

ONADA

Una reflexión sobre la intervención con usuarios de Programas de
Mantenimiento con Metadona
2009

“Significa ola grande en catalán, escojo este nombre desde la idea de algo que abraza, envuelve, te mueve y luego se va. Algo te deja. Esta acción es repetitiva.”

Juan Ortega Artigas
Técnico en Integración Social

INDICE

1.	NATURALEZA DEL PROYECTO	3
2.	OBJETIVOS	5
3.	DESTINATARIOS	6
4.	PRESENTACIÓN DEL C.S.Z.....	8
4.1.	PROGRAMAS.....	10
4.1.1.	PROYECTO HOMBRE	10
4.1.2.	PLAN DE PREVENCIÓN	11
4.1.3.	CENTRO DE TRATAMIENTO DE ADICCIONES (CTA).....	13
4.1.4.	SERVICIO DE APOYO FAMILIAR (SAF).....	15
4.2.	ORGANIGRAMA	17
5.	METODOLOGÍA	18
6.	RESULTADOS OBTENIDOS.....	20
6.1.	RESULTADOS OBTENIDOS DE LOS PROFESIONALES DEL C.S.Z. 20	
6.2.	RESULTADOS OBTENIDOS DE LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA ULISES REALIZADO POR FUNDACIÓN ATENEA-GRUPO GID.....	26
	CONCLUSIONES:	27
	RECOMENDACIONES:	28
7.	VALORACIÓN.....	31
8.	PROPUESTAS.....	35
9.	CONCLUSIONES	37
10.	BIBLIOGRAFÍA.....	39

1. NATURALEZA DEL PROYECTO

La idea de este proyecto nace desde la realidad y necesidad que detecto desde mi experiencia como trabajador del C.S.Z. Empecé en junio del año 2000 en la Comunidad Terapéutica y en enero del año 2007 me incorpore al Centro de Tratamiento de Adicciones, programa ambulatorio , una parte de mi trabajo es en “Ulises” Programa de Mantenimiento con Metadona, que es un Programa de Reducción de Daños y desde aquí atendemos a personas en situaciones graves y complejas, con dificultades de salud, falta de recursos económicos, desestructuración familiar, problemas de vivienda, sociales, laborales, situaciones irregulares “ilegales”, asuntos judiciales pendientes o en activo.

La mayoría de ellos han estado en varios programas y tienen una larga trayectoria de consumo de drogas.

Algunas de estas personas demandan o les ofrecemos tratamiento desde la Comunidad Terapéutica creyendo que es una buena posibilidad de mejora.

El desajuste va en tres direcciones, una reside en las dificultades que hay que salvar para que se dé el ingreso con garantías, otra en lo que sucede en la propia CT y la otra en la salida de CT cuando vuelven a los Programas Ambulatorios y se enfrentan a su realidad y reviven muchas de las dificultades que tenían antes del ingreso.

Lo que provoca en muchos casos que no se den los soportes necesarios y se den empeoramientos muchas veces desde la vivencia de fracaso.

Parto de la idea de que estos perfiles en situaciones protegidas como CT mejoran espectacularmente ya que las propias condiciones del proyecto hacen que muchas de sus dificultades desaparezcan temporalmente.

Esta realidad supone un reto de adecuación de recursos, programas, actuaciones, de los equipos, de los profesionales y obliga a una reflexión.

Los itinerarios que ofrecemos (el ciclo estándar es Ambulatorio-Comunidad Terapéutica-Ambulatorio) en el C.S.Z. desde la perspectiva de Reducción de Daños.

En la realidad se esta haciendo y creo que debería ajustarse para mejorar la intervención facilitando así el cumplimiento de los objetivos de los procesos con este tipo de perfiles.

2. OBJETIVOS

- Hacer una descripción detallada de las dificultades en la intervención con este tipo de perfiles.
- Reflexionar sobre las dificultades descritas.
- Provocar una reflexión interna en el C.S.Z., sobre la realidad de las respuestas que ofrecemos a estas personas.
- Realizar propuestas de mejora con acciones concretas en los itinerarios para los procesos de estas personas en el C.S.Z.
- Revisar y proponer mejoras en aquellas ofertas de mejora que ya están en marcha.
- Insistir en definir bien los métodos de evaluación de las propuestas que se pongan en marcha.
- Posibilitar la oferta de propuestas y acciones para que este tipo de personas tengan nuevas oportunidades de mejora.

3. DESTINATARIOS

Los destinatarios del proyecto serian por un lado, aquellos usuarios del C.S.Z. que luego intento definir y por otro la propia Fundación C.S.Z.

Definir con concreción el perfil de las personas es tarea complicada, lo que puede ser más útil es describir una serie de características que son comunes al grupo al cual nos dirigimos, estos rasgos no se cumplen todas en las personas, pero si encontramos varios en todos ellos.

Características:

- Bajo nivel de salud.
- Patología dual.
- Cronificación en el consumo de drogas.
- Son usuarios de programas de Mantenimiento de Metadona.
- Carencia de habilidades sociales y recursos personales.
- Baja motivación y potencialidad para el cambio.
- Desestructuración familiar.
- Muchas experiencias en recursos asistenciales.
- Problemas derivados de institucionalizaciones.
- Asuntos judiciales pendientes o en activo.
- Situaciones de exclusión social.
- Están siendo atendidos desde distintos recursos.
- Falta de recursos económicos.
- Exclusión/precariedad del mundo laboral.
- Bajo nivel de formación.
- Carencia o precariedad en la vivienda.
- Situaciones irregulares, "ilegales".
- Dificultades con el idioma.

Perfil estándar del usuario del Programa Ulises (Según la evaluación del Programa Ulises del C.S.Z. que ha realizado la Fundación Atenea-Grupo Gid):

- Hombre.
- Entre 35 y 45 años.
- Con larga trayectoria de consumo.
- Con deterioro social y físico.
- Bajo nivel de formación.
- Con un porcentaje de patología dual cercano al 25%.

Son personas que han realizado varios tratamientos y que en situaciones de crisis vuelven a solicitar “repetir” itinerario, ya que en situaciones en las que se sienten desesperados, mantienen recuerdo de mejora de su paso por el C.S.Z., fundamentalmente por CT.

Otros después de varias “repeticiones”, abandonan la idea de cualquier nueva propuesta, este tipo de usuarios se mantiene en el Programa de Dispensación de Metadona “Ulises” y es muy complicado motivarlo para algún tipo de iniciativa, su respuesta es, “déjame tranquilo, no quiero saber nada”.

4. PRESENTACIÓN DEL C.S.Z.

En 1.985 se constituyó la Fundación Centro de Solidaridad de Zaragoza (C.S.Z.) de la mano de la archidiócesis de Zaragoza, con el objetivo fundacional de promover “la defensa de los hombres y mujeres de cualquier condición frente a la drogadicción”. La puesta en marcha del programa educativo-terapéutico “Proyecto Hombre” fue la primera tarea emprendida por el Centro de Solidaridad de Zaragoza, para la rehabilitación y reinserción de toxicómanos / as.

Desde 1985 hasta ahora, se va desarrollando un trabajo continuo de revisión y adaptación para ajustarnos a las diferentes necesidades, situaciones y nuevos perfiles de los usuarios y las familias. Lo que da lugar al desarrollo de los distintos programas y servicios.

La Fundación está integrada por:

- ***Cáritas.***
- ***Patronato San Valero.***
- ***Hermanas de la Caridad de Santa Ana.***

VOLUNTARIADO

El trabajo que desempeñan los voluntarios/as en los diferentes programas del Centro de Solidaridad, ha sido fundamental para nuestra Fundación. Concretamente el Comité Ejecutivo, órgano de gestión y decisión, está integrado en su casi totalidad por voluntarios/as.

Los voluntarios/as del CSZ colaboran con nosotros en las diferentes áreas de trabajo:

- Secretaria Técnica
- Tareas de infraestructura
- Actividades de fin de semana en Comunidad Terapéutica
- Atención al teléfono
- Centro de Documentación
- Piso acogida
- Asociación de Familias

El trabajo de los voluntarios está coordinado por un responsable del voluntariado, miembro del Comité Ejecutivo, y un educador de la Fundación . En cada área de trabajo existe un responsable, que su misión es la de organizar y supervisar las actividades y hacer de enlace con los terapeutas de los diferentes Programas. Es importante destacar la labor de los responsables en animar y atender las necesidades de los voluntarios en el desarrollo de las actividades que llevan a cabo. El voluntariado de la Fundación está integrado en la Plataforma del voluntariado.

ATENCIÓN EN CENTROS PENITENCIARIOS

Desde la Fundación se acude semanalmente a los Centros Penitenciarios de Daroca y Zuera , para atender la demanda de los internos de los citados Centros Penitenciarios.

Trabajamos en coordinación con el personal de los centros penitenciarios y con otras entidades que intervienen en los mismos: Cáritas, Pastoral Penitenciaria, Cruz Roja.....

