



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Trabajo Social

Trabajo Fin de Grado

ATENCIÓN Y COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA EN EL ÁMBITO DE LAS DROGODEPENDENCIAS

Alumno/a: Ana Murillo Soto
Tutor/a: Eva María Sotomayor Morales
Dpto: Departamento de Psicología

Junio, 2018

ÍNDICE.

1.	Introducción.....	3
1.1.	Justificación	6
2.	Marco conceptual y teórico	7
2.1.	Conceptos	7
2.2.	Marco teórico.....	9
2.2.1.	Evolución del consumo de drogas y la atención sociosanitaria de los años 50-60 hasta la actualidad.....	9
2.2.2.	Plan Nacional sobre Drogas	13
2.2.3.	Plan Andaluz Sobre Drogas y Adicciones.....	13
3.	Servicios sociales especializados: Atención a los problemas con las drogas y adicciones.	17
3.1.	Centro Provincial de Drogodependencias.	17
3.2.	Atención Especializada, iniciativa social y otros recursos.	20
4.	Marco legislativo	24
5.	Objetivos.....	29
5.1.	Objetivo general.....	29
5.2.	Objetivos específicos	29
6.	Metodología.....	30
7.	Resultados.....	32
8.	Conclusiones.....	35
9.	Bibliografía y webgrafía.....	36
10.	Anexos.....	39

1. Introducción

El modelo de atención sociosanitaria según Badallo (2008) se define por la acción conjunta de los sectores sociales y sanitarios, en la que cada sector ayuda a delimitar sus competencias, desarrollando todos los servicios necesarios para aportar una respuesta integral a las necesidades de los ciudadanos, organizando un sistema de servicios coordinados con procesos bien definidos. La coordinación sociosanitaria, permitirá desarrollar un sistema integral de cuidados interdisciplinar y global sobre la base de la complementariedad intersectorial, facilitando y mejorando la continuidad de la asistencia, así como la eficiencia de los recursos.

La coordinación entre el sistema social y sanitario supone uno de los mayores retos de nuestro sistema de bienestar ya que este tipo de coordinación es imprescindible para ofrecer una atención integral a personas con algún tipo de limitaciones para su autonomía personal y de las que precisan asistencia profesional intensa.

La atención sociosanitaria conlleva:

- ❖ Incremento de la calidad asistencial. Los servicios sociosanitarios deben tener una coordinación adecuada de los recursos, prestaciones y profesionales.
- ❖ Aumento del bienestar y calidad de vida de los ciudadanos.
- ❖ Optimización de recursos. La coordinación sociosanitaria es un mecanismo vital para la sostenibilidad del sistema sanitario y la mejora de los servicios sociales. Optimiza la gestión de los recursos, maximiza la eficiencia y permite menos gasto económico. (Fundación Caser)



Fuente: Fundación Caser

La atención sociosanitaria es una actuación asistencial que realiza soluciones en base a los diferentes marcos (social, sanitario) y se efectúan con criterios de simultaneidad, coordinación y continuidad asistencial en la atención sociosanitaria (Darpón Sierra et al., 2018)

Este ejercicio asistencial necesita de la unión de varios factores:

- ✓ Exige un marco institucional dinámico y fuerte que favorezca la coordinación de los sectores implicados.
- ✓ Que a nivel de gestión organizativa se descentralice y disponga de distintos niveles de atención unido a los recursos necesarios para llevarla a cabo.
- ✓ Intentar conseguir un espacio de atención determinado para tratar las necesidades sociosanitarias de las personas y ser capaz de solventarlas mediante la coordinación de los diferentes niveles de atención.

Existen tres niveles de atención en el ámbito sociosanitario; MACRO, MESO y MICRO y deben de actuar de forma conjunta y coordinada.

Las estrategias de intervención suelen ser a nivel MACRO aunque existen niveles de atención a nivel MICRO que todavía no han llegado a ser evaluadas por escaso apoyo estratégico.

El modelo equilibrado de estos niveles de atención se compone de dos funciones:

- Priorización de la intervención: La necesidad de un enfoque que priorice las acciones de forma equilibrada, en paralelo y en todos los niveles, de forma que permitan un desarrollo estable, paulatino, paralelo y multinivel.
- Complejidad: La priorización de las actuaciones se produce en un marco de complejidad procedente de las condiciones intrínsecas de la atención sociosanitaria. Una función estratégica sería detectar y facilitar la expresión de iniciativas emergentes en todos los niveles. Por ello debe estimularse un doble equilibrio que combine la planificación/ emergencia y un estilo directivo /facilitador, que implique la aparición de nuevos modelos que interpreten y den respuesta a las necesidades sociosanitarias de las personas.

La integración asistencial sociosanitaria tiene como finalidad la prestación integral de atención y servicios y se ajusta a las necesidades planteadas. Desde esta perspectiva, todas aquellas estructuras y funciones asistenciales que se acercan al ecosistema en el que se mueven las personas son certeras, eficaces y eficientes, promueven la sostenibilidad del sistema sociosanitario, y por ende los sistemas social y sanitario.

Por lo que se identifican dos elementos que van a definir este marco ecológico:

- **Coordinación:** La estructura de la atención sociosanitaria en todos sus niveles MACRO/MESO/MICRO se ajusta a los parámetros de la coordinación y sabe desenvolverse en los mismos.

La coordinación no aspira a la integración estructural sino a la funcional. En términos ecológicos la coordinación no busca ser una combinación de los sistemas, sino que se centra en el modelo de unión entre ambos donde los organismos conservan su identidad pero perfeccionan su capacidad operativa en un contexto de mutuo. La coordinación no se plantea como un marco de actuación estático sino evolutivo y abierto continuamente a la búsqueda de las mejores soluciones.

- **Domicilio:** El espacio domiciliario se plantea como paradigma del ecosistema propio de la atención sociosanitaria y lugar en el que se produce la unión de las actuaciones que permiten preservar las condiciones y el medio para que las personas pueden desarrollar su proyecto vital.

Estas dos características confluyentes, equilibrio y adaptación al ecosistema, obligan a enfocar la realidad sociosanitaria de forma dinámica y abierta, reinterpretando y ajustando los hechos institucionales, organizativos, profesionales y ciudadanos al contexto.

1.1. Justificación

Con este trabajo se pretende mostrar el porqué es tan importante la atención sociosanitaria y que elementos han sido decisivos para la creación de una intervención sociosanitaria y la instauración del Plan Nacional Sobre Drogas y Adicciones.

También y en especial atenderemos y haremos un repaso a los diferentes Planes Andaluces Sobre Drogas haciendo incidencia en los apartados que refieran a la atención sociosanitaria. Se va a realizar un repaso en la evolución del consumo de drogas desde los años 50-60 hasta nuestros días y la manera en la que se ha llevado a cabo las múltiples intervenciones hasta llegar a como se empezó a formar la red de coordinación y recursos que hoy en día poseemos.

El método para la realización de este trabajo es la revisión bibliográfica sobre el trabajo social sociosanitario, recursos e intervenciones en esta materia así como su abordaje y actuación a través de la combinación entre los servicios sociales, sanitarios y otras entidades públicas y privadas que son esenciales en este campo para una atención integral y coordinada entre ambos sectores; la atención sociosanitaria.

Por desgracia todavía no hay muchas evidencias ni grandes intervenciones a nivel sociosanitario que sean tengan un alcance amplio y contenga una red estructurada y soportada por las administraciones públicas a causa de la escasa inversión que se realiza a este sector.

Uno de los problemas clave de la coordinación sociosanitaria es la financiación junto con la falta de inversión y presupuestos que impiden la gestión y la integración de estos servicios. La idea de incluir presupuestos compartidos para su gestión son incentivos para el trabajo integrado pero aún no se ha llevado a cabo (Pinzón-Pulid et al., 2016).

A modo de conclusión, lo que se pretende conseguir con la realización de este trabajo es tomar conciencia de la importancia de la intervención integral y coordinada, implicación de los sectores, la importancia del movimiento asociativo como recurso externo y privado junto con otros recursos públicos y concertados que ayudan a la intervención y asistencia a las personas con algún tipo de dependencia a las drogas. Importante también remarcar el porqué es necesario el apoyo económico para el desarrollo de nuevos programas adecuados a los nuevos patrones de consumo y a la estabilización de los recursos, la cual sin ellos, las personas que lo soliciten quedarían desamparados.

2. Marco conceptual y teórico

2.1. Conceptos

Conceptos clave: Droga, Drogodependencia, Atención Sociosanitaria, Desintoxicación, Plan estratégico.

Droga: Toda sustancia de uso no doméstico con efecto psicoactivos que introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración del funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y además es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas (World Health Organization, 1994).

