

DOCUMENTO INTERNO DE TRABAJO

REFLEXIÓN DE CÁRITAS REGIONAL DE ANDALUCÍA SOBRE ADICCIONES Y DEPENDENCIAS

CÁRITAS REGIONAL DE ANDALUCÍA

MARZO 2011



Trabajamos por la justicia

REFLEXIÓN DE CÁRITAS REGIONAL DE ANDALUCÍA SOBRE ADICCIONES Y DEPENDENCIAS en situaciones de vulnerabilidad y exclusión social

Equipo de Prioridad Regional de Colectivos

0. PRESENTACIÓN

El presente documento recoge una reflexión en relación a la problemática de las adicciones, realizada por parte de los profesionales de las Cáritas andaluzas -Cáritas de Cádiz, Granada, Jerez, Huelva, Málaga y Sevilla - que han aportado sus datos y reflexiones. Los datos que se recogen en este documento se han obtenido de las plantillas que cumplimentaron el personal de las Cáritas Diocesanas de Andalucía, a fin de disponer de un mapa de la realidad de los recursos específicos disponibles para atender a las personas con problema de adicción, y de otros recursos de atención genérica e integral para personas en situación de exclusión social.

Queremos agradecer de manera muy especial a todas las compañeras y compañeros que han trabajado en la realización de este informe. Los motivos que nos llevan a realizar este ejercicio de reflexión son los siguientes:

- La adicción, en un sentido amplio, puede constituirse como causa y consecuencia de las diferentes situaciones de grave exclusión social que estamos atendiendo en el día a día.
- Existe un porcentaje muy elevado de personas atendidas que padecen problemas de adicción en sus diferentes manifestaciones: monoconsumo, policonsumo, adicciones tóxicas, no tóxicas...
- El problema de la adicción no es un elemento aislado en la vida de las personas que acuden a nuestros recursos. La dependencia se une a las condiciones de precariedad en las que viven derivadas de la pobreza y la exclusión social. Personas que por falta de formación, o por dificultad para conseguir y manejar la información, no pueden acceder a derechos sociales de uso y disfrute universal.
- También manejamos la hipótesis del elevado nivel de trastornos de salud mental en las personas que viven en permanente situación de vulnerabilidad, y que además son usuarias de drogas, personas de edad avanzada en situación crónica de exclusión, y en numerosas ocasiones, con un grado de dependencia importante.
- A ello se une la falta de sensibilización social ante estos problemas y como consecuencia, la falta de recursos para que la persona tenga la oportunidad de estabilizarse, de ofrecer un respiro familiar, o de permanecer en un hogar hasta que tenga acceso a un recurso para personas mayores.
- Se trata de un problema que, en mayor o menor grado, podemos encontrar en casi todos los recursos de nuestra Institución destinados a la atención de personas en situación de exclusión y a veces, con la dificultad de no saber resolver las situaciones que se presentan debido a la dependencia.

Esquema de presentación de este documento:

1. Realidades detectadas en los diferentes recursos (tipo de población, consumos, recursos).
2. Dificultades que nos estamos encontrando.
3. Respuestas que estamos ofreciendo desde nuestra Institución.
4. Propuestas y recomendaciones a tener en cuenta para ofrecer una mejor atención.

1. REALIDADES DETECTADAS EN LOS DIFERENTES RECURSOS

Exponemos algunas realidades detectadas en cuanto al tipo de población, los consumos, y recursos para la personas con problemas de adicción.

Respecto a la población.

