
LOS RECURSOS DE INTEGRACIÓN SOCIAL COMO PARTE DE LA ESTRUCTURA ASISTENCIAL EN LA COMUNITAT VALENCIANA

Francesc J. Verdú Asensi

Dirección General de Drogodependencias, Valencia, España

RESUMEN

El objetivo de la inserción social es favorecer el proceso de rehabilitación, con las consecuentes medidas de inserción/reinserción social dirigidas a las personas drogodependientes; desde una perspectiva de “normalización” y obviamente desde los recursos existentes y/o disponibles. En la lucha contra las adicciones, no cabe duda que muchos han sido los problemas resueltos, sin embargo, la dinámica cambiante del fenómeno, nos obliga a permanecer en constante alerta, prever y adaptar las intervenciones a las necesidades detectadas en cada momento. Los circuitos de atención vienen determinados por un protocolo, teórico-práctico, que marque con criterios claros clínicos, psicológicos y sociales la propia atención. Así como el itinerario a seguir por el drogodependiente, el avance sobre el saber dónde se está y como actuar es el camino terapéutico a seguir para conseguir una atención integral como dispone la normativa.

Palabras clave: *circuito terapéutico, integración social, atención integral.*

Correspondencia:

Francesc J. Verdú Asensi. Dirección General de Drogodependencias. C/ Guardia civil, 30 (entlo). 46020 Valencia (España).

ABSTRACT

The objective of the social insertion is facilitating the rehabilitation process, with measured consequences about social insertion focused on drug dependents persons; from a “normalization” perspective and counting on the existing resources. In the fight against drugs, there is no doubt about the problems solutions implemented, but the evolution of the drugs phenomenon obligate us to continuous adaptations of the solutions provided. The attention schemes are determined by a protocol that stablish the clinical, psychological and social criteria. The itinerary for the drug dependent patient and the knowledge about where he is and how to react is the path to follow in order to achieve a global approach.

Key words: *therapeutical process, social inclusion, global attention approach.*

INTRODUCCIÓN

Las drogodependencias, como otros problemas de salud, no están exentos de los problemas de gestión, de administración, de programación y tampoco pueden escapar a la incertidumbre que provoca la coordinación y la decisión necesaria para actuar: como bien sabemos desde la administración, y como bien saben los profesionales de las ONGs o algunas empresas que actúan en el campo de las drogodependencias.

Estar inmerso en un plan de asistencial o de tratamiento, en un circuito de atención mediatizado por muchos criterios, algunos excluyentes, es un aval de continuidad, pero necesita de una forma de actuar precisa: programación, planificación y actualización.

No podemos olvidar que establecer una manera de actuar o procedimiento, implícito o explícito, determina el modo de actuación inmediato y futuro. Además, si el objetivo es favorecer el proceso de rehabilitación con las consecuentes medidas de inserción/reinserción social de las personas con drogodependencias u otros trastornos adictivos, desde una perspectiva de “normalización” y desde los recursos existentes, se complica más el procedimiento, si así podemos llamar a este, y que viene iniciado y determinado por una asistencia que avala el tratamiento, médico y psicológico, de las personas drogodependientes. Esta asistencia, pública y gratuita, no es suficiente para abordar la

problemática de los drogodependientes, como queda patente en el Decreto legislativo 1/2003 del Consell de la Generalitat Valenciana, que arbitra medidas preventivas, de asistencia sanitaria y de inserción social, entre otras disposiciones. Sí al efecto de interpretar la normativa, que intenta sobretodo establecer un procedimiento, se le añade la dificultad que comporta la adicción, las peculiaridades de la administración sanitaria, la diversidad de situaciones y de recursos, los distintos agentes que actúan, las limitaciones administrativas de las disposiciones, del control y del seguimiento, tanto de la gestión como de los usuarios, así como los fondos que avalan todo el proceso; se hace arduo difícil pensar que toda la intervención necesaria para atender al drogodependiente sea algo lineal y simple.