Drogodependencia: Tal y como describe la OMS la drogodependencia se refiere al estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo continuado de una droga natural o sintética y se caracteriza por el deseo de seguir consumiendo y obtenerla por cualquier medio, tendencia a incrementar la dosis, dependencia física, psicológica y social, con síndrome de abstinencia a causa de la retirada de la droga y con efectos nocivos y perjudiciales para el individuo y para la sociedad.

Atención Sociosanitaria: Acción conjunta de los sectores sociales y sanitarios, en la que cada sector ayuda a definir sus competencias, desarrollando todos los servicios necesarios para aportar una respuesta integral a las necesidades de los ciudadanos, constituyendo un sistema de servicios coordinados con procesos altamente delimitados. La coordinación sociosanitaria, permitirá elaborar un sistema integral, interdisciplinar y global sobre la base de la complementariedad intersectorial, facilitando y mejorando la continuidad de la asistencia, así como la eficiencia de los recursos (Badallo, 2008).

Desintoxicación: Proceso por el cual una persona dependiente de una sustancia psicoactiva deja de consumirla o usarla y de esa manera reduce al mínimo los síntomas de privación y el riesgo de daños. Si bien el término “desintoxicación” significa literalmente eliminación de los efectos tóxicos de la utilización de una droga durante cierto período, en realidad ha pasado a aplicarse al tratamiento de los síntomas de privación por neuroadaptación, es decir, de la abstinencia y demás problemas de salud física y mental concomitantes.

(Naciones Unidas, 2003)

Plan Estratégico: Según el Manual sobre Tratamiento del Abuso de Drogas de Naciones Unidas define el plan estratégico como un marco general preparado a nivel nacional que trata problemas de abuso de sustancias que sirve de base a las actividades de reducción de la demanda y demás actividades de prevención, los organismos y recursos que se asignarán para hacer frente al problema y las metas y los objetivos que se procura alcanzar en un marco cronológico específico. En los planes se asigna un valor considerable a las consultas y estos documentos son públicos y de acceso libre que pueden consultarse en Internet.

2.2. Marco teórico

2.2.1. Evolución del consumo de drogas y la atención sociosanitaria de los años 50-60 hasta la actualidad.

El alcohol sufrió un cambio importante entre los años 50 y 70 que conllevó un aumento en hombres alcohólicos recogidos en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Provincial de Madrid, en el Manicomio de Murcia y en el Hospital Psiquiátrico de Ciempozuelos ubicado en Madrid y así prácticamente en toda España que llegaron a duplicar el consumo de alcohol.

A finales de los 60, aumentó el consumo y dependencias por analgésicos, hipnóticos y sedantes. El grupo de población que más llegó a consumirlo fueron mujeres y personas de edad. Otro sector de consumidores de estimulantes, sobre todo anfetaminas, lo constituía la población juvenil en fase de estudios y oposiciones. Este consumo, también con nulo control eficaz en su producción y consumo, se mantenía estabilizado en niveles relativamente bajos.

En los años 70, España sufre un cambio en el panorama del consumo de sustancias psicotrópicas. El consumo de estas sustancias de tipo alucinógeno eran sobre todo el LSD, hongos alucinógenos y hongos domésticos consumidos sobre todo por estudiantes universitarios.

Hacia 1978, se presentó una expansión del consumo de heroína intravenosa y nacieron los primeros bebés con cuadros dependientes de heroína, hechos que demostraron la epidemia que estaba provocando el consumo de la heroína y que afectaba a muchos sectores de la población; edades adultas, mujeres y personas con niveles económicos y culturales cada vez más amplios y extendidos.

En los años 80, se produce un aumento de drogas ilegales, especialmente cocaína y heroína que se alargó hasta los años 90. Otras sustancias estimulantes llamadas ‘‘drogas de diseño’’ como el MDMA, tuvo un gran boom posterior a su ilegalización. La reaparición de estas sustancias hizo cambiar el perfil del consumidor que pasó de personas con niveles económicos y culturales bajos a clases trabajadoras por lo que provocó un aumento de consumidores. Las sustancias han estado evolucionando y los psicofármacos y derivados del cannabis han notado un aumento en su consumo.

En 1990 la heroína fue bajando y parecía encontrarse en declive debido a las repercusiones

y los afectados que se encontraba en tratamiento, ya fuera con programas de mantenimiento con metadona o programas libre de drogas. Con respecto al alcohol aparece un incremento del consumo en jóvenes con edades cada vez más tempranas y cambios en los patrones de consumo. El perfil del drogodependiente marginal pierde sus connotaciones, ya este aumento de consumidores provienen de personas con alto grado de integración social (Fuentes, 2005).

Las drogas emergentes (Laguna, 2013) abren nuevos retos para la toxicología, la epidemiología, los ensayos clínicos y los tratamientos individualizados para las adicciones. Entre 2005 y 2011 han emergido 164 sustancias nuevas donde se ha hecho hincapié la importancia del diseño de programas adaptados pero la respuesta del sistema sociosanitario para detectarlas y estudiarlas, así como para valorarlas es un proceso lento. El perfil de consumidores está entre los 15 y 34 años que lo consumen por diversión y placer sexual.

Actualmente el alcohol y el tabaco al ser drogas legales y socialmente bien vistas, pueden interactuar y servir de puente para el consumo de otras sustancias y dar así al policonsumo, un fenómeno cada vez más extendido en todos los grupos de consumidores y esto genera que sea difícil definir el perfil de los consumidores. Es frecuente que se consuma tabaco, alcohol, cannabis drogas de síntesis, alucinógenos, anfetaminas o cocaína, y todo ello puede presentarse en personas adictas tanto en sectores marginales de la población como en población totalmente normalizada ya sean estudiantes y/o trabajadores donde las drogas son mayormente consumidas en su tiempo de ocio y diversión

Debido al creciente aumento del consumo de sustancias legales e ilegales y a los diferentes grupos de población afectada se hace imprescindible la realización de planes e investigaciones específicas que aborden esta problemática de manera lo más eficaz y eficiente posible.

A modo de pequeña síntesis, según Pallarés (2003) clasifica y resume el consumo de drogas en el siglo XX en varias fases:

- a) La primera fase, en los años 60, donde las drogas ilegales tenían escaso consumo y casi todo el problema consistía en su tráfico, al estar España situado al sur de Europa y conectando con Sudamérica. El mayor consumo se centraba en el alcohol, tabaco y fármacos de tipo anfetamínico e hipnosedante.
- b) Hasta finales de los años 70 se produce la ruptura de la juventud con la sociedad

tradicional, se lleva a cabo la transición política a la Democracia y se genera el consumo paulatino de drogas ilegales, tales como la cocaína y LSD

- c) Los 80 suponen la explosión en el consumo de heroína. El consumo de alcohol se eleva y se identifica con el tiempo libre y la fiesta y sirviendo de elemento socializador del grupo. A finales de los 80 comienzan a producirse las consecuencias del fenómeno epidémico del SIDA.
- d) En los noventa se reduce el consumo de heroína al considerarse una droga muy dañina y se sustituye por el consumo de la cocaína de la que se tiene una imagen menos prejuiciosa. Aumenta el consumo de alcohol, estimulantes y drogas sintéticas.
- e) En los primeros años del siglo veintiuno se incrementa entre las capas más jóvenes de la población y con reducido poder adquisitivo (básicamente el grupo de los estudiantes) el consumo de alcohol de bajo coste y baja calidad en grandes grupos en lugares públicos, generalizándose la denominada cultura del «botellón», ocasionando importantes problemas derivados de los ruidos y los residuos generados.

En el Anexo 1 se expondrán los cuadros que recogen a modo de esquema la evolución del consumo y la evolución de las intervenciones.

Por lo que se refiere a los distintos tipos de intervención social sobre el tema, los predecesores de la actual asistencia sociosanitaria en el campo de las drogas, se situaron en los servicios sanitarios de atención a los alcohólicos, que solían estar ligados a la psiquiatría y entre los 60 y 70 funcionaban en Barcelona, Madrid, País Vasco y Valencia. El problema principal en aquella época era de alcoholismo pero también se trataba la adicción a la morfina o a las anfetaminas. En estos años se pensaba que estos problemas tenían que plantearse de la misma forma las enfermedades mentales.

Fue en el año 1975, donde el "Grupo de trabajo para el estudio de los problemas derivados del alcoholismo y del tráfico y consumo de estupefacientes", radicado en el Ministerio del Interior junto con otros miembros de diferentes ministerios, divulgó una memoria donde se daba a conocer la evolución de este campo. Esta comisión se creó a principios de los

ochenta, ya establecido el sistema democrático, con secretaría en la Dirección General de Acción Social del Ministerio de Asuntos Sociales, y además, con representación de Sanidad, Interior, Educación entre otros, por lo que se llamaría "Comisión interministerial para el estudio de los problemas derivados del consumo de drogas". Fue el primer intento de coordinar a escala general todo lo relacionado con la intervención social en este ámbito, aunque en especial, a la asistencia sociosanitaria. De hecho, esta comisión y grupo de trabajo sería el principio del futuro Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD), creado en 1985.

