Es así como se analiza el problema en el sistema cliente, en donde la situación de adicción afecta no solo a la persona que padece de este problema, sino también al subsistema que pertenece (familia, pareja, grupo de pares, comunidad).

Se considera valioso poder desarrollar la intervención social bajo una metodología que integre elementos claves de los enfoques humanista, sistémico y cognitivo conductual. La línea terapéutica de tales enfoques promueve una dinámica de autoayuda como

medio para facilitar un cambio de estilos de vida.

A continuación se describen las principales propuestas de intervención social en el campo de las adicciones, las cuales han sido construidas a partir de praxis profesional desarrollada diariamente por parte de las Trabajadoras Sociales pertenecientes al Área de Medicina y Emergencias del Hospital San Juan de Dios.

5.1 En el ámbito de hospitalización

5.1.1 Trabajo de equipo

Uno de los grandes obstáculos señalados anteriormente para la intervención profesional con personas con problemas de adicciones hacía referencia a la posición o visión del personal de salud hacia el tema de las adicciones.

Por tanto, para abordar este obstáculo Trabajo Social debe inicialmente darse a la tarea de involucrarse y participar de procesos de aprendizaje y formación sobre el tema, a fin de contar no solo con los insumos prácticos sino también teóricos del problema de las adicciones; para posteriormente plantearse la implementación de proyectos enfocados hacia la sensibilización y capacitación de usuarios internos (personal de salud) con respecto a las adicciones, lo cual permitirá un mayor conocimiento y concienciación, considerando las múltiples aristas biológicas, sociales, psicológicas y políticas del tema.

Con esta base, Trabajo Social podrá facilitar la conformación, capacitación o fortalecimiento del trabajo en equipo interdisciplinario para el abordaje integral del problema de la adicción o uso de sustancias psicoactivas; donde existan equipos integrados fundamentalmente por profesionales en las disciplinas de Trabajo Social, Medicina, Farmacia, Nutrición, Psiquiatría y Enfermería.

El objetivo clave de este trabajo radica en el énfasis de la concepción de la adicción como enfermedad crónica, y no solo como un problema social que debe ser abordado solo por el Servicio de Trabajo Social, sino que requiere y demanda de una intervención de distintas disciplinas, considerándolo un problema multifactorial y multicausal.

5.2 En el ámbito de los centros de rehabilitación y/o restauración

5.2.1 Consolidación de alianzas estratégicas

Trabajo social debe desempeñar acciones a nivel gerencial para la formación y/o consolidación de alianzas estratégicas con organizaciones estatales y no gubernamentales, lo cual se ve como una necesidad prioritaria para igualmente generar procesos de sensibilización, capacitación y compromiso para con estas organizaciones; con el propósito de que se brinden respuestas y propuestas de intervención eficaces y eficientes que permitan la maximización de recursos materiales y de talentos humanos.

Además en el caso de personas que antes de sus internamientos hospitalarios han vivido en indigencia, resulta prioritaria la búsqueda de un abordaje eficaz, mediante la reubicación en lugares en que la persona cuente con la oportunidad de iniciar un proceso de rehabilitación, donde el seguimiento de estos pacientes trasciende a dichas instituciones.

5.3 En el ámbito de las personas fármacodependientes

Es importante señalar que dentro de este proceso de intervención social la persona es vista como un sujeto activo, que cuenta con la capacidad necesaria para aprender a vivir de manera autónoma sin ningún tipo de dependencia, planteándose a sí mismo alternativas de solución para dar respuesta a sus necesidades hacia un cambio de estilo de vida.

Además, se debe considerar que estas estrategias parten de la suposición que el adicto desea iniciar procesos de rehabilitación, en donde se considera, como fundamento de la profesión, el principio de autodeterminación de la persona. En este sentido son los niveles de intervención que se deben profundizar, los cuales se describen a continuación:

5.3.1 Intervención individualizada

El modelo socio terapéutico (en procesos individuales o grupales), ofrece la oportunidad a la persona de concientizarse sobre la necesidad de recibir tratamiento para su rehabilitación, por cuanto, en un primer

momento, hay una negación y resistencia a recibir tratamiento (Becoña, 2000).