En términos generales, si atendemos al grado de exclusión residencial, podemos distinguir tres grupos de población:

- 1) Personas en situación de calle, alejadas de la red de recursos:
 - a) Sin control ambulatorio y con consumo activo.
 - b) Con control y tratamiento ambulatorio y, sin consumo activo.
 - c) Personas que, aún teniendo control y tratamiento ambulatorio, continúan siendo consumidoras activas.
- 2) Personas que residen o utilizan algún recurso de la red de centros para personas sin hogar -de ahora en adelante PSH-. Estaríamos hablando de:
 - a) Personas consumidoras activas que van de paso y no están motivadas para iniciar el cambio.
 - b) Personas que están a la espera de ingresar en un recurso especializado de deshabitación.
 - c) Personas que no son consumidoras activas y que están realizando un tratamiento en régimen ambulatorio. Dentro de este grupo poblacional, podríamos incluir a aquellas que residen en recursos especializados de deshabitación gestionados por algunas Cáritas Diocesanas
- 3) Personas en situación de exclusión que residen en un alojamiento en régimen de alquiler o propiedad y tienen problemas de consumo de diferentes tipos de tóxicos:
 - a) Sin control ambulatorio y con consumo activo.
 - b) Con control y tratamiento ambulatorio y, sin consumo activo.
 - c) Personas que, aún teniendo control y tratamiento ambulatorio, continúan siendo consumidores activos.

En relación a los recursos.

En los grandes núcleos de población se constata una mayor presencia de recursos de deshabitación, que apenas existen en las zonas rurales.

Aún así, los diferentes tipos de recursos que encontramos en nuestra Comunidad Autónoma, destinados a la atención de personas con problemas de consumo, pueden clasificarse así:

- Centros de carácter privado, con alta exigencia y que suelen requerir de una red de apoyo de la que carecen las personas en situación de exclusión (como por ejemplo Proyecto Hombre).
- Centros de carácter religioso con una dinámica de trabajo centrada sobre todo en la incorporación social y adaptación de la persona al centro (como por ejemplo los Centros Evangelistas)
- Centros de carácter público, donde se realizan tratamientos, tanto en régimen ambulatorio como en régimen de “internado”, aunque la persona puede relacionarse con su entorno más inmediato. Nos referimos a viviendas de apoyo al tratamiento, comunidades terapéuticas, viviendas de apoyo a la reincorporación social, unidades de desintoxicación hospitalaria, etc.
- Centros propios o en colaboración con entidades religiosas, de apoyo al tratamiento o de primera acogida.

En relación a los consumos.

En general se puede decir que un elevado porcentaje de las personas que acuden a los recursos destinados a personas en situación de grave exclusión social / PSH, sufren algún tipo de adicción. El tipo de consumo puede ser muy variado pero, en general, se trata de personas politoxicómanas de muy larga evolución, que empezaron a consumir tóxicos con menos de 20 años y que llegan a nuestros recursos trascurridos mucho tiempo después del primer consumo.

A modo de radiografía, al grupo a personas en situación de grave exclusión residencial y los patrones de consumo, podemos señalar lo siguiente:

- Personas con una historia dilatada de consumo (un solo tipo de consumo o policonsumidoras generalmente, o sin tratamiento de metadona): alcohol, cocaína, heroína, heroína+cocaína, benzodiacepinas...).
- Menores inmigrantes tutelados con adicción a disolventes (realidad relativamente reciente).
- Personas con problemas de ludopatía. Suelen mantener intactas sus habilidades sociales, son difíciles de detectar si no verbalizan el problema. En ocasiones los problemas vienen asociados al consumo de alcohol y/o tóxicos. Normalmente no han realizado un tratamiento previo.
- Personas con alcoholismo crónico y edad avanzada. En ocasiones estas personas han tenido problemas con otras sustancias, aunque actualmente no las consumen. La dependencia al alcohol se ha agravado por su situación de exclusión teniendo serias dificultades para abandonarlo. Dificultad para asumir el consumo de alcohol como un problema.
- En relación a la historia de tratamientos realizados nos encontramos con personas que:
 - Han realizado tratamientos previos (con o sin alta terapéutica) en centros de carácter público, privado o religioso; y
 - Nunca han realizado tratamientos previos, y por primera vez están motivados para iniciarlo.

- Consumos cíclicos ya que cada cierto tiempo se producen recaídas por diferentes motivos.