La llegada del SIDA a causa de la administración de sustancias por vía endovenosa creó tal alarma social que favoreció el empujón hacia un planteamiento de intervención asistencial. No fue hasta los ochenta que se abrieron los primeros centros socio sanitarios públicos aunque ya se había empezado a llevar a cabo tanto por la Iglesia evangélica como la organización "El Patriarca" actuaciones a este nivel que durante una época sería punto de referencia obligado en relación con las drogas.

En el año 1979 se realizaron múltiples iniciativas locales y regionales, privadas y públicas, en torno a la asistencia a los "drogadictos", donde posteriormente el PNSD pretendió ordenar de alguna manera, a partir de 1985 (Romaní, 2010).

Todo esto conllevó una "expansión asistencial" relacionada con la estructuración de atención sanitaria pública que empezó a modificarse para adaptarse al abordaje de las drogas. Las primeras actuaciones empezaron a florecer apoyadas por los servicios sociales y del Estado del Bienestar y la aparición de los primeros profesionales del trabajo social, las ciencias sociales y del comportamiento en este campo de las drogodependencias. Se pasó de no tener ningún servicio de asistencia o reinserción social a contar con 68 servicios asistenciales de carácter ambulatorio muchos de ellos públicos y gratuitos (según el Plan Nacional Sobre Drogas de 1985) y 58 Comunidades Terapéuticas muchas de ellas privadas con subvenciones públicas pero con un coste tan elevado que hacía difícil el acceso a estos recursos. Todo esto sumando la expansión de fundaciones, asociaciones y muy diversos tipos de ONG al desarrollo y la coordinación pública de las políticas asistenciales para drogodependientes, que implican la consolidación de un sector profesional especializado cada vez más importante.

A causa de la preocupación de un grupo de madres se constituyó en 1990 la asociación de lucha contra la drogodependencia "La Muralla" cuyo fin fue trabajar por sí misma y en colaboración con otras instituciones públicas o privadas, en la prevención, ayuda al toxicómano para su integración.

2.2.2. Plan Nacional sobre Drogas

El Plan Nacional sobre Drogas (1985) ha ido sentando las bases fundamentales de actuación en materia de prevención de las drogodependencias, tanto en el control de la oferta, como en la reducción de la demanda, haciendo especial hincapié en la coordinación de las distintas comunidades autónomas que tienen competencias en esta materia.

2.2.3. Plan Andaluz Sobre Drogas y Adicciones

En Andalucía, la creación en 1985 del Comisionado para la Droga y la puesta en marcha del Plan Andaluz sobre Drogas impulsaron las actuaciones relacionadas con los ámbitos sanitarios y sociales en materia de prevención, asistencia e inserción social de los drogodependientes.

El Plan Andaluz Sobre Drogas y Adicciones (PASDA) nace a mediados de los 80 para dar respuestas a la alarma social que se crea a causa del consumo de heroína, por lo que las primeras actuaciones que se llevan a cabo se focalizan en los consumidores de esta sustancia. Estas actuaciones contribuyeron a la eliminación de los estereotipos negativos asociados a la imagen del drogodependiente y a su integración normalizada en la sociedad. En la actualidad todavía se atiende a este colectivo de heroinómanos pero cada vez son más escasos y tratamientos más diversos dependiendo del tiempo de consumo y otros factores de salud. Los crecientes problemas de alcoholismo que coincidieron con la puesta en marcha del Plan Andaluz sobre Drogas y la respuesta institucional que se le dio fue bastante escasa pero este hecho facilitó la organización de los movimientos sociales, con la creación de las primeras asociaciones de ex alcohólicos y alcohólicos rehabilitados.

El apoyo al movimiento asociativo sobre drogodependencias fue una de las prioridades del Plan Andaluz sobre Drogas desde su creación. En 1987 se celebra el primer encuentro de asociaciones de drogodependencias donde se empieza a crear una estructura de coordinación de asociaciones, dando lugar en 1990 a la creación de la Federación Andaluza de Asociaciones de Drogodependencias ENLACE. La incorporación paulatina de cada vez más asociaciones y su positiva evolución contribuyeron a una mejora del Plan, progresando en la detección de nuevas necesidades sociales y ofreciendo un cauce de participación y de amplitud de recursos para este sector de la población. Mejoraba la

iniciativa social, además de ampliar programas complementarios.

El II PASDA (2002-2007) se formuló y se organizó mediante 5 áreas de actuación: prevención, atención sociosanitaria, incorporación social, reducción de daños e información, formación e investigación de las cuales se formulan objetivos generales y específicos junto con las estrategias para su desarrollo. Un aspecto significativo que recoge este plan es el tratamiento de ‘‘adicciones sin sustancia’’ generados por el juego al azar y se considera de gran importancia la participación del movimiento asociativo y de los agentes sociales en el desarrollo, planificación y gestión de los programas. También destaca la aparición de consumidores de nuevas sustancias, los nuevos patrones de consumo, la demanda de tratamiento derivada del consumo de alcohol y la adicción al juego que dan lugar a la creación de nuevos programas y reestructuración de los ya existentes, con el objetivo de realizar un abordaje más integral y eficaz a estas nuevas adicciones. Esta mejora en los programas supondrá un aumento y reestructuración de la red de profesionales de los centros de atención y una mayor implicación y coordinación con el sistema sanitario y sistemas implicados.

En la parte del área de la atención sociosanitaria del II PASDA parte de una renovación en el modelo asistencial de forma que permite actuar de manera individualizada, atendiendo a los nuevos perfiles del drogodependiente, nuevos patrones de consumo, nuevas adicciones, creándose nuevas perspectivas adaptadas al fenómeno cambiante de las drogas.

Por eso los recursos y programas de este Plan conllevarán unos elementos comunes:

- Individualización: Recursos adaptados al perfil del drogodependiente, a su entorno y necesidades.
- Integralidad: Incluir los distintos aspectos en el transcurso del tratamiento.
- Diversificación: Incrementar la oferta de recursos y programas asistenciales y posibilitando nuevos campos en la investigación, análisis y evaluación de las actuaciones.
- Flexibilidad: Saber adaptarse a las necesidades y cambios que se vayan produciendo y siendo capaces de ajustarse a ellos.
- Complementariedad: Hacer posible una armonía entre los programas dirigidos a la abstinencia con los programas de reducción de riesgos y daños.

El III PASDA (2016-2021) presta mayor atención a la perspectiva de género para la eliminación de desigualdades y programas específicos a personas con mayores dificultades y vulnerables como pueden ser los adolescentes y jóvenes. Se hace énfasis en los programas destinados a Programas de Reducción de Riesgos y Daños, adaptándolos a nuevos patrones de riesgo como el consumo combinado de sustancias legales e ilegales en ambientes recreativos y de ocio. Se ve una tendencia de conductas adictivas en edades tempranas relacionadas con el uso de tecnologías y se pretende atajar el problema a través de programas específicos de prevención y atención de este tipo de adicciones en adolescentes y jóvenes.

El plan actual detalla unas líneas prioritarias de las que se va regir:

- Integración de la perspectiva de género: ya que las mujeres presentan una mayor vulnerabilidad y riesgo de exclusión social añadiendo que suelen contar con menos apoyo en la red familiar y social.
- Potenciar la coordinación interna de la Red para la Atención a las Drogodependencias y Adicciones, la coordinación interinstitucional y con entidades sociales que trabajan en el ámbito de las drogas y adicciones: Esto requiere desarrollar un alto nivel de coordinación para lograr una mayor efectividad, equidad y homogeneidad de la atención.
- Priorización de los programas e intervenciones de prevención y atención a población joven y adolescente.
- Mejora de estrategias de intervención dirigidas a personas de alto riesgo de exclusión social como son la población inmigrante, consumidores con patologías psiquiátricas asociadas, ex reclusos y reclusos etc.
- Facilitación del acceso a los recursos y programas de la Red, adaptándolos a las nuevas demandas y necesidades.
- Modernización y calidad de los servicios y programas e impulso a las nuevas tecnologías.
- Promoción y gestión del conocimiento en materia de drogas y adicciones, a través del impulso al Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones.

El Área de Atención Sociosanitaria del actual PASDA parte de un grado de desarrollo y cobertura más amplio que el anterior para afrontar los nuevos retos que se plantean.

El policonsumo genera un mayor obstáculo para el tratamiento por lo que se pretende adaptar de los recursos, programas e intervenciones a este grupo de población teniendo en cuenta sus características y necesidades logrando mayor efectividad de los tratamientos.