SERVICIOS JURÍDICOS

El Centro de Solidaridad de Zaragoza cuenta con un servicio Jurídico de profesionales colegiados que asesoran a los usuarios, acerca de los problemas jurídicos que puedan plantearseles en su ingreso, continuación de su proceso y reinserción.

SERVICIOS MÉDICOS

Desempeña distintas tareas, en relación a los diferentes programas y actuaciones desarrolladas por el Centro de Solidaridad.

Valora y propone las actuaciones necesarias, relativas a la desintoxicación de los usuarios de los distintos servicios.

Inicia y supervisa los tratamientos con metadona.

Realiza una valoración de salud de cada nuevo usuario demandante de atención.

Propiciar consejos de salud.

Indicar y supervisar los diferentes tratamientos farmacológicos y trabajar sobre la adherencia a los mismos.

Atender a las familias de los usuarios.

4.1. PROGRAMAS

4.1.1. PROYECTO HOMBRE

Quienes somos

El Programa Proyecto Hombre cuenta con más de 20 años de experiencia en el trabajo con drogodependientes. Nos caracteriza la profesionalidad y la atención a las necesidades de tratamiento del consumo problemático de drogas desde una visión individualizada en un contexto grupal.

Nuestro equipo está formado por profesionales de diferentes especialidades, psicólogos, educadores, trabajadores sociales, médico, psiquiatra.....

La Comunidad Terapéutica no es un programa "finalista"; es un instrumento psicoterapéutico y educativo durante un tiempo definido, orientado a que el usuario/a pueda reconducir su vida responsabilizándose de la misma.

A quienes nos dirigimos

Dirigido a personas drogodependientes , a sus familias y acompañantes con:

- Consumos problemáticos de drogas
- Alcoholismo
- Patología Dual (adicción + trastorno psiquiátrico).
- Programa de Mantenimiento con Metadona ULISES
- Menores

Como lo hacemos

Fruto de esta diversidad, venimos ofertando un modelo de tratamiento personalizado, haciendo un diagnóstico y una propuesta de tratamiento individualizada.

Con modalidades de tratamiento adecuadas a los objetivos en cada momento, ambulatorio o residencial (centro de día, estancia breve y estancia media.).

Ofreciendo actividades psicoterapéuticas, educativas, pedagógicas, formativas y ocupacionales.

Es el propio grupo, la dinámica y la estructuración del mismo, así como el acompañamiento del equipo, quiénes procuran que exista un ambiente

idóneo para alcanzar los objetivos planteados a corto, medio y largo plazo. Y siempre con el objetivo de favorecer la reinserción social.

Esta reinserción comienza a trabajarse desde la propia comunidad, mediante un programa estructurado y progresivo de salidas; y continúa con el acompañamiento del usuario en régimen ambulatorio una vez finalizada la estancia residencial.

Trabajamos en coordinación con diferentes profesionales y en red con los servicios comunitarios.

4.1.2. PLAN DE PREVENCIÓN

Desde los inicios de nuestra Fundación se trabaja en el campo de la Prevención, pero es en el año 1996 cuando se estructura un **PLAN DE PREVENCIÓN**, gracias a un convenio económico con Ibercaja. Su finalidad es promover una mejor preparación de los agentes que pueden intervenir en el proceso educativo y de maduración en adolescentes y jóvenes. Dotarles de los recursos necesarios para que los jóvenes puedan afrontar situaciones y/o evitar conductas susceptibles de riesgo. Entendemos por conductas de riesgo aquellas que proporcionan experiencias y vivencias de cierta intensidad, y que comportan peligros añadidos para su salud, maduración o integración social.

El trabajo se desarrolla en dos campos de actuación que se retroalimentan:

- TARABIDAN. ORIENTACIÓN Y TRATAMIENTO PARA ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS.
- CONSULTORÍA DE INTERVENCIÓNES PSICOEDUCATIVAS CON ADOLESCENTES EN RIESGO

La experiencia acumulada en el tratamiento de los usuarios y la gestión de sus factores de riesgo nos aportan vivencias y criterio para afrontar las actuaciones preventivas en los distintos ámbitos. Por otro lado, esas relaciones externas facilitarán el acercamiento de usuarios a nuestro programa, en especial por la derivación de otros profesionales y una búsqueda de apoyo en estos profesionales por nuestra parte.

Esta consultoría se centraría principalmente en 4 ámbitos:

Programa de prevención comunitaria

La finalidad de este Programa es la de informar, sensibilizar y formar, por medio de agentes sociales a la población en general en prevención de situaciones de riesgo entre adolescentes. Asimismo, en la relación con esos agentes sociales, este Programa debe facilitar la implantación del resto de Programas del Plan.

Programa de atención al medio escolar

La finalidad de este Programa es impulsar y cooperar en el desarrollo de actuaciones de prevención y promoción de la salud en los centros escolares. Incentivamos a padres y a profesores para que recuperen un mayor protagonismo en los procesos educativos de los más jóvenes.

Programa de atención al medio asociativo juvenil y de tiempo libre

Presenta como finalidad la colaboración en el diseño de acciones proporcionando los recursos necesarios para manejarse en distintas situaciones de riesgo. Este programa va dirigido a jóvenes asociados, técnicos y mediadores de entidades y colectivos juveniles.

Programa de formación para profesionales socio-sanitarios

Este Programa aporta propuestas formativas a otros profesionales interesados en el trabajo con adolescentes y jóvenes, ofreciendo espacios que favorezcan el intercambio de acciones, proporcionando información y asesoramiento técnico y facilitando la adquisición de capacidades que posibiliten una mejora en las actuaciones diarias.

Tarabidán

Orientación y tratamiento para adolescentes y sus familias.

TARABIDAN surge en 1996 como respuesta del Centro de Solidaridad de Zaragoza a la demanda creciente de jóvenes y adolescentes que tienen un estilo de vida en el que el riesgo está presente en una gran variedad de comportamientos: uso de drogas, problemas escolares, violencia, relaciones conflictivas, hábitos poco saludables..... entendemos por conductas de riesgo aquellas que proporcionan experiencias y vivencias de cierta intensidad y que pueden comportar peligros añadidos para su salud, maduración o integración social.

La finalidad de este programa es promover un proceso educativo y de maduración en estos jóvenes, teniendo en cuenta aspectos fundamentales de la persona para facilitar su desarrollo individual, familiar y social.

Recurso ambulatorio a cargo de un equipo interdisciplinar que ofrece:

- Orientación, apoyo y diagnóstico.

- Asesoramiento familiar
- Tratamiento integral personalizado (entrevistas individuales, trabajo grupal....)

Servicio de teleayuda

Servicio telefónico de consulta que atiende demandas ante situaciones de riesgo que afectan a jóvenes y adolescentes. Ofrecemos información y asesoramiento a aquellas personas cercanas a los adolescentes que demanden orientación y ayuda. El teléfono es: 976.32.88.62

Centro de documentación

La biblioteca y el Centro de Documentación se plantean como un servicio que ofrece apoyo humano y soporte documental y bibliográfico

4.1.3. CENTRO DE TRATAMIENTO DE ADICCIONES (CTA)

A lo largo de estos años hemos puesto en marcha diferentes propuestas con una metodología ambulatoria, para dar respuesta a los diversos perfiles de usuarios que solicitaban nuestro servicio.

Tras su paso por el área de diagnóstico, en la que se evalúan aspectos biológicos, toxicológicos y psicosociales, proponemos el tratamiento más adecuado a las demandas de los usuarios.

El tratamiento ambulatorio permite al individuo mantener la vinculación con su ambiente, por lo que esta especialmente indicado en aquellos casos en los que los usuarios tienen un grado de normalización social que permite compaginar la intervención terapéutica y educativa con su vida cotidiana.

La propuesta terapéutica educativa principal, consiste en un tratamiento combinado de terapia grupal y seguimiento mediante entrevistas individuales, acompañada cuando sea necesario de apoyo farmacológico.

Desde nuestra área de familias que es transversal a todas las propuestas desarrolladas, consideramos a la familia como parte importante del proceso terapéutico y siempre que sea posible la incluimos como parte activa del tratamiento del usuario.

Los programas principales que estamos desarrollando en estos momentos son:

Programa Altair

Destinado a personas que consumen cocaína y psicoestimulantes como sustancia de preferencia, aunque con mucha frecuencia este consumo va acompañado de uso / abuso de alcohol y cannabis.

Dada la heterogeneidad de los consumidores de cocaína es muy importante adaptarse a las necesidades de los usuarios; de este modo facilitamos la adherencia terapéutica necesaria que nos permita una intervención eficaz. Por ello, en la actualidad contemplamos la perspectiva de género a la hora de abordaje terapéutico a nivel grupal.

Programa alcohol

Destinado a personas con una adicción al alcohol y que en la mayoría de los casos han utilizado otros servicios especializados previamente.