Una vez superada la fase de negación o minimización del problema, se debe realizar un proceso de evaluación donde se delimite claramente la situación por la que acude, factores relacionados y otros problemas que han originado el uso, abuso y/o dependencia. Con base a estos aspectos, el profesional en Trabajo Social, diseñará un Plan de Intervención Socio Terapéutico.

Para lograr estos objetivos se deben abordar los siguientes aspectos:

Intervención en crisis de primera instancia

Por las características en las que llegan las personas al Hospital, en donde resalta un colapso de sus capacidades para el enfrentamiento de problemas inmediatos, se plantea la intervención en crisis de primer orden, como el primer paso de la intervención profesional.

Según Slaikou (1996), "El objetivo primario del asistente es, entonces, auxiliar a la persona a dar pasos concretos hacia el enfrentamiento con las crisis, lo cual incluye el control de los sentimientos o los componentes subjetivos de la situación y comenzar el proceso de solución de problemas".

En ese mismo sentido la Trabajadora Social, respondería a la tercera submeta de los primeros auxilios psicológicos, la que consiste en proporcionar enlace con fuentes de asistencia, que pueden ser a lo interno del hospital (para terapia individual y grupal), o bien, a centros especializados de rehabilitación.

Terapia cognitiva individual

La terapia cognitiva se constituye en un sistema de psicoterapia que intenta reducir las reacciones emocionales excesivas y las conductas contraproducentes en las personas, mediante la modificación del pensamiento erróneo o distorsionado de la realidad y las creencias desadaptativas, que subyacen a estas reacciones. (Beck, 1976, tomado de Beck, 1999). Por tanto, dentro del proceso socio terapéutico, la terapia cognitiva (Beck y otros, 1999), ofrece dentro de su metodología la oportunidad de alcanzar transformaciones significativas al problema de las adicciones.

El tratamiento busca reorientar esas premisas y pensamientos negativos o erróneos de la persona, brindando relevancia a sus actuales problemas, historia

de vida, elementos de vulnerabilidad, conductas, como causa de la explicación del problema de adicción.

Los objetivos básicos de este modelo para el abordaje del problema de adicción se centran, en reducir la intensidad y la frecuencia de los impulsos de consumir droga: mediante la refutación de las creencias subyacentes y la aplicación de técnicas específicas a fin de controlar y manejar los impulsos que los llevan a consumir.

Dentro de este enfoque terapéutico, se propone el desarrollo de técnicas conductuales y cognitivas, tales como: procesos dirigidos hacia la recuperación del autocontrol (dominio de sí mismo para prevenir la recaída), control de estímulos, sentido de responsabilidad, enfrentamiento de los problemas, crisis y situaciones de riesgo, manejo del estrés, reestructuración cognitiva, auto aceptación, auto imagen adecuada, toma de decisiones, entre otros.

En el desarrollo de estas técnicas, se considera importante buscar alternativas de refuerzo para el individuo, a fin de contraponer las consecuencias negativas del consumo y las ventajas que tiene a nivel personal, familiar y social el mantenerse en abstinencia.

El enfoque cognitivo conductual es una terapia que ofrece la posibilidad de trabajar de manera individual o grupal, logrando transformaciones significativas con los paciente que presentan problemas de adicciones (Beck y otros, 1999).

5.3.2 Intervención social de grupo

Uno de los métodos más efectivos que se visualizan para abordar el tema de las adicciones (tanto por su metodología como por la experiencia acumulada) es el método de Trabajo Social de Grupo. Este método permite una maximización de los recursos, al compartir experiencias entre los miembros participantes para la construcción conjunta de conocimientos, con una metodología participativa.