También se compromete a adecuar los recursos y programas a las necesidades de mujeres, personas excluidas y/o en mayor riesgo de exclusión social facilitando su acceso.

Por último, también es destacable mencionar una ampliación de la oferta de programas y estrategias de reducción de riesgos y daños, un elemento clave del Área de Atención Sociosanitaria para disminuir los daños provocados por nuevos patrones de consumo recreativo haciendo hincapié en el policonsumo.

3. Servicios sociales especializados: Atención a los problemas con las drogas y adicciones.

3.1. Centro Provincial de Drogodependencias.

Los Centros Provinciales de Drogodependencias (CPD) y los Centros Comarcales de Drogodependencias (CCD) están especializados en la atención integral especializada atendiendo a los problemas de las drogas y adicciones y sus consecuencias. Forman el eje operativo del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones en lo referente a prevención, asistencia e incorporación social. Constituyen el primer nivel de atención de la red de drogodependencias y adicciones, realizándose desde ellos las derivaciones a los recursos de segundo nivel: Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH), Comunidades Terapéuticas (CT), Viviendas de Apoyo a la Reinserción (VAR) y Viviendas de Apoyo al Tratamiento (VAT) entre otros.



Fuente: realización propia.

La provincia de Jaén cuenta con 3 Comunidades Terapéuticas, las cuales dos de ellas están concertadas y la restante es pública.

La coordinación la realizan con los sectores implicados que suelen ser las Diputaciones Provinciales, Ayuntamientos, ámbitos educativos y sanitarios de la provincia. Elaboran y gestionan programas y recursos específicos; se crean por acuerdos entre Diputaciones y la Junta de Andalucía, se financian con fondos de las dos administraciones y el PASDA.

Sus funciones son atender las demandas como centro especializado en la atención a las drogodependencias y adicciones, dar información a la ciudadanía acerca del problema de las drogodependencias y las adicciones, colaborar con las instituciones socio-sanitarias para la rehabilitación y reinserción, revisar, asesorar, aprobar y apoyar los programas preventivos de las entidades privadas y de los organismos públicos.

Los Centros de Tratamiento Ambulatorio (CTA) están destinados a la prevención, orientación, desintoxicación, deshabituación y reinserción de la persona drogodependiente en régimen abierto, por lo que son consultas con cita previa.

Los cuatro CTA de la provincia son coordinados por el Centro Provincial de Drogodependencias (CPD) de Jaén que son el referente de las actuaciones en materia de drogas a nivel provincial.

La estructura de estos centros está constituida por los siguientes Centros de Tratamiento Ambulatorio:

Nombre	Titularidad	Calle	Cod. Postal/ Localidad	Teléfono/ Fax	Correo electrónico	Datos de interés
Centro provincial de drogodependencias.	Público	Recinto hospitalario princesa de España Ctra. de Madrid, s/n	23071 Jaén.	Tlf: 953248108-09 Fax: 953248020	cddjaen@promojaen.es	
Centro Comarcal de Drogodependencias de Andújar Centro de Salud "B".	Público	Polígono Puerta Madrid, sector Málaga s/nº	23740 Andújar.	Tlf.: 953510294	ccdandujar@dipujaen.es	(consulta en Bailén una vez a la semana)
Centro Comarcal de Drogodependencias de Linares.	Público	Avda. María Auxiliadora 1-bajo	23700 Linares.	Tlf.: 953656146		
Centro Comarcal de Drogodependencias Úbeda.	Público	C/ San José, 5, Bajo izqda.	23400 Úbeda	Tlf.: 953792119-0826 Fax: 953792119	ccdubeda@promojaen.es	
Centro Comarcal de Drogodependencias Villacarrillo	Público	C/ Ramón y Cajal, 10	23300 Villacarrillo	Tlf.: 953444104 Fax: 953444105	ccdillacarrillo@dipujaen.es	(Consulta en Peal de Becerro los martes de 8 a 15h)

Fuente: elaboración propia.

El Centro Provincial de Drogodependencias cuenta con un equipo multidisciplinar y multiprofesional compuesto por médicos, psicólogos, trabajadores sociales, personal de enfermería entre otros para el abordaje integral de las drogodependencias y adicciones y de los problemas asociados.

Según el Informe-Memoria 2017 del Centro Provincial de Drogodependencias de la Diputación de Jaén de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales los profesionales que componen estos Centros de Tratamiento de la Administración pública de Jaén son 31.

PERFIL PROFESIONAL 2017

Psicólogos/as	9
Médicos/as	7
Enfermera	1
Trabajadores/as Sociales	7
Personal Administrativo	6
Abogado	1 (jornada parcial)

Fuente: Elaboración propia.

Sus actuaciones se concretan en:

1. La asistencia al usuario:
 - Desintoxicación: Ambulatoria y hospitalaria.
 - Deshabitación: Ambulatoria y residencial (derivación a Comunidades Terapéuticas)
 - Programas de reducción del daño: Tratamiento con metadona, prevención de enfermedades de transmisión sexual, vacunación (tétanos, hepatitis)
 - Programas grupales de deshabitación tabáquica
 - Programas de incorporación social: Asesoramiento jurídico, asesoramiento socio-laboral, derivación a programas de empleo, vivienda, centro de día etc.
 - Programa de intervención en instituciones penitenciarias

2. La prevención del problema

Se atienden las demandas de información, asesoramiento y formación de las personas y de los colectivos implicados en la Prevención de las Drogodependencias y Adicciones en los ámbitos comunitario, educativo, familiar y laboral.

Las actividades que desarrolla el CPD en esta área son las siguientes:

Información → Charlas, conferencias, mesas redondas, participación en campañas de sensibilización en prensa, radio, TV.

Formación → Cursos, talleres, jornadas

Asesoramiento técnico → Orientación, consejo, apoyo técnico

3. El asesoramiento

Los profesionales que componen el CPD informan, asesoran y orientan a:

Adolescentes y jóvenes → prevención, información, asesoramiento, orientación
Familias → apoyo psicosocial, asesoramiento, información, asistencia psicosocial
Profesionales de otros servicios e instituciones → coordinación, información
Asociaciones → coordinación, información

3.2. Atención Especializada, iniciativa social y otros recursos.

Son centros especializados en la atención a las drogodependencias y adicciones y la puerta de entrada al resto de los recursos. Se dedican a la prevención, orientación, desintoxicación, deshabitación y rehabilitación en régimen abierto, cerrado o semiabierto, dependiendo del tipo de recurso y de las personas con problemas de adicción.

- Los centros de encuentro y acogida están destinados al desarrollo de programas de disminución de daños y riesgos, para personas con problemas de adicción que no deseen o no puedan abandonar el consumo, priorizándose las intervenciones orientadas a minimizar los daños provocados por las conductas adictivas, así como prestar información y orientación sobre las consecuencias del consumo, las formas de consumo menos perjudiciales y el acceso a los recursos de atención

sociosanitaria y programas formativos, laborales, etc. En la provincia de Jaén no existen este tipo de recursos.

- En los Centros de Día se realizan actividades orientadas a la adquisición de hábitos de vida normalizados, horarios, distribución de tiempo libre, actividades y programas culturales, educativos y de formación laboral, con el objetivo de favorecer la incorporación social de las personas en tratamiento. Podrán ser anexos a los centros de tratamiento ambulatorio, pudiendo compartir los servicios comunes y la dirección. La provincia de Jaén contaba con el Centro de Día El Olivo situado en Andújar pero se cerró por falta de apoyo económico en 2014/2015.
- Viviendas de apoyo al tratamiento y de apoyo a la reinserción. Son unidades de alojamiento y convivencia, las cuales están ubicadas en edificios o zonas de viviendas normalizadas, destinadas a personas con problemas de adicciones durante su proceso terapéutico. Son recursos vinculados con el entorno con el objetivo de posibilitar su normalización social y familiar. Las Viviendas de Apoyo al Tratamiento, como su nombre indica, atienden en primera fase del proceso de tratamiento mientras que las de Apoyo a la Reinserción atienden en una fase posterior que facilita la Incorporación social y de normalización. Tanto este recurso como los Centros de Día no se presentan aquí en Jaén pero Cruz Roja si posee recurso de pisos de reinserción al toxicómano pero estos por falta de demanda es difícil conocer su situación actual.
- En las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH) están integrados en los hospitales cuando la patología asociada o las circunstancias psicosociales o familiares hacen difícil llevarla a cabo de forma ambulatoria. Ofertan asistencia sanitaria para la desintoxicación de las drogodependencias en régimen de internamiento Estos tipos de centros pueden estar integrados como unidades en Comunidades Terapéuticas y se accede mediante los CTA y su correspondiente protocolo de ingreso. En la provincia de Jaén no existen este tipo de recursos, el más cercano es en Granada (Hospital S. Juan de Dios) y en Córdoba
- En las Comunidades Terapéuticas se llevan a cabo procesos de rehabilitación de

carácter residencial, ofrecen tratamiento integral biopsicosocial, asistencia orientada a la desintoxicación, deshabituación de la conducta adictiva, a la rehabilitación de hábito de comportamiento y al seguimiento de patologías orgánicas asociadas. También se realizan tratamientos libres de drogas, con sustitutivos como el Programa de Tratamiento con Metadona y actividades socioeducativas orientadas a la Incorporación Social. Estos recursos son regionales y acogen a pacientes derivados de los Centros de Tratamiento Ambulatorio a través de un protocolo de ingreso.

