

GRADO EN TRABAJO SOCIAL

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

Trabajo Fin de Grado

El proceso de acogida en la atención de personas drogodependientes desde las Unidades de Atención a las Drogodependencias

Directora: Berta Puyol Lerga

Autora: Claudia Rizo Pérez

La Laguna, a 13 de junio de 2014

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	3
1. FUNDAMENTACIÓN.....	5
2. ANTECEDENTES. MARCO TEÓRICO.....	6
2.1. LA METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN EN TRABAJO SOCIAL.....	6
2.1.1. Los niveles de intervención en Trabajo Social.....	7
2.1.2. Los modelos de intervención en Trabajo Social.....	9
2.1.3. Técnicas utilizadas en Trabajo Social.....	10
2.1.4. Fases de la metodología de intervención desde el Trabajo Social.....	12
2.2. EL MÉTODO DE INTERVENCIÓN CON USUARIOS/AS DROGODEPENDIENTES.....	14
2.3. LA ACOGIDA O PRIMERA ENTREVISTA CON USUARIOS/AS DROGODEPENDIENTES.....	16
2.3.1. Características del proceso de acogida con usuarios/as drogodependientes.....	17
2.3.2. Actitudes y habilidades del/de la trabajador/a social en la acogida.....	21
3. OBJETIVOS.....	23
3.1. OBJETIVO GENERAL.....	23
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
4. MÉTODO.....	24
4.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES.....	24
4.2. HIPÓTESIS.....	24
4.3. POBLACIÓN, PERÍODO TEMPORAL Y ÁMBITO GEOGRÁFICO.....	25
4.4. TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS.....	26
4.5. TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS.....	26
5. RESULTADOS.....	27
5.1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD	

DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS	27
5.2.DATOS DE IDENTIFICACION DEL/DE LA ENTREVISTADO/A.....	29
5.3.PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE ACOGIDA CON USUARIOS/AS DROGODEPENDIENTES EN UNA UNIDAD DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS	32
6. ANÁLISIS DE DATOS Y DISCUSIÓN.....	50
7. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.....	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXOS: MODELO DE ENTREVISTA PARA LAS UNIDADES DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS.....	61

INTRODUCCIÓN

El estudio que se presenta aborda el proceso de acogida que realizan los/las trabajadores/as sociales de las diferentes Unidades de Atención a las Drogodependencias (UAD) de la isla de Tenerife con los/as usuarios/as drogodependientes. En este tipo de recursos se ofrece atención médica, psicológica y social a todas las personas que tienen problemas derivados del consumo de drogas (Gobierno de Canarias, 2010).

El documento está dividido en ocho apartados donde se recogen los diferentes aspectos claves para el desarrollo del estudio, desde la fundamentación y los antecedentes teóricos hasta los resultados y conclusiones.

En primer lugar, en la fundamentación se explican los motivos o razones que han motivado la elección del tema de investigación, por qué es importante su estudio, las contribuciones que puede tener al Trabajo Social, así como una breve contextualización del tema.

El segundo apartado recoge la información necesaria que ha hecho posible la confección del marco teórico, a través de la bibliografía trabajada y consultada durante todo el proceso de estudio. Se abordan aspectos generales de la intervención con usuarios/as desde el Trabajo Social y, más concretamente, con personas drogodependientes, y se analiza además la bibliografía localizada referente al proceso de acogida.

En el tercer apartado se formulan los objetivos generales y específicos que se pretenden alcanzar con la realización del estudio. Cuenta con un objetivo general y cinco objetivos específicos.

El cuarto apartado presenta los datos referidos al método. Así se indica el tipo de investigación realizada, el método que se ha utilizado, las hipótesis formuladas, la población, el período temporal y el ámbito geográfico que abarca el estudio y las técnicas de recogida y análisis de datos.

En el quinto apartado se muestran los resultados obtenidos en el estudio mediante cuadros y gráficas, según corresponda. Cada una de estas representaciones irá acompañada de una descripción de los datos obtenidos en cada parte del proceso para facilitar la comprensión de los resultados.

El sexto apartado presenta el análisis y discusión de los datos anteriores para dar respuesta a las preguntas y objetivos formulados. Se analizarán cada una de las hipótesis enunciadas en el estudio y se comprobará su validez o no mediante los resultados conseguidos.