Grupo Motivación

Orientado principalmente a aquellos usuarios que por sus características, tanto vitales como toxicológicas, necesitan incorporarse a un itinerario específico que contemple la residencialidad, para favorecer la intervención terapéutica y la mejora de las condiciones del individuo en todos los ámbitos posibles.

Programa de mantenimiento con metadona Ulises

Desde 1998 el C.S.Z. dirige este programa, destinado a personas dependientes de opiáceos cuyo objetivo es reducir y/o abandonar el consumo de heroína y los riesgos asociados al mismo.

La intervención varía en función de la situación del individuo pero se contemplan diferentes posibilidades para adaptarse a sus necesidades: consejos de salud, orientación sanitaria, revisión médica, tratamiento psicológico, orientación sociolaboral y derivación a otros recursos.

Café matinal

Orientado a usuarios del Programa Ulises en situación de exclusión social. Este servicio les ofrece la posibilidad de lunes a viernes de 8 a 9 de desayunar y conversar un rato para orientar tareas diarias y permite realizar su seguimiento.

Situaciones especiales

Destinado a aquellas personas que por sus condiciones particulares: patología dual, realización de otros programas terapéuticos, dificultades familiares o cualquier otra condición que impide un tratamiento, necesitan de un apoyo y seguimiento psicosocial.

Es un proceso caracterizado por la dificultad de mantener la relación terapéutica: mayor número de contacto con las drogas durante el periodo de tratamiento, irregularidad en la asistencia y procesos terapéuticos con dificultades añadidas.

Grupo soporte

Dirigido a personas que después de hacer un tratamiento solicitan o demandan un apoyo grupal que les ayude a estructurar su vida.

4.1.4. SERVICIO DE APOYO FAMILIAR (SAF)

La puesta en marcha de este servicio responde por una parte, a nuestro interés por mejorar día a día la atención a las familias y por otra, a nuestra observación de que las dificultades de relación entre los miembros de las familias con las que trabajamos son un factor muy influyente en el bienestar y pronóstico de los mismos. Las diferentes interacciones y relaciones que se dan entre los miembros de una familia constituyen elementos facilitadores o inhibidores del funcionamiento individual de sus miembros y sus relaciones con el exterior.

Pretende ser un programa transversal y global en la organización y actuaciones del CSZ; como complemento y apoyo de los otros programas de intervención. El objetivo es reforzar las sinergias entre tratamiento individual y familiar para ser más eficaces en nuestro abordaje integral de las toxicomanías.

Nuestro modelo de intervención se basa en un enfoque sistémico y psicoeducativo, considerando al paciente con problemas de adicción, no sólo como un individuo que presenta síntomas, sino condicionado en gran medida, por su entorno en función de sus interacciones y sus relaciones con los demás.

El paradigma sistémico, considera la toxicomanía como una expresión sintomática de la desestructuración del sistema familiar.

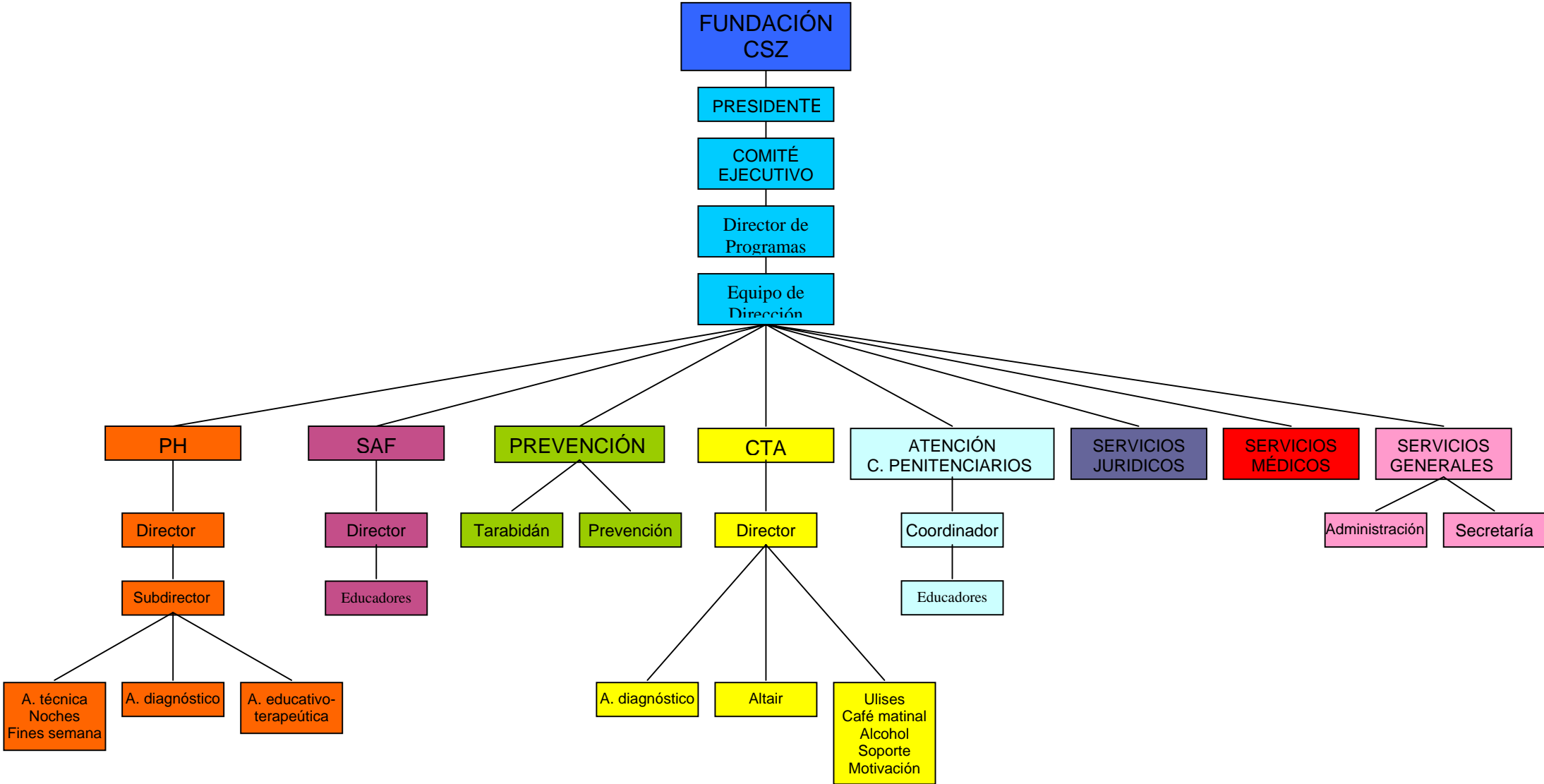
Partimos de la premisa de que la intervención ante un problema de adicción debe implicar, siempre que sea posible, a la familia. Estamos convencidos también que en la familia está la posibilidad de cambio (Cancrini).

Si partimos de la base de que la participación de la familia mejora el pronóstico y la convivencia y comunicación familiar, nuestra apuesta es ofertar un espacio propio para las familias, unos terapeutas que trabajen específicamente con ellas y para ellas y con una variedad de actividades individuales y grupales que responda a sus necesidades.

Objetivos:

- Mejorar la calidad de vida de las familias.
- Apoyo a la unidad de convivencia del paciente que es atendido en nuestra fundación Centro de Solidaridad, (apoyo psicológico, social y educativo)
- Evaluar el sistema familiar y el papel que juega el problema de la adicción dentro de la familia.
- Reestructurar los roles dentro de la familia para lograr la implicación de los miembros según el grado de responsabilidad desde el rol que les corresponde.
- Modificar los esquemas relacionales que puedan estar favoreciendo el mantenimiento de la estructura adictiva.
- Posibilitarles una redefinición del problema que les permita avanzar hacia soluciones más funcionales y eficaces con la colaboración de la familia.
- Ayudar a que la familia logre un buen ajuste y adaptación al momento del ciclo vital que le corresponde y a la vuelta a casa del paciente.
- Fomentar la reconstrucción de vínculos entre los miembros de la familia.
- Favorecer el consenso y el espacio de dialogo y negociación facilitando los procesos de comunicación intrafamiliar.
- Recuperar y potenciar las capacidades de la familia, “la parte sana”, para poder abordar sus dificultades y conflictos de una forma más funcional y adaptativa.

4.2. ORGANIGRAMA



5. METODOLOGÍA

Para este trabajo recojo y reflexiono fundamentalmente sobre:

- La Evaluación del Programa Ulises, en sus 10 años de vida, realizada por Fundación Atenea Grupo Gid .
- Las respuestas a tres preguntas que pedí contestaran de forma voluntaria a los trabajadores del C.S.Z.