Existen en la provincia de Jaén tres Comunidades Terapéuticas, una de ellas pública.

- El Centro Regional de Rehabilitación de Drogodependencias fue el primer centro público creado por la Junta de Andalucía para la atención de personas con problemas de adicción. La Comunidad Terapéutica se encuentra a escasos 5 kilómetros de Lopera, inaugurado en junio de 1986 y con capacidad de 24 plazas estando en todo momento ocupadas y con lista de espera. Consta de 21 trabajadores de los que se incluyen director, psicólogos, educadores, monitores y personal de servicios.

También se cuenta con la Comunidad Terapéutica Nuestra Señora de la Asunción y el Centro de Terapia de Adicciones y Trastornos del Comportamiento AEQUILIBRIUM. Ambos dos son CT concertadas que cuentan con recursos propios y una alta red de recursos humanos.

- La Comunidad Terapéutica Nuestra Señora de la Asunción cuenta con un equipo integral de profesionales como son trabajadora social, monitor/educador, psicóloga, directora, médico y cocinero.
- El Centro de Terapia de Adicciones y Trastornos del Comportamiento AEUILIBRIUM cuenta con psicólogos/as, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, monitores deportivos, médico psiquiatra, DUE entre otros y cuenta con múltiples recursos como centro de día, programas de deshabituación de adicciones y conductas adictivas, programas terapéuticos y terapias grupales.

Nombre	Titularidad	Calle	Cod. Postal/ Localidad	Teléfono/ Fax	Correo electrónico	Datos de interés
Comunidad Terapéutica Nuestra Señora de la Asunción	Concertado	Caserío Chircales s/n Carretera Villarbajo	Alcaudete, 23660	Telf.: 953123151 - 670418968		http://www.comunidadterapeutica.es/
Centro de terapia de adicciones y trastornos del comportamiento aequilibrium	Concertado	Autovía A-44 Km. 67	Campillo de Arenas 23130	Tlf.: 958080848 953309037	info@residenciaequilibrium.es	http://www.residenciaequilibrium.es/
Centro Regional de Rehabilitación de Drogodependientes	Público	Carretera de Arjonilla 2.	Lopera 23780	Tlf.: 953122407		No consta Trabajador Social.

Fuente: Elaboración propia.

- Instituciones y recursos sin ánimo de lucro relacionado con las drogodependencias: son entidades de iniciativa social (la mayoría de ellas son asociaciones) desarrollan actuaciones preventivas, informan y educan respecto al tema de las drogodependencias, generan conciencia social y participativa. Muchos de estos recursos llevan a cabo talleres, cursos, charlas para la prevención, ofrecen tratamiento psicológico y social a las personas que presentan problemas de adicciones y también a los familiares que los acompañan. Poseen un equipo multidisciplinar compuesto en su mayoría por psicólogos, trabajadores sociales y médicos.

El listado elaborado de estos recursos se puede consultar en el Anexo 2. Se ha tomado como referencia diferentes fuentes de páginas oficiales de la Junta de Andalucía, Diputación de Jaén, páginas de ayuntamientos y folletos o tarjetas de los recursos en cuestión.

4. Marco legislativo

Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía

El artículo 25 habla de los principios rectores entre los cuales se encuentran el carácter integral y continuidad de la atención, coordinación y cooperación interadministrativa y cooperación con la iniciativa privada, especialmente con las entidades de iniciativa social.

Artículo 32 de la estructura funcional de los Servicios Sociales; los servicios sociales especializados los definen como todos aquellos centros y servicios sociales que en problemáticas específicas o de un grupo de población y que por su complejidad requieren de una especialización técnica concreta y unos recursos determinados. El acceso a estos servicios se producen por derivación de los servicios sociales comunitarios o atención primaria de salud.

En su artículo 34 los profesionales de los servicios sociales especializados serán interdisciplinarios y se ajustará a las necesidades de atención de la población que atienden, por lo que se llevarán a cabo protocolos de coordinación entre los servicios sociales especializados y los comunitarios. También se establecerán protocolos de coordinación con otros sistemas de protección social, de atención primaria y especializada, de salud, educación, vivienda, justicia y empleo, y de las fuerzas y cuerpos de seguridad.

Ley 4/1997, de Prevención y Asistencia en materia de Drogas, modificada por Ley 1/2001.

En el artículo 5 se clarifican varias definiciones que son importantes en el tema de la atención sociosanitaria:

- a) Prevención: Medidas encaminadas a limitar o eliminar, la oferta y la demanda de drogas, así como las consecuencias dañinas asociadas al consumo.
- b) Atención: Su función es dar cobertura sanitaria y social a las personas afectadas por drogodependencias y al consumo en situaciones especiales de riesgos físico y psíquico para el individuo o terceros.

b.1. Asistencia: La fase de la atención que comprende la desintoxicación, y todas aquellas medidas encaminadas a tratar las enfermedades y trastornos físicos y psicológicos, causados por el consumo o asociados al mismo.

b.2. Rehabilitación: La fase de la atención para la recuperación o aprendizaje de comportamientos individuales socialmente aceptados, como medio de facilitar su incorporación social.

b.3. Incorporación social: La fase de la atención dirigida a la integración plena de la persona a la sociedad en igualdad de condiciones que el resto de los ciudadanos. ”

En materia de prevención la ley garantiza en su artículo 6 el acceso a los recursos a los grupos de población que, por su situación de marginación, resultan afectados por las drogas, desarrollando actuaciones preventivas en materia de información, educación, salud e inserción social. Se fomenta el movimiento asociativo, favoreciendo su participación en programas culturales, deportivos, medioambientales y de educación para la salud, de apoyo a colectivos que viven en situación de grave riesgo social. Esta ley pretende modificar las actitudes y comportamientos de la población en general respecto a las drogodependencias, generando una conciencia social solidaria y participativa frente a este problema.

Dentro del artículo 7 expone que las Administraciones Públicas andaluzas, dentro de sus competencias, promoverán la participación y concurrencia de las instituciones, donde establecerán y desarrollarán programas de información y formación sobre las drogas, con el objeto de llegar a los ciudadanos, e informar acerca de los riesgos que conlleva su consumo y medidas para prevenirlo. Se llevará a cabo la realización de programas comunitarios de prevención de las drogodependencias en zonas urbanas y rurales con una mayor incidencia y prevalencia. La participación de las corporaciones locales serán coordinados de manera específica por los centros comarcales de drogodependencia.

En su artículo 16 y 17 habla de las actuaciones que llevaran a cabo las Administraciones encaminadas a garantizar la atención de las necesidades sociales favoreciendo su rehabilitación e integración social, mediante el sistema de servicios sociales y otras medidas de apoyo social y laboral. También se favorecerá la atención integral al

drogodependiente, la Junta llevará a cabo programas específicos orientados a facilitar el acceso a los servicios y la continuidad asistencial.

En el marco de la atención, los artículos 13, 14, 15 y 16 hablan de que las Administraciones Públicas andaluzas efectuarán atención sanitaria y social adecuada a las necesidades de las personas drogodependientes y a los niveles de prestaciones existentes en la red ordinaria de Salud y Servicios Sociales. Se velará por el desarrollo de las actuaciones precisas para el tratamiento de las drogodependencias: La desintoxicación, la deshabituación, la atención a las complicaciones orgánicas y psíquicas y a las urgencias derivadas del consumo de drogas. Al mismo tiempo podrá establecer con carácter complementario fórmulas de cooperación y colaboración con entidades públicas o privadas. Se realizarán actuaciones encaminadas a garantizar la atención de las necesidades sociales de los drogodependientes, y a favorecer su rehabilitación e integración social, se establecerán programas específicos orientados a facilitar el acceso a los servicios y la continuidad asistencial.

El artículo 33 y 34 relata acerca del movimiento asociativo e iniciativa social relata que las asociaciones, federaciones, fundaciones y organizaciones relacionadas con el campo de la acción social podrán cooperar en la prevención, asistencia e integración social y buena coordinación con las demás administraciones públicas las cuales llevaran a cabo actividades de fomento y colaboración. Los centros que sean de entidad privada, o pública distinta de la Junta de Andalucía, podrán integrarse en la red pública de atención a las drogodependencias, mediante convenios, u otras formas siempre que se adecuen a los objetivos y a la programación establecidos por la Junta de Andalucía.