Los patrones de consumo arriba mencionados, podemos afirmar que tienen entre otras, las siguientes consecuencias:

- Problemas de salud físicos: VIH/SIDA, hepatitis, cirrosis, etc. y mentales: esquizofrenia, trastornos bipolares....
- Deterioro físico y de su imagen personal.
- Dificultades para acceder y/o mantener un trabajo.
- Si hay familia, las relaciones se resienten

En cuanto a las personas que residen en algún tipo de alojamiento, en régimen de alquiler o propiedad, que padecen problemas de consumo y están en situación de exclusión (aunque no en grado tan extremo como el anterior), así como personas participantes de diferentes proyectos y servicios de Cáritas, podemos observar:

- Unidades familiares donde el consumo de tóxicos está muy normalizado y aceptado, destinándose los únicos ingresos que hay en la unidad familiar al consumo antes que a la manutención. Menores en situación de absentismo escolar. Con las mujeres, en general, se necesita un proceso más largo y con un mayor número de intervenciones para que reconozca la adicción. Si es la mujer quien sufre la adicción, la familia se rompe y suele estar abandonada, en cambio si es el varón el que padece la adicción, la mujer mantiene la unidad familiar.
- Personas ex-reclusas, inmigrantes. Y mujeres con la pareja en prisión por delitos relacionados con el tráfico de estupefacientes.
- En las zonas rurales, se detecta un mayor consumo de alcohol principalmente varones de edad media alta.
- El porcentaje de familias afectadas por el consumo de tóxicos puede llegar en algunas zonas urbanas al 60% -información de Cáritas Jerez-.

2. DIFICULTADES QUE NOS ESTAMOS ENCONTRANDO

A continuación presentamos las dificultades que con mayor frecuencia se están encontrando los recursos:

Para las personas que atendemos, según se percibe en los centros:

- Una de las principales dificultades es que la sombra de la droga continua “planeando” sobre la persona en su proceso de incorporación social. Según la historia personal, la persona tiene que estar siempre librando una batalla con la tentación y con la posibilidad de la recaída. Romper con ese círculo no es fácil.
- Otro problema es la normalización que se ha hecho del consumo de determinadas sustancias, sobre todo con el hachís y el alcohol, ya que existe una mayor tolerancia y permisividad social, unida a la percepción de bajo riesgo.
- Otra dificultad fundamental es la relacional, ya que la droga ha podido romper relaciones significativas con las personas allegadas, pareja, familias, amigos, importantes para su proceso de incorporación social.

- La droga puede favorecer la permanencia en círculos de relaciones que impiden romper definitivamente con ella.
- Recaídas, actitudes antisociales, dificultad para el cumplimiento de objetivos, para la asunción de normas, para corresponsabilizarse, para la definición de los límites, etc.

Para los centros de atención a personas en situación de exclusión social / PSH:

- Falta de alternativas de tratamiento adaptadas a la realidad de las personas en situación de exclusión social. El porcentaje de “éxito” continúa siendo bajo, ya que el tratamiento de deshabituación en los recursos existentes, se centra en la abstinencia del consumo sin abordar la causa que lo origina.
- Deficiente coordinación entre los profesionales del ámbito sanitario y los de los recursos especializados en drogodependencias, así como con los profesionales de los centros de acogida de PSH. No suelen existir protocolos consensuados de coordinación, por lo que la atención queda supeditada a la buena voluntad de los profesionales implicados.
- Desde los recursos especializados se demanda estancia en los centros de acogida para cubrir dos necesidades básicas: por una parte mientras accede al recurso especializado que se le está tramitando y por otra, para disfrutar de permisos terapéuticos. Este planteamiento no se considera adecuado porque se corre el riesgo de convertirlos en “centros de acogida y espera”.
- En relación al programa de metadona, las personas atendidas llevan, en la mayor parte de los casos, años en tratamiento con metadona y no se sienten animados ni acompañados para reducir la dosis. Esto es muy difícil hacerlo en la calle y sin apoyo de ningún tipo. Los centros de tratamiento ambulatorio no suelen estar dispuestos a hacerlo si no hay otro recurso que acompañe a la persona.
- En cuanto a la calidad de los servicios, algunos recursos especializados es mejorable.
- Dificultades para la integración social, para establecer nuevas relaciones y retomar las antiguas. Las personas “de a pie” suelen tener una imagen estereotipada de las drogodependencias, desconfiando de las personas que padecen esta enfermedad, lo que dificulta que se establezcan redes sociales normalizadas.
- El deterioro físico al que antes hacíamos referencia, dificulta, de forma considerable, el alquiler de pisos y/o habitaciones.
- La negativa por parte de algunas de las personas que atendemos a ser derivadas a determinados centros (por su alto nivel de exigencia, por experiencias negativas previas, etc.), eligiendo aquellos recursos que presentan un nivel de exigencia menor.
- En zonas con alta presencia de población inmigrante (principalmente la procedente del Magreb) se echa en falta la figura del mediador/a intercultural que facilite la comunicación.
- No existe un planteamiento de trabajo único. Muchas de las personas están en relación con varias entidades y profesionales, por la pernocta, el tratamiento, la formación laboral, etc. lo que conlleva, estar en varios