ACTUACIONES

La prevención, la asistencia, la rehabilitación y la integración social, entendida como atención integral, ha sido siempre el eje central del abordaje de este difícil fenómeno que suponen las drogodependencias en general. En nuestra andadura de lucha contra las adicciones, no cabe duda, que muchos han sido los problemas resueltos, sin embargo, la dinámica cambiante del fenómeno, nos obliga a permanecer en constante alerta, prever y adaptar las intervenciones a las necesidades detectadas en cada momento. Es curioso observar los artículos, comentarios, entrevistas, avances y programas e incluso críticas que se dirigen al ámbito de la prevención. No faltan voces que proclaman mejores tratamientos médicos, nuevas sustancias que actúan en un lugar u otro de nuestro cuerpo, fármacos que sustituyen a las drogas, otros que bloquean sus efectos, alternativas de desintoxicación que palian los efectos desagradables y reducen el tiempo de tratamiento, implantes o posibles vacunas que están ya ahí o al llegar, ...pero pocos, profesionales o no, hablan de integración de los drogodependientes, de su día a día, de un constante sin vivir mediatizado por los problemas familiares, sociales, laborales, económicos y judiciales, consecuencia de su dependencia. Es como si se hubiera olvidado, que hay después de no consumir drogas. Pero la realidad, nos evidencia que los hechos tienen efecto de bumerang, y todo aquello que no hemos podido resolver o canalizar en la asistencia, se vuelve contra ella. Profesionales que no encuentran explicación a determinadas conductas reincidentes, que cambian de diagnóstico según

los hechos (consumo) y las consecuencias (problemas de salud y de salud mental), que no tienen apoyo en el momento de la urgencia sea está médica y/o social o ambas, que informan desenfundadamente a los juzgados con muchas demandas de seguimiento y de intervención, que acaban inmiscuyéndose en las áreas de otros profesionales por intentar solucionar problemas, que cada vez hay más menores con problemas de drogas, que la asistencia termina haciéndose más administrativa y por tanto elevando el volumen de trabajo, que derivan a los usuarios, en muchos casos, pretendiendo que sigan el guión predeterminado por ellos para su reinserción... ¿ ...y los recursos de inserción?: a la espera del usuario, pues la propia organización y funcionamiento de los recursos de integración o inserción social está dispuesta para la recogida de drogodependientes con la valoración y las indicaciones oportunas de la unidad de conductas adictivas.

Si la finalidad de los Centros de día, valga como ejemplo, es posibilitar las condiciones personales y sociales para la convivencia, la participación e integración de las personas drogodependientes, como argumenta el Plan Estratégico sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos (2006-2010 de la Comunitat Valenciana) es necesario que el área de integración social retome el protagonismo que le pertenece: esto sólo será posible haciendo valer los recursos de inserción. Pero para ello, es necesario que el profesional los fomente y que el usuario los utilice y los valore.

El circuito terapéutico iniciado por el enfermo drogodependiente, con la fase de desintoxicación y deshabituación, deberá contar en todo momento con recursos y programas que tengan por objeto la integración social del drogodependiente. En este sentido, la intervención "social" debe producirse durante todo el proceso de recuperación, entendiéndose como una actuación transversal (Plan Estratégico en Drogodependencias-2006-10) Si los circuitos de atención vienen determinados por un protocolo, teórico-práctico, que marque con criterios claros clínicos, psicológicos y sociales la propia atención, así como el itinerario a seguir por el drogodependiente, el avance sobre el saber dónde se está y como actuar es evidente. Por ejemplo, hay cinco criterios de entrada a los circuitos, a saber: 1) necesidad de desintoxicación hospitalaria 2) no requerir desintoxicación hospitalaria 3) programas de tratamiento de sustitución 4) programas de antagonistas 4) programas clínicos para el tratamiento del tabaco, el cánnabis, las benzodiacepinas y la ludopatía o juego patológico, y 5) programas de orientación personal, familiar, laboral,

judicial... Obviamente cada uno de estos circuitos viene determinado por la individualización del caso a tratar. Si escogiéramos el primer circuito, como ejemplo, este vendría determinado por los siguientes criterios para su acceso:

- Fracasos repetidos en desintoxicaciones ambulatorias
- Patología orgánica grave
- Patología psiquiátrica grave
- Riesgo de síndrome de abstinencia grave
- Falta de apoyo familiar
- A petición del paciente, de forma insistente
- Requisito previo al ingreso en Unidad de Deshabitación Residencial
- Solicitud de desintoxicación ultracorta (trabajo fijo, situación familiar y social normalizada, etc.)
- Intolerancia o efectos colaterales al tratamiento de mantenimiento
- Motivación clara hacia este tratamiento