Decreto 68/1994, de 22 de marzo, por el que se establecen medidas especiales en materia de drogodependencia modificado por el Decreto 177/1999, de 31 de agosto

El decreto adopta un conjunto de medidas para evitar o paliar las consecuencias del consumo de drogas tóxicas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas junto con el narcotráfico.

El artículo 3 en materia de prevención y asistencia expone que la Administración Autonómica prestará especial atención a actuaciones asistenciales para el tratamiento de las enfermedades asociadas al consumo a través de los programas de mantenimiento

mediante la sustitución de opiáceos, tratamiento de internamiento si lo precisase, tratamiento ambulatorio y programas para la prevención de enfermedades y evitar la transmisión de enfermedades relacionadas con la manipulación de estas drogas.

ORDEN de 28 de agosto de 2008, por la que se regula la acreditación de los centros de atención a personas con problemas de drogodependencias y adicciones sin sustancias y se modifica la Orden de 28 de julio de 2000, conjunta de las Consejerías de la Presidencia y de Asuntos Sociales, por la que se regulan los requisitos materiales y funcionales de los servicios y centros de servicios sociales de Andalucía y se aprueba el modelo de solicitud de las autorizaciones administrativas.

Objeto y la finalidad de la presente Orden pretende regular la acreditación de los centros de atención a personas con problemas de drogodependencias y adicciones sin sustancias en Andalucía relativo a las condiciones funcionales específicas de los centros de atención a drogodependientes, a los efectos de incorporarlos y que atiendan exclusivamente juego patológico quedando designados como Centros de Atención a Personas con Problemas de Drogodependencias y Adicciones sin sustancias definiéndose como centros especializados en la atención al juego patológico, en régimen de consulta programada y que su función sería dedicarse a la prevención, orientación, deshabituación, rehabilitación e incorporación social de las personas afectadas por el juego patológico en régimen ambulatorio.

Los requisitos de calidad materiales y funcionales para la acreditación de centros de atención a personas con problemas de drogodependencias y adicciones sin sustancias nos centraremos en los requisitos funcionales de recursos humanos donde todos los centros serán dirigidos por una persona que deberá poseer, al menos, titulación de grado superior o grado medio en las ramas de Salud, Psicología, Educación, Trabajo Social u otras ciencias afines.

Requisitos específicos para los centros de atención a personas con problemas de drogodependencias y adicciones sin sustancias

En los centros de tratamiento ambulatorio el personal mínimo es de: 1 Médico/a, 1 Psicólogo/a, 1 Trabajador/a Social, 1 ATS/DUE.

Los centros de tratamiento ambulatorio que atiendan juego patológico exclusivamente será de: 1 Psicólogo/a, 1 Trabajador/a Social.

Centros de desintoxicación residencial. Los requisitos de personal mínimo: 1 Médico/a, 1 ATS/DUE, garantizar presencia y/o localización de personal sanitario titulado superior o grado medio, con carácter permanente.

En las comunidades terapéuticas los recursos humanos son: 1 Médico/a, 1 Psicólogo/a con una ratio de 20 personas usuarias como máximo, 1 Trabajador/a Social, 1 Monitor Ocupacional o Educador, como complemento al personal técnico deberán contar con un Auxiliar Administrativo, 1 Personal de Oficio para tareas de cocina, limpieza y/o mantenimiento, 1 Cocinero/a o encargado/a de cocina

En caso de contar con una Unidad de Desintoxicación el personal sería de: ATS/DUE, presencia del personal sanitario titulado superior o grado medio, con carácter permanente.

Centros de encuentro y acogida cuentan con: 1 profesional Sanitario con titulación superior o media, un/a Psicólogo/a, 1 Trabajador/a Social, 3 Monitores/Educadores.

Viviendas de apoyo al tratamiento y viviendas de apoyo a la reinserción: 3 profesionales, con título de bachiller, formación profesional de grado medio o superior. En las Viviendas de Apoyo a la Reinserción será necesaria la coordinación con el/la Trabajador Social del Centro de Tratamiento Ambulatorio de referencia.

Centros de Día: 3 profesionales, con título de bachiller, formación profesional de grado medio o superior.

5. Objetivos

5.1. Objetivo general

- Realizar un análisis documental y bibliográfico a nivel teórico de la atención sociosanitaria en materia de drogodependencia.

5.2. Objetivos específicos

- Realizar una búsqueda sobre el proceso histórico del consumo de drogas y las intervenciones que se han llevado a cabo.
- Conocer hasta qué punto hay actuaciones de una intervención sociosanitaria en intervenciones en personas con adicciones
- Revisar la diferente bibliografía obtenida para conocer si se lleva a cabo una intervención sociosanitaria integral en los programas dirigidos a población drogodependiente.
- Conocer por qué es importante la atención sociosanitaria en el ámbito a tratar.
- Buscar y facilitar recursos como las diferentes asociaciones de la provincia de Jaén relacionadas con las adicciones.

6. Metodología

El proceso metodológico que se ha llevado a cabo en este trabajo ha sido la de revisión bibliográfica y búsqueda de documentación en páginas oficiales. Tal revisión se centró fundamentalmente en la localización de artículos, programas sobre drogas, libros, revisiones bibliográficas, revistas científicas y todo material accesible relacionado con la atención sociosanitaria y drogodependencia. Se aborda la problemática de la atención social y sanitaria integrada en el aspecto de las adicciones.

Las bases de datos utilizadas para la búsqueda y selección del material son:

- ProQuest: base de datos en la que se pueden encontrar diversos archivos como revistas, publicaciones periódicas y tesis doctorales. <http://0-search.proquest.com.avalos.ujaen.es/index>
- ScienceDirect: es una plataforma donde se puede encontrar publicaciones académicas y libros electrónicos sobre diferentes temáticas como Ciencias Físicas e Ingeniería, Ciencias de la Vida, Ciencias de la Salud y Ciencias Sociales y Humanidades. <http://0-www.sciencedirect.com.avalos.ujaen.es/>
- ISOC: en esta base de datos podemos encontrar publicaciones de artículos de revistas científicas y algunas publicaciones de actas de congresos, series, compilaciones, informes y monografías sobre Ciencias Sociales y Humanidades. <http://8085-bddoc.csic.es.avalos.ujaen.es/>
- Scielo: es una biblioteca virtual en la que existe una colección de revistas científicas españolas de ciencias de la salud. <http://www.scielo.org/php/index.php?lang=es>
- Dialnet: es una herramienta de búsqueda en la que se puede encontrar artículos de revistas, libros, actas de congresos, tesis doctorales..., centrados en los ámbitos de las Ciencias Humanas, Jurídicas y Sociales. <http://www.bne.es/es/Catalogos/Dialnet/>
- Health and Addiction Revista de Salud y Drogas: es una revista electrónica especializada en el tema de las adicciones e intervenciones. <http://www.haaj.org/>

Para realizar esta revisión se introdujeron las siguientes palabras clave: atención sociosanitaria, trabajo social sociosanitario, atención sociosanitaria a drogodependencias, adicciones y trabajo social.

También se realiza una revisión bibliográfica al marco legal en materia de actuación, prevención y evaluación a personas con alguna adicción a las drogas, regulación en materia de intervención a la problemática, etc.

Otra de las investigaciones que se han llevado a cabo ha sido recopilación de información sobre la evolución de los tipos de consumo de drogas a lo largo de un periodo determinado hasta nuestros días, conociendo así qué tipo de adicciones han ido en auge, disminuyendo o apareciendo conforme la sociedad ha ido avanzando. En la actualidad se han producido casos de dependencias a nuevas adicciones como la adicción a las RRSS, juegos online, policonsumo y aparición de nuevas drogas a partir de la mezcla de éstas y productos tóxicos.

Se ha recopilado información sobre recursos públicos, privados y concertados a los que pueden optar las personas con algún tipo de adicción (Centros de drogodependencias, centros ambulatorios, asociaciones, etc...) sacadas de diferentes fuentes como páginas oficiales de los ayuntamientos, páginas webs de las asociaciones, Diputación de Jaén, programas y planes de la Junta de Andalucía y todo documento digital y en papel al que he podido acceder. También para recabar información he visitado el Centro Comarcal de Drogodependencias de Linares y he hablado personalmente con la Trabajadora Social María Dolores Molina Tortosa que me explicó muy detalladamente la metodología que lleva a cabo ella en el centro, patrón de consumidores y las relaciones con otras instituciones y recursos donde ella realiza los protocolos de derivación.

7. Resultados.

En esta revisión bibliográfica se ha encontrado un escaso material acerca del tema tratado en el trabajo pero una amplia información sobre la atención sociosanitaria de muchos ámbitos de actuación sobre todo estudios y artículos sobre drogodependencias en adolescentes y universitarios. También amplia información sobre la atención sociosanitaria a la dependencia.