Preguntas aparentemente sencillas para recoger de forma clara las opiniones, vivencias y el sentir de los trabajadores con este tipo de perfiles en su tarea cotidiana, lo que permite fresca que suscita un gran interés.

- ¿Qué dificultades tenéis con este tipo de perfiles?
- ¿Qué dificultades tenéis a nivel profesional?
- ¿Qué propuestas se te ocurren para mejorar la intervención?

Se pidió la colaboración a los siguientes trabajadores:

- Director de programas.
- Médico.
- Equipo de CT.
- Equipo de Prevención.
- Equipo de CTA.

En el equipo de Prevención se comentó a través de la directora del Centro en una reunión de equipo y más tarde me llegaron por escrito las aportaciones. Colaboración de 4 personas.

Con el equipo de Comunidad Terapéutica mantuve una reunión con la directora y tres educadores en la que respondimos y valoramos las preguntas.

Del equipo de Centro de Tratamiento de Adicciones, me llegaron aportaciones por escrito de 9 profesionales.

Otros: 2.

En total se ha recogido la opinión de 19 profesionales.

El incluir al equipo de Prevención se debe a que dado que desde este Programa a una franja de edad que va aproximadamente de 12 años a los 25 años, si que atienden algún caso de jóvenes que ya llevan un largo recorrido de experiencias en recursos e intervenciones de distintos profesionales del área Sociosanitaria.

Hay que tener presente que un criterio del C.S.Z. es la movilidad de los trabajadores por los distintos Programas, por lo que profesionales que ahora

estén ejerciendo su trabajo en un determinado recurso tienen experiencia de haber trabajado en otros.

Con el estudio de campo entre los trabajadores del C.S.Z., y la Evaluación del Programa Ulises, permite extraer unas conclusiones y la reflexión sobre ellas.

6. RESULTADOS OBTENIDOS

6.1. RESULTADOS OBTENIDOS DE LOS PROFESIONALES DEL C.S.Z.

Describo literalmente las aportaciones de los profesionales ya que me parece de una gran riqueza y se recoge el sentir que tienen ante estas situaciones. Aunque me he permitido agruparlas mínimamente para facilitar su lectura.

Dificultades de los individuos:

Estas dificultades hacen referencia a las propias características, rasgos, de los usuarios y a las situaciones personales.

- A veces vienen cansados de tantos recursos y no tienen ganas de hacer cosas porque esperan encontrarse lo mismo de siempre.
- Carecen a veces de una estructura sólida que les apoye, dificultades para vincularse en algún sitio.
- No han sido escuchados antes y piensan que aquí va a ser lo mismo.
- Llegan habiendo pasado por diferentes recursos; al principio para ellos es “otra vez a contar mi vida” o ante cualquier “eventualidad” en la familia y/o centro escolar más propio de la adolescencia, como sociedad “patologizamos” conductas adolescentes por no saber gestionarlas desde el “mundo adulto”.
- Dificultades; mucho tiempo de marginalidad, de consumo de drogas, patologías duales, indigencia.
- Hay personas que no cumplen con la parte que les toca de las funciones propias de CT y esto genera dificultades.
- Gente se queda bloqueada en los itinerarios por problemas externos.
- Hay personas que no tienen apoyo, ya sea familiar o de otro tipo, antes, durante y después del proceso.
- Situaciones físicas muy deterioradas.
- Después de hacer un proceso terapéutico no encuentran trabajo hasta pasados unos meses y esto supone una frustración que en muchos casos acaba en consumos.
- Dificultades con el idioma; no dominan el castellano.
- Carencia de habilidades sociales y de recursos personales.
- Exclusión del mundo laboral y poca probabilidad de inclusión.
- Minorías étnicas.

- En momentos, caen mal, por su aspecto, por sus características y dificulta mucho el cuidado con como se le trata.
- Historia personal de abandono o de estancia desde niños en instituciones. Muchas dificultades para adaptarse y normalizar su vida. Tienen mucha desconfianza.
- Actualidad económica. La falta de trabajo condiciona mucho el proceso del usuario a todos los niveles: como realización personal, ocupación racional del tiempo, solvencia económica para desarrollar actividades de tiempo libre.
- Sin redes sociales ni familiares.
- Necesidades básicas sin cubrir (vivienda, alimentación, higiene, salud..).
- Déficit cultural. Bajos niveles de cognición.
- Problemas derivados de larga institucionalización.
- Cuando ingresan en CT se les ofrece una realidad que para nada esta relacionada con la que les toca vivir, se crean una ilusión y fantasía que a veces les provoca una recaída muy potente en el momento que vuelven a su entorno.

Dificultades de los profesionales:

Estas respuestas describen las dificultades que detectan los profesionales en su intervención con estos usuarios.

- El entramado de agentes implicado, cada uno con sus intereses, roles y expectativas, convierte al usuario en “objeto” de la intervención.
- Muchos agentes a veces dificultan un abordaje integral, “nos repartimos facetas de la vida de las personas”, cuando no sometemos a maltrato institucional, “no es sano hablar de lo íntimo en tres sitios a la vez”.
- El empecinamiento social a abordar farmacológicamente (mas rápido) problemas que deben ser afrontados pedagógicamente y/o terapéuticamente (mas lentos).
- Nos encontramos con gente que sus problemas prioritarios no es el consumo de drogas (aunque existe) y nosotros trabajamos desde las dificultades con drogas.
- A mayor tiempo, mayor deterioro.”Molestan, agotan, te chupan mucha atención”.
- A veces nos sentimos condicionados, “contaminados”, con los casos repetitivos (las personas “repetidoras”).
- Hay casos de personas que creemos que los objetivos del proceso en CT se han alcanzado pero ante la dificultad de encontrar recursos de apoyo y la creencia de que no los podemos dejar “en la calle” los mantenemos en CT y terminamos con expulsiones porque la relación es insostenible.
- Somos muy optimistas, nos implicamos mucho a nivel emocional y esto a veces hace que creamos que puede mejorar más de lo que realmente puede. A esta falsa creencia nos ayuda los beneficios del propio recurso residencial.

- Existe una visión muy optimista de la CT desde el recurso Ambulatorio.
- Dificultad en trabajar con personas que su única motivación es el tema judicial.
- Necesidad de formación sobre patologías.
- En ocasiones no creer en el trabajo que desempeñas frustra al profesional y no da lugar a experimentar otras formas de trabajo o ser más creativos.
- En los equipos en vez de ayudarnos, nos pisamos, hay luchas de poder, no construimos, ni valoramos o apoyamos al otro.
- Creamos dependencia en las personas, no les dejamos crecer. Alargamos procesos.
- Sistemáticamente tomamos decisiones por las personas.
- Los objetivos que planteamos para los procesos terapéuticos de los usuarios son más nuestros que suyos.
- En ocasiones actuamos de forma paternalista con las personas y no les ayudamos a crecer.
- No hay coordinación entre los diferentes centros de la fundación ni dentro de los mismos. Hay mucho trabajo, años incluso y al final el traspaso de información es simplemente con un informe. Podría ser una entrevista con el profesional que le ha estado acompañando y con el profesional al que se le vaya a derivar, en la que se expusiese cual había sido el trabajo hasta la fecha y los objetivos planteados y todo esto con la persona delante. Facilitaría mucho el trabajo, tanto a los profesionales como al usuario.
- No creemos en las capacidades de las personas para salir a delante y desde el principio juzgamos si su proceso va a tener garantías de éxito.
- Nos creemos con todo el poder sobre las personas.... Yo voy a ser quien te cambie la vida....
- No somos capaces de ver los progresos en las personas y señalarles sus virtudes, en muchas ocasiones sólo solemos ver los “fracasos” o nuestros fracasos mejor dicho.
- Todos los trabajadores hacemos de todo y no todos sabemos o tenemos conocimientos para hacer según que cosas.
- Trabajamos desde nuestra visión y desde nuestro punto de vista y a veces nos olvidamos de las necesidades de las personas a las que acompañamos. Nos marcamos nuestros objetivos profesionales sin tener en cuenta el de las personas.
- Pensamos que en el centro en el que trabajamos se hacen las cosas estupendamente y los otros centros de la fundación.
- Somos un poco ególatras en el trabajo y esto dificulta nuestro trabajo con los compañeros y con las personas.
- Falta de motivación cuando el usuario esta por tema judicial o por temas familiares, es complicado trabajar sino consigo que esta primera motivación cambie y haga un trabajo personal por si mismo. A su vez está dificultad se convierte en un reto para el profesional.
- Salud física y mental. La salud condiciona mucho el proceso, sobre todo la salud mental supone una dificultad a la hora de trabajar y posiblemente haya que buscar alternativas y esto se convierte en otro reto profesional.