espacios, con listas de espera, contar la propia historia a diferentes profesionales...

- Falta de apoyo y seguimiento una vez que la persona ha iniciado su vida autónoma y ha concluido su proceso de deshabitación (se da más importancia a los “inicios” y a los “durantes” que a los “después”). Necesidad de una red de voluntariado de apoyo y de una comunidad parroquial comprometida
- En relación a los tiempos:
 - Tiempo de espera excesivo para valorar la necesidad de ingreso en un recurso especializado por parte de los profesionales competentes (tenemos dificultad para valorar la necesidad de recurso especializado).
 - Tiempo de espera excesivo para ingresar en un recurso público especializado (lista única de espera para todas las solicitudes que se remitan desde toda Andalucía sin atender a su situación o urgencia social), conviviendo mientras tanto con personas que son consumidoras activas, lo que ralentiza el proceso de deshabitación y dificulta la abstinencia. Ese período de espera en los centros de acogida provoca que la persona pase el síndrome de abstinencia en recursos poco preparados para ello.
 - Citas muy dilatadas en el tiempo con los profesionales especializados, incluso para aquellos pacientes que ya residen en un recurso especializado. Todo ello tiene como consecuencia la desmotivación de las personas que han decidido iniciar proceso de desintoxicación.
- En la red de recursos faltan:
 - Plazas en recursos residenciales especializados.
 - Recursos de estancia diurna que favorezcan el abandono del consumo.
 - Diseño y puesta en marcha de recursos de baja exigencia, o en su defecto la flexibilización de las normas de los recursos ya existentes, de tal forma que se pueda dar una respuesta de deshabitación paulatina y eficaz. Esto permitirá trabajar con la persona atendiendo a su situación particular, es decir, aún en el caso de consumos activos, siempre que no se produzca dentro del centro.
 - Plazas residenciales para aquellas personas que, por su proceso, disfrutan de permisos terapéuticos, y aún teniendo la posibilidad de salir unos días de la comunidad donde están, no lo pueden hacer por falta de apoyo familiar, o han de pasar a otra fase. La inexistencia de las mismas puede dar lugar a que se interrumpa el tratamiento iniciado y que la persona vuelva al entorno del que salió, generalmente un barrio marginal.
 - Recursos para personas con patología dual (asociación de trastorno por consumo de tóxicos y trastorno mental). Muchos pacientes con patología psiquiátrica no son atendidos en salud mental hasta que no pueden acreditar la abstinencia de tóxicos durante unos meses. Pero, ¿quién puede acreditarlo si están en

la calle, si no tienen un recurso donde se les atienda, esperando ser tratados de su enfermedad psiquiátrica?

- Plazas en las unidades de desintoxicación hospitalaria. No suele ser un recurso que se oferte a las personas, muchas de ellas, incluso desconocen su existencia.