Cabe destacar el encontrarme con una amplia documentación referente a atención sociosanitaria en dependencia como el Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad del año 2011 que me ha servido para ver el marco general de la atención sociosanitaria pero no enfocado a mi tema, la drogodependencia. También Sánchez Fierro en “Atención Sociosanitaria: ¿Realidad o Proyecto?” de la Fundación Caser para la dependencia era un documento de gran interés que hablaba extensamente de la atención sociosanitaria enfocado a la dependencia. Al poner el en buscador “atención sociosanitaria” y “trabajo social sociosanitario” en las bases de datos, la inmensa mayoría es documentación sobre personas mayores, dependencia o artículos específicos.

La información del material recogido abarca diferentes temáticas en las que se incluyen los antecedentes históricos, la evolución del consumo de drogas y las actuaciones e intervenciones sociosanitarias hasta los sistemas actuales. Dentro de los aspectos tratados en los artículos se destaca la escasa inversión, coordinación descentralizada y falta de programas adecuados a nuevos patrones de consumo y sectores específicos de población (inmigrantes, enfoque de género, menores).

En cambio en los diferentes planes autonómicos sobre drogas y adicciones si refieren un apartado a la atención e intervención sociosanitaria aunque escasa de igual modo y de la que muchos de los objetivos y líneas estratégicas que se plantean no llegan a notarse.

Para conocer la evolución del consumo de drogas y sus métodos de intervención y asistencia sociosanitaria se han consultado a los autores Pallarés y Romaní en sus referencias “Las drogas en la sociedad contemporánea” y “Adicciones, drogodependencias y problemas de la droga en España” respectivamente que han sido complementados con los PASDA II y III.

Tras haber realizado la revisión bibliográfica, haber conocido el desarrollo de consumo e intervenciones que se han llevado a cabo a lo largo de un periodo determinado de tiempo,

se puede señalar que, se ha producido un cambio de intervención sociosanitaria destacable a partir de los años 80, cuando se empezó a reestructurar el sistema de servicios sociales y se crearon las primeras intervenciones centradas en las personas con adicciones provocados por la alarma social que despertó las consecuencias de la heroína y los resultados desfavorables y poco exitosos que tenían los programas libres de drogas en sus inicios. Los planes nacionales y consecuentemente los planes andaluces sobre drogas y adicciones llevados a cabo desde sus inicios hasta ahora han ido encaminados a la elaboración y planificación de esta red coordinada social y sanitaria pero que a día de hoy sigue existiendo cabos sueltos.

Tal y como expresan Pinzón-Pulido y otros (2016) la clave está en que sean interdisciplinares y de base comunitaria, que estén constituidos por profesionales de ambos campos (sociales y sanitarios) o de atención básica. La falta de profesionales de referencia o de gestión de casos, la ausencia de instrumentos de valoración y objetivos comunes entre profesionales de los dos sectores, son algunas de las principales barreras para la coordinación integral.

Las barreras que dificultan este tipo de gestión deberían afrontarse a través de la formación vinculada y recursos comunes entre trabajadores sociales (hojas de valoración, escalas, informes sociales y recursos informáticos comunes), definiendo las competencias de cada profesional, roles claros y elaboración de instrumentos utilizados conjuntamente y con orientación centrada en la persona. Tener a disposición herramientas y sistemas de información comunes como por ejemplo la utilización de la historia clínica y social de forma compartida hace imprescindible y más accesible el trabajo conjunto de los equipos interdisciplinares, y además ayuda a un uso eficiente de los recursos y el uso efectivo de la información y atención a las personas.

Otro de los problemas clave de la coordinación sociosanitaria es la financiación. La falta o escasa inversión y presupuestos imposibilitan la gestión y la unificación de estos servicios. La idea de incluir presupuestos compartidos para su gestión son incentivos para el trabajo integrado. En cambio los presupuestos asignados de forma separada para cada uno de los sectores (social y sanitario) pueden dar lugar a sinergias y desconexión de ambos sectores provocando una mala gestión y un uso inadecuado de recursos pudiendo crear inefectividad en los resultados de las intervenciones.

La poca información acerca de la atención sociosanitaria en este campo dificulta la progresión y evolución de éste. Es un campo de actuación del que debería investigarse y llevarse a cabo más estudios y publicaciones como en el sector de la dependencia, el cual

tiene una red más amplia, estructurada y con multitud de recursos que va en auge.

La provincia de Jaén es la provincia que cuenta con menos recursos para drogodependientes. Tres Comunidades Terapéuticas, dos de ellas concertadas y la restante situada en Lopera de titularidad pública corre el riesgo de cerrar por falta de apoyo económico como pasó con el Centro de Día El Olivo (Andújar), un centro de día que estaba destinado para la estancia diurna de personas con problemas de adicciones donde realizaban actividades y talleres y que cerró sus puertas dejando a estas personas sin el recurso, según el periódico digital EuropaPress (<http://www.europapress.es/andalucia/noticia-iu-pregunta-junta-no-renovacion-convenio-colaboracion-centro-dia-olivo-andujar-20140302112342.html>)

Por tanto, es necesario integrar los presupuestos y establecer mecanismos de financiación que incentiven la coordinación y fijar flujos financieros desde lo sanitario a lo social, desde atención primaria, especializada y otras instituciones públicas y privadas.

8. Conclusiones.

Si bien antes iban apareciendo nuevas adicciones, patrones de consumo y grupos de población específicos, ahora nos encontramos con un consumo de varias sustancias como alcohol, tabaco, cannabis y cocaína casi normalizado y con grupos de población muy diversos donde los jóvenes cada vez empiezan a consumir alcohol a edad más temprana y en situaciones de ocio que conlleva consumo de más de una sustancia y puede dar lugar a situaciones de dependencia a las drogas.

Después de haber realizado una revisión de varias fuentes de documentación y haber conocido el tipo de consumo e intervenciones sociosanitarias que se han llevado a cabo en los últimos 50 años puedo concluir que se ha avanzado en los modelos planteados inicialmente a los actuales pero debido al actual panorama sigue existiendo un déficit de coordinación entre los sectores sociales y sanitarios. La falta de herramientas comunes, escaso apoyo económico hace que sea difícil una coordinación integral y los recursos sean escasos.

Para concluir y a mi parecer sería interesante realizar un cambio a nivel de estructuración interna, donde puedan actuar más profesionales del trabajo social proporcionar a todos los recursos de un equipo multidisciplinar (médico, psicólogo, trabajador social, DUE) para que se pusieran al alcance de toda persona con algún tipo de adicción o familiares de estas personas para disponer y solicitar información y asesoramiento ya que parece que el acceso a estos recursos no son tan fáciles quizás por la falta de información y difícil acceso.

9. Bibliografía y webgrafía.

Badallo, E. (2008). La coordinación sociosanitaria: ¿mito o realidad?. *Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar*, 8(4), 18-25.

Darpón Sierra, J., Artolazabal Albeniz, B., Olabarrieta Ibarrondo, M., Sánchez Robles, I., Peña López, M., & Landa Jauregi, I. (Enero de 2018). PRIORIDADES ESTRATÉGICAS DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA EUSKADI 2017- 2020. Obtenido de <http://www.euskadi.eus/plan-departamental/43-lineas-estrategicas-socio-sanitarias-2017-2020/web01-s2osa/es/>

Diputación de Jaén. Igualdad y Bienestar Social. (s.f.). Servicios del Centro Provincial de Drogodependencias. Obtenido de Mapa Provincial de los Centros de Drogodependencias: https://www.dipujaen.es/conoce-diputacion/areas-organismos-empresas/areaE/bienestar-social/servicios_sociales_especializados/centro-provincial-drogas/servicios.html

Fuentes, J. M. O. (2005). Drogas:¿ un fenómeno en evolución?. *Carel: Carmona: Revista de estudios locales*, (3), 1269-1291.