Galanter y Franco (1998) citados por Becoña (2000), afirman que la terapia de grupo es una modalidad terapéutica que se utiliza con frecuencia para el tratamiento de las personas con distintas adicciones. Para ellos, el objetivo que se pretende con la terapia de grupo es que el paciente cuente con un apoyo, aprenda estrategias, técnicas de control y adquiera habilidades

para la solución de problemas y la realización de tareas que le lleven a la abstinencia o le permitan mantener la misma para, finalmente, poder cambiar su estilo de vida.

Para el problema de adicciones se propone la intervención de Trabajo Social de Grupo en las tres modalidades: grupos socio terapéuticos, grupos socio educativos y grupos de auto apoyo o ayuda mutua; tanto para pacientes con problemas de adicción, como para sus familiares y otras redes de apoyo.

Grupo socio terapéutico

En el caso del grupo socio terapéutico se propone el enfoque cognitivo conductual, que ya fue mencionado.

Grupo socio educativo: Aprendiendo juntos (as)

Los grupos socio educativos son operativos, es decir, se encuentran centrados en la tarea, en el caso de esta modalidad, la misma está basada en la educación social. Ésta concebida como el derecho que tiene todo ser humano para mejorar su desarrollo personal y contribuir al de su colectividad, pretende responder a las necesidades básicas de aprendizaje de las personas, partiendo de sus problemas e intereses reales (UNESCO, 2000).

Debe ofrecer respuestas, acordes a la realidad en que se encuentran inmersas y deben ser congruentes con las distintas situaciones que enfrentan las personas en su familia, en su trabajo, en su comunidad y en el país.

En la intervención profesional para personas con uso, abuso y/o dependencia de sustancias psicoactivas, se considera el abordaje desde la educación social como una herramienta eficaz para el mantenimiento de la abstinencia y el fomento de la rehabilitación. Bajo esta concepción la gama de temas a abordar es amplia pues depende de las necesidades identificadas en la población. Para efectos se consideran claves tópicos como: el auto cuidado de la salud, el efecto negativo de las sustancias adictivas, los beneficios de la abstinencia, habilidades para la vida, estilos de vida saludables.

Consolidación de grupos de ayuda mutua

Para el abordaje profesional del problema de las adicciones, Trabajo Social encuentra un campo de acción con la conformación y consolidación de grupos de auto apoyo o ayuda mutua para personas que sufren de este problema.

El fundamento teórico de este tipo de grupos,

considera que para su conformación, debe tener como requisito el compartir una misma situación (en este caso la adicción), por lo que la participación se limita a desarrollar acciones tendientes a la consolidación de grupos con dichas características. Específicamente se trata de facilitar espacios de capacitación a personas que serán las encargadas de dirigir esta modalidad grupal.

En este sentido, la instrucción deberá ser enfocada a temas sobre el concepto de grupos de ayuda mutua, sus objetivos, metodología y principios básicos, así como fundamentos del trabajo de grupos.

Transversalmente, el o la profesional deberá enfocar la motivación para el cambio como una estrategia fundamental, por cuanto en las conductas adictivas es frecuente que muchos de los pacientes no acudan al tratamiento, lo abandonen después de las primeras sesiones o no cumplan con las indicaciones del mismo.

En la motivación para el cambio se considera importante realizar una sesión inicial motivacional donde se proporcione información, se promueva la empatía, se faciliten procesos de retroalimentación, clarificación de objetivos y metas, entre otros.

5.3.3 Buscando otras alternativas:

Terapia ocupacional

Debido a las características que presentan algunos de los paciente con adicciones (indigencia o falta de redes de apoyo, es necesario ofrecer alternativas para el cambio en su estilo de vida que le permitan reinserirse en el ámbito familiar, social, laboral y comunitario.

Es necesario que desarrollen nuevas habilidades y recursos por medio de la integración a un proyecto de terapia recreativa y ocupacional, durante su estancia hospitalaria, especialmente en aquellos pacientes con estancia hospitalaria prolongado, como sucede con los pacientes infectados (Tuberculosis-VIH – SIDA).