- Relaciones familiares. En función del tipo de relación que mantienen con su familia de referencia –padres, pareja..- se convierte en dificultad y en una lucha continua con la familia para trabajar en la misma dirección.
- Profesionales desesperanzados con poca fe en la mejoría de estos usuarios. No se cree en ellos.
- Sentimiento de impotencia de los profesionales.
- Llega un punto en que a pesar de que la mejora no se da, normalizamos que alguien esté así, porque ya no sabemos que hacer.
- Terapeutizamos y no entendemos porque el paciente no nos sigue las pautas y sin ciertas cosas cubiertas, la terapia no es real.
- Recelo con otros profesionales y recursos ante las constantes negativas de ayuda hacia estos pacientes crónicos.
- Me cuestiono mi valía profesional, personal e incluso la de mi centro de trabajo.
- A veces me sale “el dejar de hacer”, ¿por que?, ¿para que?, me sale el tratar a estos perfiles desde el maternalismo.
- No se trabaja, en momentos, desde el principio del tratamiento estas carencias psicosociales con las que cuentan y nos encontramos que la CT deja de ser un recurso útil para ellos, “tocan techo” y tenemos que abocarlos de nuevo “al abismo”. A mí me ha supuesto pasarlo mal.
- A veces trabajamos desde una perspectiva de “salvadores”. Yo soy muy protectora, no siendo muy honrada con mis limitaciones como terapeuta.
- Hay educadores que tienen serias dificultades con este tipo de perfiles y se les piden alcanzar unos objetivos terapéuticos no ajustados a sus capacidades.
- La convivencia con los otros a veces es conflictiva debido a sus carencias en habilidades, tampoco se les acompaña en este tema y nos es más fácil desde nuestra dificultad echarles del recurso que ajustar sus habilidades.
- Generan dificultades las medidas de apoyo que se ponen en este tipo de casos por la comparación que hacen el resto de residentes.
- No hay un área o una persona responsable de (lo suficientemente formada o actualizada) la coordinación con recursos externos específicos, necesario para una población que atendemos donde la adicción aparece conjuntamente con exclusión social, indiferencia, enfermedad mental.... Estos usuarios son “recogidos” en nuestro centro y “depositados” otra vez en la situación en la que vinieron, la abstinencia se pierde, no hay continuidad en el tratamiento.

Dificultades en los recursos:

Estas opiniones hacen referencia a las dificultades de complementar con otros recursos los itinerarios de estos pacientes, la dificultad de la intervención en red.

- Yo creo que el principal problema es que no se facilita a los usuarios un único recurso que trabaje con ellos de una manera más integral, pasando así por uno y otro sitio sin conseguir nada.

- La salida laboral.
- En CT, contienen el consumo, mejora su estado de salud, encuentran un entorno afectivo, se sienten queridos, aparece un sentimiento de pertenencia y tienen las necesidades de alimentación y vivienda satisfechas. A veces es muy difícil garantizar este estado fuera de CT.
- Con la reforma del sistema Penitenciario hay un aumento de tiempo de las condenas. Con los juicios rápidos las entradas a prisión son más rápidas y las salidas más lentas.
- Falta de recursos intermedios de los pasos de Ambulatorio a CT y De CT a Ambulatorio (Reinserción).
- Se están trabajando una serie de aspectos pero hay aspectos básicos que están sin cubrir por falta de recursos.
- Tratamiento ambulatorio. Según en que perfil de población el trabajo ambulatorio supone una dificultad a la hora de trabajar y de conseguir unos objetivos.
- Nos encontramos con mucha frecuencia la inexistencia de recursos o la falta de presupuestos, falta de plazas para este tipo de perfiles o por la inadecuación del propio usuario al recurso.

Propuestas / ventajas:

Aquí se recogen sugerencias, ideas para mejorar en la oferta de intervención.

- Formación a formar parte de una red de relaciones “patológicas”, sin distancia.
- Evaluación de los motivos de las recaídas.
- Formar un equipo de revisión y propuestas para el proceso del paciente.
- Trabajo con Sistémica, como evaluación y reflexión sobre el trabajo hecho.
- Capacidad de trabajo en red (tanto esfuerzo con interlocutores de servicios para ubicarnos más que con usuarios), y a la vez mantener distancia de ellos para poder suponer una red de soporte diferenciada de los otros agentes cuando los otros agentes previsiblemente “se quemen”.
- Se lo tendríamos que preguntar a ellos. Escucharles de una vez.
- Intentar dotarles de una estructura segura donde se puedan apoyar.
- Llevar su ritmo y permitirles llevar ese ritmo.
- Pensar en ellos más y no adelantar pronósticos basados en prejuicios.
- Trabajar con ellos en el fortalecimiento de sus capacidades incluso a la hora de decidir sobre su propio proceso.
- Mejorar en cuanto al trabajo en red o cuanto menos en coordinación con los recursos habituales del chico/a..
- El recurso de CT es bueno.
- Adaptar el método de CT para otros perfiles que no sean toxicómanos.
- Un trabajador Social que coordine recursos y colaboraciones estructuradas que lo ayuden del factor personal, que es necesario y útil, pero no se debería depender de eso.

- Una unidad de contención en CT para personas con falta de seguimiento y apoyo familiar que no puedan controlar el consumo. No podemos depender de los hospitales.
- Colaboración con alguna red social que nos aporte alojamiento para las personas indigentes, antes y después de la CT.
- Colaboración o recurso que nos aporte una vía para la reinserción laboral o formación profesional de los usuarios tras la CT.
- Necesitamos un Centro de Día que colabore para contener a las personas sin techo como parte del inicio del tratamiento. Centro Ocupacional.
- Posibilidad de crear un piso de acogida para personas susceptibles de entrar en CT y que no tienen familia. Problema que nos encontramos: que la estancia en el albergue es de poco tiempo, que no tienen ningún tipo de seguimiento y que el ambiente del albergue puede no ser el más adecuado para dejar de consumir.
- Crear un espacio colchón para los residentes que terminan CT, antes de ir a un piso y vivir de forma más autónoma.
- Dar una respuesta a las madres con hijos y que las podemos perder para hacer tratamiento por no poder dejar a sus hijos al cuidado de nadie.
- Dispositivo residencial solo para adolescentes, ya que necesitan un tratamiento adecuado a su edad y crecimiento personal.
- Trabajar con otras herramientas creativas y originales que no sean las habituales de hace años con las personas (deporte, pintura, movimiento, teatro.....).
- Reflexionar sobre si la metodología utilizada en CT, sigue atendiendo a las necesidades de los usuarios y se adapta a los perfiles de las personas o por el contrario se ha quedado antigua.
- No crear expectativas en las personas y a las familias, que luego no van a ser reales. "Vas a ser una persona ideal cuando salgas de aquí".
- Debería de haber supervisores. Cuidar a los educadores es respetar a las personas que acompañamos.
- Crear espacios dentro de los equipos donde los miembros del mismo, puedan expresar como se sienten dentro del equipo.
- Objetivos de proceso acordados.
- Fechas fijadas tanto de entradas como de salidas.
- Para el usuario la estancia en un recurso residencial le permite mejorar notablemente en relación a su salud, cuidado personal, hábitos de higiene saludables etc..
- También experimentan convivir de forma normalizada con personas con realidades diferentes, digamos más estructuradas lo que en momentos les hace sentirse acogidos, aceptados y no tan diferentes, en una palabra, se sienten queridos.
- Experimentan participar en actividades que en su vida normal no están a su alcance; excursiones, manualidades, seminarios informativos, que agradecen gratamente.
- Ayudan al educador, a mí en concreto, a trabajar con personas donde constantemente hay que esforzarse en ajustar los objetivos, en comprender y acompañar a personas con muchas carencias afectivas y

con pocas habilidades sociales, a ser más humildes en el resultado de objetivos terapéuticos, se aprende mucho. Se aprende a quererlos sabiendo que en momentos lo que recibes no es tan grato como con otros perfiles.

- Ver más los procesos desde una perspectiva de “Fundación” , no tanto de Centro. Procesos alternando lo ambulatorio y residencial.

6.2. RESULTADOS OBTENIDOS DE LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA ULISES REALIZADO POR FUNDACIÓN ATENEA-GRUPO GID

Desde 1998 la Fundación Centro de Solidaridad de Zaragoza dirige el Programa Ulises, centrado en el mantenimiento con Metadona de personas drogodependientes. En la actualidad, los programas con metadona quedan integrados dentro de los llamados de reducción de riesgos y daños. Es a partir de la década de los 80 cuando el planteamiento de intervención/atención con personas drogodependientes se reformula, un modelo que hasta el momento había estado orientado por un enfoque médico/sanitarista y jurídico, cuyo objetivo básico era la abstinencia del paciente. Los escasos logros conseguidos por los programas “libres de drogas” o también llamados de “tolerancia cero”, empujó a cuestionar el modelo de intervención usado hasta el momento.