Fundación Caser. (s.f.). COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA: QUÉ ES Y EN QUÉ SITUACIÓN SE ENCUENTRA. Obtenido de <http://www.fundacioncaser.org/autonomia/que-es-la-ley-de-dependencia/coordinacion-sociosanitaria-que-es-y-en-que-situacion-se-encuentra>

II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones. (2002-2007). Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales. Obtenido de http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Drogodependencia_archivos_II_Plan_Andaluz_sobre_Drogas_Y_Adicciones.pdf

III Plan Andaluz Sobre Drogas y Adicciones. (2016-2021). Consejería de Igualdad y Políticas Sociales. Obtenido de Secretaría General de Servicios Sociales:

http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/drogodependencias_archivos_III_plan_andaluz_drogas_y_adicciones.pdf

Atención a los problemas con las drogas y adicciones (s.f.). . Junta de Andalucía
Consejería de Igualdad y Políticas Sociales. Obtenido de
<http://www.juntadeandalucia.es/organismos/igualdadypoliticassociales/areas/drogodependencia/atencion.html>

Laguna, P. (23 de Abril de 2013). *Mucha variedad y escasa investigación en drogas emergentes*. Obtenido de Diario Médico Retrieved: <https://0-search.proquest.com/avalos.ujaen.es/docview/1334996460?accountid=14555>

Naciones Unidas. (2003). Manual sobre Tratamiento del Abuso de Drogas. Obtenido de
https://www.unodc.org/docs/treatment/Guide_S.pdf

OMS. (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas. Obtenido de World Health Organization:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44000/9241544686_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1

Pallarés, J. (2003). Las drogas en la sociedad contemporánea. *In Drogas, sociedad y ley: avances en drogodependencias* (pp. 135-158). Universidad de Deusto; Deustuko Unibertsitatea.

Pinzón-Pulido, S., Alonso-Trujillo, F., Torró-García-Morato, C., Raposo-Triano, M. F., & Morilla-Herrera, J. C. (2016). Experiencias, modelos y claves para la coordinación e integración de servicios sociales y sanitarios. *Enferm Clin*, 26(1), 3-6.

Plan Nacional Sobre Drogas. (1985). Obtenido de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:
<http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/pnd1985.pdf>

Romaní, O. (2010). Adicciones, drogodependencias y "problema de la droga" en España: la construcción de un problema social. *Cuicuilco*, 17(49), 83-101.

World Health Organization. (1994). Lexicon of Alcohol and Drug Terms . Obtenido de http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

10. Anexos.

Anexo 1.

Cuadro 1. Evolución del consumo de drogas.

AÑOS	TIPO DE CONSUMO	GRUPO DE POBLACIÓN	PROBLEMÁTICA
1950-1970	Alcoholismo, tabaco, fármacos.	Mujeres y hombres de edades medias y adultas.	
Finales de 1960	Analgésicos, hipnóticos y sedantes. Estimulantes (anfetaminas)	Mujeres. Población juvenil.	
1970	Sustancias psicotrópicas (LSD, hongos)	Población joven universitaria	
Finales de 1970	Heroína intravenosa	Edades adultas. Mujeres. Personas con niveles económicos y culturales mas extendidos.	Nacen bebés con dependencia a la heroína. Alarma social causada por el VIH Planteamiento de crear una intervención asistencial para esta problemática

AÑOS	Tipo de consumo	Grupos de población	
1980-1990	Cocaína y heroína. Drogas estimulantes (de diseño) como el MDMA	Pasa de clases bajas a clases medias y trabajadoras.	Cada vez más consumidores.
1990 y actualidad.	Policonsumo. Nuevas adicciones. Internet, móvil, ludopatía, compras compulsivas.	Jóvenes que empiezan a beber en época cada vez mas temprana Grupos de población muy variada.	

Cuadro 2. Evolución intervenciones en materia de drogas.

AÑOS	INTERVENCIONES EN ADICCIONES	PROBLEMÁTICA/HECHO
1950-1960	Servicios sanitarios de atención a alcohólicos, y adicciones como la morfina o anfetaminas eran tratados junto con la psiquiatría.	Solo funcionaban en grandes ciudades como Barcelona, Madrid, País Vasco y Valencia.
Mediados 1970	Se crea el "Grupo de trabajo para el estudio de los problemas derivados del alcoholismo del trafico y consumo de estupefacientes" llevado a cabo por el Ministerio del Interior. Iniciativas locales y regionales públicas y privadas entorno a la asistencia a drogadictos.	Se divulgó una memoria y se empezó a dar a conocer la evolución de este campo.
Principio de 1980	"Comisión interministerial para el estudio de los problemas derivados del consumo de drogas" Asociaciones como "El patriarca" surgieron como centro rehabilitador	Primer intento de coordinar todo lo relacionado con la intervención social en este ámbito, en especial, a la asistencia sociosanitaria. Fuerte alarma social e inseguridad ciudadana.

AÑOS	Intervenciones en adicciones	Problemática hecho
Finales de 1980	Principio del PNSD. Fundaciones, asociaciones y ONGs tuvieron gran impacto para la coordinación pública de las políticas asistenciales.	Se puso en marcha la toma de medidas ante la situación de alarma social. Estructuración y organización de la asistencia sanitaria y social.
1990-2000	Creación asociación de madres contra la droga "La Muralla" "Ciudades ante las drogas" llevado a cabo por la Consejería de Igualdad y Bienestar Social en Andalucía.	Estos últimos movimientos asociativos y la alarma social del SIDA fueron detonadores para que el gobierno decidiera plantear y elaborar de lo que hoy sería el PNSD

Anexo 2.

Listado de asociaciones de la provincia de Jaén.

Nombre	Titularidad	Calle	Cod. Postal/ Localidad	Teléfono/ Fax	Correo electrónico	Datos de interés
Alcohólicos Rehabilitados Ilturgitanos (ARI)		Fray Junípero, 1	23740 Andújar	Tlf.: 953501079	ari@faar.es	
Asociación Eleizer de Ayuda al Marginado Social		c/ Nueva, 13	23740 Andújar	Tlf.: 953510575		
Asociación Bailenenses de Alcohólicos Rehabilitados (ABAR)		Juan Salcedo Guillen, 15	23710 Bailén	Tlf.: 953676261	abar@faar.es	
Asociación Bailén Libre de Ayuda al Toxicómano		c/ Juan Salcedo Guillen, 14	23710 Bailén	Tlf.: 953671509		

Nombre	Titularidad	Calle	Cod. Postal/ Localidad	Teléfono/ Fax	Correo electrónico	Datos de interés
Asociación Vida y Esperanza Libre de Adicciones (VELA)		C/ Bailén 22, Bajo (Comparte local con APLIJER)	23700 Linares	Tlf.: 665468691		Para más información contactar con el Centro Comarcal de Drogodependencias de Linares
Alcohólicos Rehabilitados Unidos (AREUS)		Paseo de Linarejos nº 46	23700 Linares	Tlf.: 953657450		
Asociación de alcohólicos liberados nuevo día "NUDIALLI".		Avda. Chiclana de la Frontera, 77	23400 Úbeda	Tlf.: 953790998 Fax: 953790998	nudialli@hotmail.com	
Asociación Andújar Contra la Droga		Centro Social Barrio "La Paz" Avda. de América, s/n	23740 Andújar	Tlf.: 953510932	acd_orient@yahoo.es	http://andujarcontraladroga.blogspot.com/

Nombre	Titularidad	Calle	Cod. Postal/ Localidad	Teléfono/ Fax	Correo electrónico	Datos de interés
Alcohólicos Liberados de Jaén y Magina (ALJAMA)		c/ Sefarad, nº8	23007 Jaén	Tlf.: 953273012	asociacion_aljama@hotmail.com	https://www.aljama.wordpress.com/
Asociación Rehabilitación Enfermos Alcohólicos y Familiares "Vive Libre"		C\ General Chamorro, Local nº10	23002 Jaén	Tlf.: 953964273 Móvil: 673927193	vivelibrejaen@hotmail.com	http://www.vivelibrejaen.org/
Asociación De Ludópatas Jienenses en Rehabilitación (ALUJER)		C/ Adarves Bajos, 20 bajo	23001 Jaén	Tlf.: 953232971 Fax: 953232971	alujer@hotmail.com	http://ludopatia.blogspot.com/
Asociación de Familiares de Ayuda al Drogodependiente (AFAD)		C/ Maestro Cebrian 1º, bloque B. esc. E. 1ºN	23009 Jaén	Tlf.: 953274116	afad1988@hotmail.com	http://www.asociacionafad.org/

Nombre	Titularidad	Calle	Cod. Postal/ Localidad	Teléfono/ Fax	Correo electrónico / web	Datos de interés
Centro de Ayuda Social Nueva Vida		c/ Finca la fontanilla apdo. correos 73	23440 Rus	Tlf.: 953799489		(no hay mucha información al respecto)
Asociación Torreperogil contra la Droga Por La Vida		c/ Huerta alta, 12, Centro Social.	23320 Torreperogil	Tlf.: 953778344		(no hay mucha información al respecto)
Asociación Luz Alborada		c/ Juan Carlos I, s/n	23560 Huelma	Tlf.: 953391239		(no hay mucha información al respecto)
Asociación Amigos Familiares Toxicómano (AFAT)		c/ Del campo, 61	23200 La Carolina	Tlf.: 953661037		
Asociación Preamar		c/ Mariana Pineda, 4	23100 Mancha Real	Tlf.: 661772497	preamar@faar.es http://www.preamar.org/	Tratamiento al alcoholismo, terapias individuales y comunitarias