En el ámbito del Servicio de Trabajo Social

Dos de las propuestas que se consideran modulares para empezar a implementar en los Servicios de Trabajo Social constituyen las siguientes:

Creación de un espacio profesional para un Trabajador

- (a) social capacitado para el desempeño en la atención a la problemática de las adicciones; a fin de poder desplegar y poner en práctica un pro-

grama de apoyo a corto, mediano y largo plazo; que involucre las propuestas de intervención social, que como parte de este artículo nos hemos dado a la tarea de construir, como una forma de respuesta a las necesidades reales y sentidas en torno a esta temática.

- Además para poder desarrollar de una manera efectiva y continua éstas propuestas tanto para el paciente hospitalizado como para el de consulta externa, se hace necesario la creación de un Protocolo de Intervención Social para el paciente que sufre de adicciones.

6. REFLEXIONES FINALES

Sin duda alguna escribir sobre las adicciones resulta una tarea que requiere un proceso de análisis y reflexión. Para lograr la comprensión en su complejidad, se debe trascender el plano biomédico ya que esta enfermedad trastoca las estructuras familiares, sociales, económicas y políticas del mundo entero. Es en este marco de complejidad donde el problema de uso, abuso y/o dependencia a sustancias adictivas como las drogas y el alcohol, presenta un gran reto para el o la profesional en Trabajo Social, especialmente para aquellos (as) que brindan sus servicios en el área de la salud.

Dentro de este reto se plantea prioritariamente el diseño de nuevas estrategias para su abordaje profesional, las cuales deben responder de manera eficiente y eficaz a las necesidades y problemas sociales de la población con problemas de adicción, exigiendo así la flexibilidad y la capacidad de lectura de esta realidad por parte de los y las profesionales en Trabajo Social.

La profesión se encuentra en la necesidad urgente de llevar a cabo procesos de capacitación y sensibilización dirigidos al personal que labora en los diferentes niveles y áreas de salud, con el objetivo de desmitificar el problema de las adicciones y otorgarle la relevancia que requiere dentro de los servicios. Esta tarea permitirá romper la posición biomédica del problema, y lograr comprender que este flagelo social no encuentra su solución en la reubicación de los y las adictas en un albergue.

Consecuentemente la capacitación y sensibilización sobre el tema permitirá la consolidación y /o fortalecimientos de equipos interdisciplinarios dentro de los sistemas de salud, que asuman el compromiso del abordaje.

En lo que respecta al campo de intervención social, el o la profesional se halla ante un segundo compromiso: la elaboración y ejecución de alternativas de abordaje efectivas y eficientes para la intervención profesional, para facilitar procesos dirigidos ya sea hacia la transformación de la situación de adicciones (rehabilitación) como el mantenimiento (fortalecimiento de la abstinencia). Lo anterior mediante las estrategias anteriormente señaladas.

No obstante, es necesario hacer la salvedad en este punto, que dichos procesos se pueden lograr cuando la persona está dispuesta al cambio, por lo que, como fundamento de nuestra profesión, se debe respetar el principio de autodeterminación de la persona. Esto significa uno de los mayores obstáculos hacia el cambio, pues, tal y como lo señala la teoría de las adicciones, la persona debe comprometerse con el proceso de rehabilitación.

Además, el que la persona acepte procesos de intervención no significa que estrictamente podrá rehabilitarse totalmente de su problema, pues se conoce que existe un alto porcentaje de recaída, por lo que es necesario recordar que la intervención social no representa una solución mesiánica a los problemas y necesidades sociales, sino solamente un espacio para la oportunidad al cambio y la transformación social.

Igualmente, la consolidación de alianzas estratégicas con organizaciones estatales y no gubernamentales hacia la búsqueda de la maximización de recursos materiales y de talentos humanos para brindar respuestas oportunas para estas personas se convierte en un desafío importante para la profesión. Estas alianzas no se deben traducir en una simple ubicación institucional, sino en la garantía de tener la oportunidad de recibir un tratamiento integral adecuado a sus necesidades.

En este punto es necesario señalar que la población con problemas de adicciones son ante todo personas, es decir, sujetos y sujetas de derechos y deberes, por lo tanto no deben ser menospreciados o deslegitimados por su problema de salud, especialmente por parte de los y las trabajadores sociales, quienes deben buscar las fortalezas y recursos existentes tanto a nivel interno como externo para la transformación de su situación.