Los programas de reducción de riesgos y daños conciben al drogodependiente como un individuo activo y responsable de sí mismo, que en ocasiones no puede o no quiere abandonar el consumo por completo y, por tanto, la solución no está en la abstinencia total. Con este escenario, los programas de reducción de riesgos y daños tienen como objetivo reducir la mortalidad y la morbilidad de las personas drogodependientes, prevenir las enfermedades infectocontagiosas, mejorar la calidad de vida e incrementar la accesibilidad y el contacto entre las redes asistenciales y los drogodependientes.

Tras 10 años de trabajo continuo, el Programa Ulises ha estado tratando a personas con problemas de drogodependencias a través del suministro de metadona y trabajando por la reinserción social del individuo. Tras este periodo de tiempo, se ha considerado oportuno realizar un análisis sobre la vida del programa que permita reflexionar acerca de las posibles mejoras de cara a las actuaciones futuras.

La presente evaluación tiene un eminente carácter práctico y responde a la apuesta por la transparencia y la calidad realizada por el Centro de Solidaridad de Zaragoza¹.

¹ A partir de este momento CSZ.

CONCLUSIONES:

Pese a la década transcurrida desde su puesta en marcha, la pertinencia del programa Ulises sigue intacta, hecho que constatan tanto el número de personas participantes en el programa, como la demanda de plazas y la visión del resto de entidades vinculadas al programa, que además consideran que éste aporta un añadido al tratamiento de mantenimiento con metadona fruto del bagaje del CSZ al que pertenece.

Durante estos diez años el número de personas usuarias ha ido aumentando consolidándose un perfil semejante al del resto de programas de mantenimiento con metadona a nivel estatal.

- Hombre
- Entre 35 y 45 años
- Con larga trayectoria de consumo
- Con deterioro social y físico
- Bajo nivel de formación
- Con un porcentaje de patología dual cercano el 25%.

El diseño del programa ha ido evolucionando durante este tiempo partiendo de una formulación de un programa de exigencia alta con actividades complementarias, controles de consumo y participación de las familias, a un programa donde se conjugan diversos niveles de exigencia pero predomina el umbral bajo. Las actividades complementarias han desaparecido y la participación de las familias ha disminuido, según el personal del programa por una adaptación al perfil de los participantes que no demandaban este tipo de actuaciones. Pese a este hecho formal de desaparición de actividades se desarrolla una atención compleja siempre a demanda de la persona usuaria, con especial atención al aspecto médico.

El programa se muestra eficaz y ha cumplido su objetivo principal de retención de las personas usuarias como medio para estabilizar su situación y producir mejoras en sus condiciones de vida y de salud. Pero en cuanto a la atención integral desde el punto de vista biopsicosocial los objetivos que se planteaban se logran de forma desigual al transformarse y reducirse sus actividades. Actualmente nos encontramos ante un servicio de dispensación que ofrece un seguimiento médico y un apoyo profesional a aquellas personas usuarias y familias que así lo demanden. Así lo visualizan también las entidades vinculadas al programa.

Existe un déficit de recopilación de información vinculado al tránsito de programa de intervención a servicio de dispensación con apoyo complementario. La información recopilada sobre el seguimiento de las personas usuarias es desigual y formalmente no está actualizada, aunque se recoge de manera verbal e informal. El sentido de la recopilación de esta información está vinculada al nivel de atención que se preste desde el servicio.

En cuanto al nivel de satisfacción y la calidad del servicio, este está muy bien valorado tanto por las familias como por las personas usuarias, con especial mención al personal del programa. Las entidades vinculadas al programa manifiestan una elevada satisfacción con el mismo, destacando la disponibilidad y accesibilidad de sus profesionales. La satisfacción de sus profesionales es alta con sus puestos de trabajo y destacable respecto al programa. Existe una inquietud respecto a la formulación del programa y la suficiencia de lo llevado a cabo, así como una reflexión sobre el perfil de las personas usuarias y la adecuación es este del servicio.

El programa se muestra como un programa eficiente, que ha evolucionado con el tiempo haciéndose capaz de atender el aumento de personas participantes sin un refuerzo de plantilla. En la actualidad el servicio se encuentra al máximo de su capacidad con la plantilla de trabajadores disponibles, con un riesgo de sobrecarga del equipo, que demanda un refuerzo de personal con la figura explícita de una persona cualificada como enfermera.

La sostenibilidad del programa se basa en el mantenimiento del acuerdo con el Gobierno de Aragón por el cual el programa no tiene problemas de sostenibilidad a medio plazo.

En cuanto al impacto del programa en la sociedad aragonesa, se tienen indicios de que este ha sido positivo en la medida en que su población usuaria se adhiere al tratamiento manifestando cambios tanto en su estilo de vida como en su estado de salud. No posee visibilidad entre la población general aunque tampoco es su objetivo; sí es visible entre los recursos específicos relacionados aunque su conocimiento entre los recursos sanitarios de atención primaria como programa podría mejorarse.

RECOMENDACIONES:

El principal objeto de revisión del programa debe ser la formulación del mismo, con el objeto de que el nuevo diseño se ajuste a lo desarrollado por el programa en la actualidad sin perder de vista las exigencias y cambios que exigirá la visión del mismo dentro de la Unidad de Atención y Seguimiento de Adicciones.

Por un lado debe rediseñarse el programa revisando tanto el objetivo general como los objetivos secundarios, en busca del acuerdo de todo el equipo sobre los objetivos que se buscan conseguir con cada una de las acciones y servicios del programa, de forma que quede claro cuáles son los objetivos prioritarios y secundarios del programa. Una definición clara del

programa proporciona un marco de referencia a la acción en el que el equipo técnico puede apoyarse y sirva de referente a la hora de diseñar nuevas acciones.

En función de los objetivos del programa se debe reflexionar y consensuar el abanico de actividades y servicios que se ofertan de tal manera que estos queden plasmados en un programa y compongan un catalogo de servicios claro y estructurado. Para ello es básico que las actividades que se han puesto en marcha recientemente vinculadas a la educación para la salud, la acupuntura como apoyo en el decalaje o la oferta de bebida caliente para aquellos usuarios con mayor frecuencia de visita al centro, sean recogidas formalmente tanto en periodicidad como en contenidos.

La decisión sobre el desarrollo de actividades complementarias al proceso de dispensación ha de consensuarse teniendo como referente la carga de trabajo del equipo pero también los objetivos del programa. Para ello toda actividad debe referirse a un objetivo concreto con un perfil de población definida y unas actividades adecuadas a dicho perfil. Si la actividad grupal se mantiene como línea prioritaria la realización de grupos pequeños con un objetivo muy concreto y de corta duración se plantea como idea desde el propio equipo. Dado el perfil de larga trayectoria de las personas usuarias con momentos de mayor y menor implicación, el hecho de que un individuo en un momento determinado no desee participar en ninguna actividad no implica que en otro momento si se encuentre preparado para realizarla.

El papel de las familias ha de consensuarse así como todas las acciones que se desarrollen con ellas, desde el asesoramiento individual hasta la atención telefónica, han de recogerse e incorporarse a la programación, ya sea realicen de manera permanente o puntual.

De la misma forma el proceso de dispensación como actividad del programa debe ser revisado el procedimiento a seguir sobre la rigidez de las citas individuales para dispensación con el fin de que exista una referencia clara evitando el riesgo de aglomeración si el aumento de personas usuarias por la nueva organización territorial del servicio se produce. De igual forma si se estipula el abandono de consumo de otras sustancias como objetivo las formas de control de consumo deberán protocolizarse según el perfil del individuo y el consenso técnico.

El objetivo final de las recomendaciones anteriores es la producción de una nueva programación escrita donde queden registrados y explicitados tanto los objetivos del programa como el itinerario que pueden seguir las personas participantes como los servicios ofertados. Las decisiones sobre actividades a desarrollar y el catalogo de servicios proporcionarán una potenciación de la visibilización externa de recursos facilitando su difusión y el conocimiento que de él tenga tanto la administración, como los recursos vinculados y las personas usuarias y familias; así también se facilitará la labor de nuevos profesionales (prácticas, becas, nuevas incorporaciones) proporcionándoles un referente claro y estructurado de acción

Las actividades establecidas en función de los objetivos así como la organización del trabajo pasado un tiempo prudencial desde la puesta en marcha del convenio pueden producir la necesidad de introducción de nuevos perfiles profesionales o un refuerzo del personal existente, por ello es conveniente clarificar las funciones de cada una de las y los profesionales, con el fin de establecer una división de funciones y un referente claro y gráfico de actuación en el caso de la incorporación de nuevos profesionales.

Reorganización del sistema de información de los profesionales y usuarios, con el objeto de agilizar el traslado de información entre profesionales pero también de poder hacer más eficiente el traslado de información con otros recursos en el caso de derivación. Para ello se debe priorizar y estructurar la recogida de información que se considere relevante exclusivamente, de manera que se maximice el esfuerzo de las y los profesionales del programa recogiendo información que sea útil para su actividad diaria pero no signifique una carga de trabajo excesiva que les dificulte su labor. No hay que olvidar que la información recogida debe aportar datos sobre el funcionamiento global del programa y por tanto de los objetivos del mismo. Por ejemplo, si uno de los objetivos del programa fuera la progresiva reducción del consumo de metadona, saber el número de personas que han ido reduciendo su dosis de metadona, sería un adecuado indicador. La puesta en marcha del nuevo sistema informático que se está llevando a cabo abre una excelente posibilidad de establecer indicadores para su recogida.