Para otros servicios de Cáritas, como por ejemplo:

- En unidades familiares:
 - la coexistencia de situaciones de maltrato y violencia doméstica, junto con problemas de adicciones dentro del seno familiar provoca que la mujer no verbalice los problemas de adicciones de su pareja debido, entre otros motivos, al temor a la intervención de los equipos de tratamiento familiar con los menores.
 - jóvenes con problemas de consumo de diferentes sustancias que, debido a la escasa formación del voluntariado, no se abordan por desconocer como orientar esa situación, lo que hace el acercamiento a la unidad familiar muy difícil.
- Reconocimiento, por parte de la persona afectada, de su problema de adicción como paso previo y fundamental para iniciar un tratamiento.
- La existencia de servicios que trabajan la reducción de daños (reparto de bocado, jeringuillas). Si bien atienden la situación y momento personal dificultan y ralentizan el proceso de deshabituación de la persona. Escasa formación de profesionales y voluntarios para hacer frente a este tipo de situaciones.
- En zonas rurales:
 - La marcada presencia de prejuicios, limita la asistencia del público a charlas de formación y sensibilización.
 - Es difícil que las personas lleguen a la acogida porque en los pueblos pequeños se oculta en exceso la problemática del consumo y en otros casos se considera como algo normal.
 - La falta de recursos y el coste de los desplazamientos hasta las zonas donde se concentran los recursos.

3. RESPUESTAS QUE ESTAMOS OFRECIENDO DESDE NUESTRA INSTITUCIÓN.

En los recursos específicos de atención a personas usuarias de drogas
Cáritas Diocesana de Granada

Dispone de una Vivienda de Apoyo al Tratamiento, con capacidad para 5 personas y un tiempo máximo de estancia de 3 meses y de una Vivienda de Apoyo a la Reinserción, con capacidad para 7 personas y un tiempo máximo de estancia de 6 meses.

En los dos recursos residenciales mencionados sólo se atienden a varones que han decidido iniciar un proceso de deshabituación.

En las Cáritas Diocesana de Jerez y de Cádiz

Desde las Cáritas parroquiales se da apoyo económico para cubrir el coste del transporte a centros ubicados en otras localidades para realizar tratamientos de deshabitación y de alojamiento (generalmente habitaciones), hasta que la persona ingresa en un recurso especializado.

En los centros de atención a personas en situación de exclusión social / PSH

- Se trabaja en coordinación-derivación, con el resto de entidades implicadas (públicas y privadas) para, por una parte, facilitar el ingreso de las personas, cuando así se aconseja, en recursos especializados y por otra, para que la persona pueda realizar el tratamiento de deshabitación en régimen ambulatorio, desarrollando planes individuales de trabajo.
- Se facilita la cobertura de las necesidades básicas al mismo tiempo que se ofrece acompañamiento, por parte de un equipo multidisciplinar. Dicho acompañamiento está orientado tanto a la recuperación bio-psico-social como a la adquisición de hábitos y habilidades sociales y educativas.
- Se motiva a la persona para iniciar proceso de deshabitación.
- Los consumos en los centros se “sancionan” pero desde un punto de vista educativo y siempre de forma individual.
- Se readmiten a aquellas personas que demandan una nueva oportunidad y que han fracasado con anterioridad en otro tipo de recursos.
- Se continúa el trabajo, en programas de larga estancia, cuando las personas han finalizado su proceso de recuperación.
- Se facilitan grupos de autoayuda y/o terapias grupales.
- Se promueven programas de prevención, y acciones que faciliten la información, asesoramiento y promoción personal.
- Existen limitaciones en cuanto a la capacidad y a las plazas en nuestros centros y servicios.

En otros servicios o recursos no específicos de atención a la drogodependencia en Cáritas:

- Charlas informativas de carácter preventivo dirigidas a jóvenes en situación de riesgo inminente, y a familias. Se trabaja conjuntamente con los centros escolares.
- Información, asesoramiento y promoción personal.
- Si las personas viven en zonas rurales, la intervención se centra en dos direcciones: por una parte acogida-coordinación-derivación de la persona tanto a Servicios Sociales como a recursos especializados, y por otra, seguimiento de la persona afectada y acompañamiento a la unidad familiar.

4. PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES A TENER EN CUENTA PARA OFRECER UNA MEJOR ATENCIÓN

Propuestas dirigidas a:

Cáritas Diocesanas

Según nuestro modelo de acción y el marco de intervención, deberíamos hablar de personas en situación de pobreza y exclusión social para incluir los distintos colectivos con quienes estamos comprometidos, evitando poner etiquetas o resaltando el problema, en este caso, la adicción. Por ello, utilizaremos términos donde el concepto de persona sea el primer elemento a señalar, por ejemplo, persona usuaria de drogas, persona con consumo activo...

- Se propone la creación y/o mantenimiento de centros destinados a personas con trastornos por consumo de tóxicos, donde puedan recuperar las habilidades básicas y la salud necesaria para poder acceder después a otros recursos de mayor exigencia.
- Ofrecer respuestas de carácter integral mediante la puesta en marcha de centros donde se pueda hacer un proceso completo sin interrupciones (desintoxicación-deshabitación-reincorporación).
- Mejorar la coordinación en un sentido bidireccional (centros acogida / centros de tratamiento ambulatorio / centros de acogida) al tiempo que se establecen protocolos de coordinación y reuniones periódicas para el seguimiento de casos.
- Promover una atención integral a la persona, dirigida a la reincorporación sociolaboral. Esto significa, apoyar el acceso a la vivienda, a una formación permanente, a un trabajo.
- Mejorar e intensificar la coordinación interinstitucional en función del momento y la situación en la que se encuentra la persona: recursos de empleo, formativos, vivienda, servicios sociales, recursos para personas con minusvalías...
- Propiciar la creación de recursos para el tratamiento de las dependencias en las zonas rurales.

Cáritas Regional

Cáritas Regional debería presentar propuestas, convenios o peticiones, según convenga en cada caso, a los centros de tratamiento de adicciones gestionados por la Junta de Andalucía que posibilite:

- Atender a la situación social (urgencia social) de la persona usuaria de cara a priorizar el ingreso en un recurso especializado, de aquellas personas que no tengan ni apoyo familiar ni vivienda y que hayan decidido iniciar un proceso de deshabitación (eliminar la actual lista única de espera).
- Acciones de discriminación positiva (establecimiento de cláusulas sociales), orientadas a favorecer el acceso al empleo (formación, mayor rapidez en el acceso a Red de Artesanos, al Programa Arquímedes y otros similares. Recursos de empleo: prácticas en empresas o contratos en prácticas para el colectivo, recursos económicos para las empresas

que contraten a personas que hayan realizado procesos de deshabituación.....).

- Que en los centros de tratamiento ambulatorio se realice un trabajo más intenso, incrementando la frecuencia de las citas con profesionales especializados de aquellas personas que realizan tratamientos ambulatorios y están residiendo en nuestros recursos ya que actualmente entendemos que es demasiado laxo.



Para trabajar de forma simultánea desde los dos ámbitos, diocesano y regional

Proponemos algunas recomendaciones para la negociación con la Junta de Andalucía, y a tener en cuenta en los convenios y acuerdos de cada Cáritas Diocesana:

- Incremento del número de profesionales de los centros de tratamiento ambulatorio a fin de disminuir el tiempo de espera entre cita y cita.
- Incremento del número de plazas residenciales destinadas a iniciar y realizar procesos de deshabituación (disminuir las listas y tiempos de espera) teniendo en cuenta los casos de “permiso terapéutico” e ingreso en nuevos servicios, para que la persona disponga de un espacio adecuado de espera hasta que ingresa en la siguiente fase de deshabituación.
- Adecuar el tratamiento de la patología dual y mejorar la coordinación entre los servicios que atienden a personas con problemas de salud mental y servicios que atienden a personas con adicciones.
- Respuesta integral de las comunidades terapéuticas a las personas sin recursos y no sólo atención a las adicciones
- Promoción de una política institucional donde la Junta de Andalucía se plantee intensificar las relaciones sociosanitarias con todo lo que ello implica.
- Para reducir la lista de espera, ante los inicios de tratamiento terapéutico, se propone acordar con otras Cáritas diocesanas que sí gestionan recursos de desintoxicación/deshabituación a tóxicos la derivación de personas.