Finalmente se puede señalar que ante el análisis y la reflexión sobre el problema de las adicciones

Trabajo Social se encuentra ante el reto profesional de buscar estrategias de intervención adecuadas que respondan de la manera más pertinente a esta realidad compleja, especialmente al ser la profesión, una disciplina humanística, que se interesa, fundamentalmente, por el bienestar de la población con la que trabaja.

7. BIBLIOGRAFIA.

Beck, Aarón; Wright D, Fred; Newman F., Correy; Liesce S., Bruce. (1999). **TERAPIA COGNITIVA DE LAS DROGO-DEPENDENCIAS**. Ediciones Paidós. España.

Becoña, Elisardo y Oblitas, Luis Armando. (2000). **ADICIONES Y SALUD**. Departamento de Psicología, Universidad Iberoamericana, México. D.F.

Graña Gómez, José Luis. (1994). **CONDUCTAS ADICTIVAS: TEORÍA, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO**. Editorial Debate, España.

Instituto sobre Alcoholismo y Fármaco Dependencia (IAFA). (2005). Seminario DOCUMENTOS PROPORCIONADOS EN SEMINARIO SOBRE ADICCIONES. San José, Costa Rica.

Lara M. A., M. E Medina. M. Romero. (1998). **UN ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE EL ESTUDIO DE DISOLVENTES INHALABLES EN ESTUDIANTES**. Instituto mexicano de psiquiatría, división de investigaciones epidemiológicas y sociales. México.

Ruiz González, Magali. (1991). **FUNDAMENTOS DEL TRABAJO SOCIAL DE GRUPO**. Puerto Rico: Editorial Edil.

Slaikue, Kart A. (1996). **INTERVENCION EN CRISIS, MANUAL PARA PRACTICA E INVESTIGACION**. Editorial El Manual Moderno, segunda edición, México.

FUENTES CONSULTADAS EN INTERNET

(www.laverdad.es/servicios/especiales/extasis2005).

(www.cij.gob.mx. 2005).

(www.explored.com/ectguia).

(www.nida.nih.com).

(www.saludhoy.com/medicamentos.htmlbenzodiazepinas).

(www.sindrogas.es/pnd/sustancias_inhalables. 2005).

(www.sindrogas.es/susancias/alucinogenos. 2005).

Centro de Información de las Naciones Unidas para México, Cuba y República Dominicana. (2000). RESUMEN EJECUTIVO DEL INFORME MUNDIAL SOBRE DROGAS. En: <http://www.usembassy-mexico.gov/boletines/sp010207Informe.html>.

Drogas de diseño, 2005. Consultada en página www.Salud alia.Com/Salud alia/ web salud alia/.

Centro de Integración Juvenil, 2005), Consultada en página www.ipn.mx/documentos/publicaciones/boletines/2005/C-157.doc).

Fundación Azteca, 2005. Consultada en página <http://www.Vive sin drogas.Com/index.shtml>).

INSTITUTO SOBRE ALCOHOLISMO Y FARMACODEPENDENCIA. En:

<http://www.netsalud.sa.cr/ms/iafa/>

Malpica, Karina. (2005). **LAS DROGAS TAL CUAL**.

Observatorio español sobre Drogas. (2001). Informe no. 6 del Observatorio Español sobre Drogas. En : <http://www.ieanet.com/general/estadi.htm>

Organización Mundial de la Salud. (2000). **INFORME MUNDIAL SOBRE ADICCIONES**. En: <http://www.un.org/spanish/Depts/dpi/boletin/drogas>

Seguel Lizama Mario. (1994). Abuso y dependencia de sustancias psicoactivas.

escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Boletin/html/psiquiatria/5_6.html - 28k -

UNESCO. (2000). **METODOLOGÍA DEL GRUPO SOCIAL**. En: <http://www.unesco.cl/decada/documentos/mexico.doc>