Cuantos más criterios cumple el drogodependiente más necesaria es la elección de este primer circuito. Ahora bien, este paciente en concreto puede tener apoyo familiar, si fuera así el circuito de atención tendría que comenzar por la Unidad de Conductas Adictiva (UCA) seguido de la correspondiente derivación a la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH) para continuar teniendo la solicitud preparada para la Unidad de Deshabitación Residencial (UDR), y de ésta preparar el Centro de Día (CD) para su salida y con el correspondiente seguimiento de la UCA. En resumen este circuito largo sería UCA-UDH-UDR-CD-UCA, pudiéndose acortar según criterio técnico y según marque el seguimiento individualizado respecto a la situación del usuario de la siguiente manera: UDH-UDR-UCA, o bien, UDH-CD-UCA o UDH-UCA. Obviamente si el sujeto no cuenta con apoyo familiar, está sólo o incluso sin domicilio, no quedaría más remedio que comenzar e incluso terminar con una Vivienda Tutelada (VT), siendo el circuito completo: UCA-VT-UDH-UDR-CD-UCA-VT. Las distintas simplificaciones del propio circuito, están a expensas del seguimiento, al igual que el retroceso o la salida de él.

Una vez descrito el circuito, como marco de actuación de los profesionales, dos son los principios a tener en cuenta: la necesidad de motivar al sujeto en su recorrido, aclarando y detallando el mismo

en el tiempo, y el seguimiento continuo de éste. La estructura actual de la asistencia permite establecer un circuito para la atención del drogodependiente, a expensas de dos dificultades, a saber; una, la disponibilidad de los recursos en el momento necesario, y otra la aceptación terapéutica del paciente, que va depender mucho de la situación actual, trabajo, familia... y de su interés en abandonar el consumo de drogas. No para todos los usuarios de drogas valdrán los mismos principios de orientación y tratamiento. El modelo, obviamente no está exento de dificultades: disposición de recursos y/o entrada en el circuito (generalmente las UDHs no permiten, por su dotación ni por su organización, la entrada de los pacientes al circuito cuando se requiere, pues están sometidas a largas listas de espera y a un número escaso de plazas) tener o no apoyo familiar, interés y motivación del usuario, problemas de salud, problemática judicial u otras peculiaridades que ofrecen este tipo de usuarios como abandono, desinterés, no acudir a las citas o no asistir a los programas establecidos en el circuito.

Una vez escenificado el proceso protocolario de actuación a través de los circuitos o itinerarios, y en aras de cumplir el objetivo de la Ley y del Plan Estratégico, no quedan muchas más posibilidades que las descritas para conseguir el fin de una atención integral para todos los drogodependientes. Cabe preguntarse: ¿qué ocurriría sino estuviera la red de asistencia dotada por los recursos de integración social? ¿Podemos pensar que tan sólo con las UCAs el problema o el objetivo o el fin están resueltos?

No deben de existir recursos de primera o de segunda (digamos de determinada categoría o valoración por parte del personal que trabaja en el campo) definidos desde la perspectiva de las condiciones laborales de los profesionales, de la dependencia administrativa de los recursos, desde la red pública (donde las ONGs la complimentan o incluso la facultan) o de la intervención terapéutica en la materia... Sin la estructura de todos los recursos y su organización el fin o el objeto de la ley, normativa y por que no constitucional, es inalcanzable. Por ello no hay que programar para prevalecer, recordemos que muchos profesionales vieron en la actuación preventiva, una actividad innecesaria y de muchos gastos presupuestarios y poca eficacia, pero no dudaron en apuntarse a su ejecución. Otros marcaban a los recursos de inserción como el lugar donde al final tienen que ir los drogodependientes, sin más. Ni la prevención debe estar exenta de críticas ni los recursos de inserción son lugares donde sólo sirven para justificar una gestión presupuestaria.

Retomemos la idea de programar y planificar, sobre todo ahora que tenemos la posibilidad de arbitrar medidas al uso que mejoren el común de la estructura y no tan sólo partes de ellas. Sabemos claramente de las dificultades, que atañen a toda la estructura, y somos conscientes de la imposibilidad de funcionar de forma aislada. Además, poco sentido tiene que en la era de las comunicaciones, la falta de información y la descoordinación frustren el logro de nuestros objetivos.

CONCLUSIÓN

Los circuitos de atención protocolarizados son el mecanismo a seguir para una mejor estructura asistencial y por ello para una mejor integración social del drogodependiente. Recordar que son los centros de integración social quienes hacen de soporte, día a día, de los drogodependientes.

REFERENCIAS

- Plan Autonómico Valenciano sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos, 1999-2002. Generalitat Valenciana.
- Normativa Autonómica Valenciana en Materia de Drogodependencias, (2004). Generalitat Valenciana.
- Plan Estratégico sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos, (2006). Generalitat Valenciana.

(Recibido/received: 20-03-07; aceptado/accepted: 30-04-07).