Por último, la nueva situación hace necesaria la puesta en marcha de una estrategia de inserción en la red de recursos con especial hincapié en aquellos recursos comunitarios de la zona asignada. Tanto recursos derivadores al programa (centros de salud, unidades de salud mental, centros de prevención comunitaria) como hacia los que el programa pueda derivar (servicios sociales, programas de empleo...etc.). El programa cuenta para su difusión con un respaldo que es su pertenencia al Centro de Solidaridad, que es conocido a nivel global. La existencia de una programación clara y un catálogo de servicios así como de algún material de difusión (folleto, catálogo) puede ayudar a una mayor presencia y difusión entre profesionales vinculados.

Aprovechando la oportunidad que se abre a partir del acuerdo con el Gobierno de Aragón que permite una estabilidad económica a medio plazo y supone una oportunidad para incorporar las reflexiones y modificaciones del programa iniciando una nueva etapa del mismo.

7. VALORACIÓN

He recogido por un lado las aportaciones de los trabajadores del C.S.Z., y por otro lado las conclusiones y recomendaciones de la evaluación del Programa Ulises, se pueden ordenar las dificultades en tres áreas:

- **Coordinación con otros recursos. Trabajo en Red.**

Se hace patente la carencia de recursos de apoyo antes del ingreso en CT y a la hora de la salida.

“En cuanto a la inserción social, aparece la duda de qué hacer con ciertos perfiles; no hay recursos sociosanitarios que permitan la continuidad del tratamiento, y se rechaza de plano la imagen de la CCTT como una “vía muerta” donde se queden aparcados algunos perfiles. En este sentido se percibe una mayor dificultad relacionando la falta de recursos post-CCTT y la reducción del tiempo de estancia, apareciendo una mayor necesidad de controlar los resultados y más dificultades para romper el vínculo educador-residente”. Domingo Comas Arnau. Comunidades Terapéuticas en España.

La realidad impone que es necesario abordar estos casos desde propuestas en las que por su complejidad deben intervenir distintos recursos y trabajar en red.

La coordinación en algunos casos no es fluida, ágil y dificulta seguir el ritmo que lleva el usuario, aparece una ralentización en los procesos, listas de espera, mantenerlos en un recurso, cuando necesitarían por proceso otros recursos una vez cumplidos los objetivos.

La necesidad de la figura del Trabajador Social como referencia para la coordinación con otros recursos y permita conocer con claridad el funcionamiento y diversidad de dichos recursos.

También se dan situaciones de estas características:

“Las CCTT, en algunos casos, han sido utilizadas no en función de una indicación terapéutica sino más bien por defecto de indicación terapéutica o de recurso apropiado donde derivar o ingresar a esa persona consumidora, utilizándolas como alternativas a los albergues, a las prisiones e incluso a recursos residenciales de salud mental.” Inmaculada Aguilar y Alvaro Olivar. La coordinación entre las redes generales y los centros residenciales.

“El resto de observaciones se encuadran dentro de la postura ya citada: a la CCTT se manda lo que les parece a los centros de derivación, sin criterio; es el “último recurso” (con las connotaciones asociadas a esta expresión); piensan que les “cuidan” menos que a otros recursos públicos, tanto asistenciales como preventivos, y mucho menos que a las entidades privadas (a las fundaciones y asociaciones que se cuidan a sí mismos y buscan la manera de rechazar ciertos casos); afirman una y otra vez “éste es un centro muy especializado, de alta exigencia, y esto no se entiende desde fuera”, a juicio del observador esta situación refuerza tanto la visión negativa del dispositivo que inhibe las posibilidades (y la necesidad) de cambio”. Domingo Comas Arnau. Comunidades Terapéuticas en España.

- **Coordinación interna, del C.S.Z.**

Definir bien nuestro campo de actuación de los distintos Programas, con límites claros entre lo que podemos y lo que no podemos hacer.

Hay que tener presente el reto continuo que supone la atención a este tipo de personas y el esfuerzo para los distintos equipos ya que por sus características van a ser atendidos desde distintos equipos de trabajo de la propia Fundación tanto en distintos momentos como en el mismo momento. Lo que nos obliga a tener visiones más globales del proceso del usuario, para no caer en la visión parcial del momento de la intervención. También nos obliga a hacer un esfuerzo en coordinación para que el usuario no tenga una sensación segmentada del proceso sino una sensación de continuidad.

“En los últimos años el aumento de trastornos mentales entre los pacientes drogodependientes ha determinado el cambio de pautas de tratamiento, que sumadas a otras problemáticas adjuntas como el sida, la cronificación de los pacientes, las nuevas formas de consumo de drogas y el envejecimiento de la población toxicómana, sugieren nuevos enfoques de trabajo que permitan pensar en la Comunidad Terapéutica como un espacio flexible y abierto a pacientes muy diversos y estructuras de personalidad diferentes.” Gabriel Roldan. El cuidado de los equipos y los profesionales de la atención.

“El ingreso de personas muy deterioradas, que pude observar, me hizo pensar en la disparidad de criterios ante los objetivos que puede haber entre un centro ambulatorio y un centro residencial, bien por el desconocimiento del funcionamiento de una CCTT, bien por las presiones a que ambos servicios se ven expuestos a la hora de intervenir, bien porque no se dé buena información o coordinación entre ambos. Lo cierto es que los objetivos marcados no siempre coinciden, o se ven diferentes realidades frente a un mismo sujeto. Hay intervenciones que no tienen como finalidad la línea terapéutica del sujeto sino que encubren o se toman ante las carencias de recursos, dificultades

técnicas concretas o falta de competencia o criterio profesional”. Domingo Comas Arnau. Comunidades Terapéuticas en España.

La formación como una herramienta básica para poder desarrollar iniciativas para afrontar los retos.

“Seguir formándose continuamente. Es importante recibir formación en aquellas perspectivas teóricas que entregan destrezas instrumentales adecuadas para el tipo de trabajo.” Gabriel Roldan. El cuidado de los equipos y los profesionales de la atención.

La redefinición que nos sugiere la Evaluación del Programa Ulises cabria hacerla extensible tanto a la Comunidad Terapéutica como al Centro de Tratamiento de Adicciones.

- **Equipos de trabajo.**

Se plantea la necesidad de abordar estos casos desde el trabajo en equipo, no solo desde el habitual sino integrando a otros profesionales que intervienen o lo harán durante el tratamiento.

Una gran parte de las dificultades de los profesionales con estos perfiles tienen que ver con el desgaste profesional y quedan recogidas en distintos textos del material del curso.

“El equipo precisa de medios y espacios de reunión y supervisión donde ventilar la angustia, reconocer las limitaciones y coordinar las acciones y si no lo tienen, entonces se enfrentan a situaciones de impotencia y se crean confrontaciones con el resto del equipo/os y los usuarios.” Gabriel Roldan. El cuidado de los equipos y los profesionales de la atención.

Desgaste emocional de los profesionales y Burnout. Gabriel Roldan. El cuidado de los equipos y los profesionales de la atención.

“La intervención de las CCTT ante los nuevos perfiles es un hecho, pero se está realizando de forma brusca, sin que haya previsto el necesario reciclaje de los profesionales. El abordaje de la patología dual en las CCTT es un reto al que hay que poner límites y unos criterios que faculten el alcance de la intervención. Es un buen momento para reflexionar sobre las líneas de tratamiento a seguir ante la realidad actual”. Domingo Comas Arnau. Comunidades Terapéuticas en España.

“Hay personas muy deterioradas que difícilmente se pueden incorporar a la dinámica interna de una CCTT y participar de las actividades previstas, máxime cuando parte del tratamiento de los internos está sustentado en las tareas domésticas y de intendencia. Hay dinámicas internas en las CCTT que dificultan la entrada a determinados perfiles y no están preparados para

atenderlos. Por otro lado, mirar los problemas desde una sola óptica puede cargar la balanza hacia un lado, en este sentido toxicómanos sin techo, enfermos y con significativa alteración psíquica no siempre pueden llevar a cabo una convivencia normalizada, sin embargo, ante la falta de recursos específicos arriban en las CCTT como única salida. O bien se dota de medios a los centros y se prepara a los profesionales o bien, se dan otras alternativas". Domingo Comas Arnau. Comunidades Terapéuticas en España.

Otra parte de las dificultades parece que tiene que ver con la diferenciación de las tareas que se desempeñan los profesionales (no vale todos hacer de todo). Esto apunta a mayor especificación de las funciones y ajustarlas más a las capacitaciones de los perfiles profesionales.

Se hace patente la necesidad de la supervisión en los equipos. Para por un lado mejorar la calidad de intervención con el beneficio para el usuario y por otro mejorar la salud del equipo de profesionales.

A la hora de definir los itinerarios y objetivos de los procesos de estos usuarios, se debe de tener en cuenta el mantener como línea principal a seguir lo que marcan los equipos de diagnóstico de los centros.

"Este último ítem, ir cambiando los objetivos a lo largo del tratamiento, expresa una postura tradicional de las CCTT que no tienen otros recursos asistenciales. Se trata además de una posición que explica su extrema adaptabilidad, pero a su vez refleja una cierta debilidad en la formulación de su misión y por tanto de su propia identidad. Tanta flexibilidad sorprende además a los observadores externos, incluso a los partidarios de establecer objetivos individuales que estarían más bien de acuerdo con la idea de que los objetivos los fija, de una vez y para siempre, la comisión de acogida de forma específica para cada interno a partir de las posibilidades que brinda el tratamiento en la CCTT, porque si no, ¿cómo se va a evaluar el caso?". Domingo Comas Arnau. Comunidades Terapéuticas en España.

Otra cuestión a tener muy presente es la opinión o necesidad del usuario y como incorporarlo en el trazado de los objetivos de su proceso.

"Cuanto más enterado esté el individuo de los cambios propuestos, cuanto más se lo haya consultado y escuchado, tanto más entenderá la nueva situación y mayor será la oportunidad de cambio." Maxwell Jones. Más allá de la Comunidad Terapéutica.

Existe un déficit en la recopilación de información de datos sobre el seguimiento de los casos, es desigual y en ocasiones no esta actualizada, aunque se recoge de manera verbal e informal.

Todas estas reflexiones son extensibles al recurso ambulatorio con sus peculiaridades.

8. PROPUESTAS

Las que afectan de manera más global al C.S.Z.:

Propuestas que se han puesto en marcha durante este año:

- Servicio de Apoyo Familiar. La puesta en marcha se ha realizado a partir de Septiembre de 2009. Este servicio supone ofertar un trabajo a nivel familiar más estructurado, ordenado y específico.
- La figura del Trabajador Social. La puesta en marcha a partir de Septiembre de 2009.
- Se ha puesto en marcha una comisión para empezar a abordar un Plan de Calidad en el C.S.Z.
- En los equipos de programas se siguen incorporando propuestas, organizando las tareas de los profesionales por áreas más específicas de acuerdo con las capacitaciones, (no vale hacer todos de todo) y las necesidades.

Propuestas que se sugieren:

- Supervisión de los equipos de trabajo.
- Dispositivo residencial solo para jóvenes. Ahora se les atiende desde CT.
- Dar respuesta a las madres con hijos a cargo, generando un espacio propio o adaptando un espacio en CT.
- Crear un recurso residencial de acogida para personas que inician tratamiento que garantice el soporte necesario cuando ellos no lo tienen desde sus propios medios.
- Crear un recurso residencial para aquellos usuarios que están en una fase de independencia pero necesitan un soporte intermedio que no tienen por sus propios medios.
- En el estudio de Evaluación del Programa Ulises se sugiere como recomendación un rediseño del Programa, que se hace extensible tanto a CT como a CTA. Desarrollando a su vez los catálogos de servicios.
- Concretar de que forma vamos incorporando cada vez más las valoraciones, opiniones, del paciente en los objetivos y diseño de su propuesta de tratamiento.
- Mejorar en la recopilación de datos sobre el seguimiento de las personas que atendemos. Sistematizar protocolos unificados para todos los programas del C.S.Z.

Las que afectan al Centro de Tratamiento de Adicciones:

Propuestas que se han puesto en marcha durante este año:

- Se ha puesto en marcha a partir del 1 de Octubre de 2009 un nuevo programa informático en el Programa Ulises, que supone una modernización del servicio, mayor agilidad y permite la revisión y actualización de datos.
- Café Matinal. Nos permite ofertar un servicio de desayuno y un contacto por la mañana asegurando la toma de metadona y medicación a la vez que un seguimiento diario.
- Grupo "(Aún no tenemos definido el nombre)". Este grupo lo hemos puesto en marcha en octubre de 2009, es una acción grupal dirigido a cuatro personas de este perfil, muy específico, de corta temporalización que pretende apoyar a estas personas que están viviendo una situación muy similar, demandan acción grupal y no encajan en otros grupos. Se desarrolla los Jueves de 11,00h a 12,30h.

Las que afectan a Comunidad Terapéutica:

Propuestas que se han puesto en marcha durante este año:

- Reuniones de coordinación para los casos que se derivan desde CTA a CT y para los casos que de CT pasan a CTA. Participan una educadora del equipo de diagnóstico de CT y los coordinadores de áreas de Diagnóstico y de Tratamiento de CTA.
- Grupos de cierre de CT, participan el usuario, miembros de su familia, el educador de seguimiento de CT y el educador que va a realizar el seguimiento en CTA.
- Reorganización de las tareas por áreas de trabajo con equipos concretos. Durante este año se ha puesto en marcha un equipo para desarrollar las tareas del área técnica (mantenimiento de las infraestructuras del edificio, vehículos, etc.), los educadores que hacen los turnos de las noches y los educadores que hacen los fines de semana.

Propuestas que se sugieren:

- Unidad de contención para personas con falta de seguimiento y apoyo familiar que no puedan controlar el consumo. Esta tarea hasta ahora se cubre con los ingresos hospitalarios lo que supone a veces dificultades en la temporalización del ingreso (no siempre se puede dar el ingreso en el momento que creemos oportuno y no siempre es adecuado el ingreso en CT a la salida de la hospitalización), esta propuesta nos permitiría no depender tanto de los hospitales.

- Utilizar la CT para este tipo de pacientes de forma que una vez conseguidos determinados objetivos en procesos de temporalización corta pudiesen volver a ingresar al cabo de un tiempo para conseguir otros objetivos más ambiciosos sin la impresión de fracaso(algo así como dividir el proceso por módulos escalonados de manera que no se viviese las entradas y salidas con sensaciones de fracaso).

9. CONCLUSIONES

Empecé este trabajo pensando que era algo útil y práctico para resolver dudas, dificultades que me surgían en el desarrollo de mi tarea cotidiana, cara a mejorar la intervención. Al ir profundizando en él, me asustaba la magnitud de la propuesta, cada observación valoración, opinión, abría y ampliaba el campo de acción. Tengo la sensación de haberle quitado la primera capa a la cebolla.

A mí me sirve principalmente como reflexión, para darme cuenta de la complejidad que supone y el reto que nos plantean este tipo de perfiles.

Me sugiere a su vez otra cuestión a definir, los límites de nuestra intervención.

También me permite constatar que la mayoría de las dificultades que aparecen en el estudio están descritas en los contenidos del curso y las viven en otros recursos.

Este trabajo no tiene un carácter finalista sino pretende abrir una ventana a la reflexión para abordar el reto que supone la intervención con este tipo de perfiles e ir encontrando propuestas concretas que mejoren los procesos de estas personas. Propone revisar en profundidad y que sirva de base para lanzar las propuestas de cambio necesarias. Lo que será beneficioso para este tipo de perfil pero a su vez supone una mejora para todas aquellas personas que atendemos.

Hay que tener presente que la mayoría de propuestas que se lanzan, no son inventos mágicos, sino más bien adaptaciones de propuestas que ya se han puesto en marcha en otras ocasiones y ahora toca remodelar, redefinir, ajustar, como me decía la directora de CT cuando trabajaba allí, “Juan, esta todo inventado”, es jugar con las mismas cartas con otras estrategias. Pararse a pensar y ordenar.

Hay tener en cuenta que es una línea de trabajo de la Fundación, el dar respuestas a los nuevos retos y necesidades que van surgiendo.

Creo que es un buen momento ahora para pararse a pensar en la oferta que damos a este tipo de pacientes y tanto la Evaluación del Programa Ulises como este trabajo pueden dar pie y servir de base para que se de un proceso de reflexión interna que derive en una mejora del servicio.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Archivos del Centro de Solidaridad de Zaragoza.
- Comunidades Terapéuticas en España. Domingo Comas Arnau.
- Estudio descriptivo de personas drogodependientes dadas de alta en Proyecto Hombre Zaragoza entre 1988-2000. Pedro Caurin Lozano, Antonio Seva Fernández, Francisco Javier Galindo y Miguel Ausejo.
- Evaluación del Programa Ulises del Centro de Solidaridad de Zaragoza. Fundación Atenea Grupo GID.
- Material didáctico facilitado en el curso.
- Problemas emergentes en jóvenes y adolescentes. Evaluación del Plan de Prevención del Centro de Solidaridad de Zaragoza. Fundación Atenea Grupo GID.