El séptimo apartado es el de las conclusiones y propuestas donde aparecen los hallazgos y resultados más importantes del estudio, así como algunas propuestas para mejorar ciertos aspectos del proceso de acogida con los pacientes drogodependientes. Además, hay una parte destinada a establecer las posibles contribuciones del estudio a la disciplina del Trabajo Social y a valorar el proceso de elaboración del Trabajo de Fin de Grado.

El siguiente apartado recoge las referencias bibliográficas citadas a lo largo del estudio y presentadas siguiendo la norma APA. Hay referencias bibliográficas pertenecientes a libros y manuales, revistas digitales, publicaciones de organismos oficiales, asociaciones, etc. que pretenden ofrecer una base teórica relevante y necesaria para fundamentar el estudio.

Para completar el documento se incluye en el apartado de anexos el modelo de entrevista que fue utilizado para la recogida de datos en las diferentes Unidades de Atención a las Drogodependencias entrevistadas.

1. FUNDAMENTACIÓN

El interés por el tema de estudio viene determinado por la escasa información disponible acerca de este tema, pues son pocas las investigaciones y documentos encontrados, para este estudio, que se centren específicamente en la primera fase de intervención del/de la trabajador/a social con el/la usuario/a. Por ello, se hace necesario recopilar la información existente y ampliarla mediante el estudio para conocer aspectos generales de este proceso, centrándonos en la forma de proceder de las Unidades de Atención a las Drogodependencias de la isla de Tenerife. Cobra especial relevancia ahondar sobre el proceso de acogida, ya que es una fase determinante a la hora de intervenir con el/la usuario/a drogodependiente y donde los/las trabajadores/as sociales, como profesionales, tienen un papel muy importante. Es una fase que permite a los profesionales de lo social conocer diferentes datos que le guiarán a la hora de establecer el proceso que se va a seguir con la persona.

De Robertis (1992) concibe el proceso de acogida como el encuentro entre profesional y usuario/a que permite al primero conocer quién solicita su actuación, por qué, para qué y a quién se dirige su intervención profesional. Estos datos le permitirán un análisis de la situación del/de la usuario/a, su situación, su contexto, el sector geográfico o territorio, las instituciones y organizaciones existentes, etc.

Los resultados que arroje la investigación serán de utilidad para dar a conocer la labor de los/las trabajadores/as sociales, en los recursos seleccionados, durante esta fase. Esto permitirá que esta profesión, todavía desconocida para algunos, sea más visible en la sociedad y que se clarifique la importancia de esta fase en el tratamiento de las drogodependencias.

El estudio permite el análisis de los resultados obtenidos y esta información puede ser útil para los/las trabajadores/as sociales de este ámbito o para los estudiantes de Grado en Trabajo Social, ya que les permitirá conocer cuál es su función en estos recursos y que puedan desarrollar una visión crítica de la labor que desempeñan estos profesionales en las UADs participantes. El estudio deja abierta la posibilidad de establecer nuevas líneas de actuación y posibles mejoras a introducir en la fase de acogida, para que este proceso se desarrolle en las condiciones más adecuadas.

2. ANTECEDENTES. MARCO TEÓRICO

2.1. LA METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN EN TRABAJO SOCIAL

De la Red (1993) indica que la disciplina del Trabajo Social aplica los conocimientos científicos para resolver problemas prácticos y que, por ello, está próxima al ámbito de la tecnología social. “Mientras que para el científico un objeto de estudio es una cosa en sí, existente por sí misma, el tecnólogo se interesa por la cosa, aquella que está en nuestro poder crear, controlar o destruir... En otras palabras, al tiempo que el científico busca conocer, el tecnólogo busca conocer para hacer” (Bunge, 1980 s.r.f. De la Red, 1993, p. 180).

El método en Trabajo Social es la manera en la que actúa el profesional de esta disciplina con el usuario desde el principio de la intervención hasta que ésta finaliza (De Robertis, 1992).

Sin embargo, Ander-Egg (1996) defiende la idea de que no existe un método de Trabajo Social, sino varios métodos que se utilizan en diferentes tiempos y lugares, dependiendo de lo que se quiere lograr y de la realidad en la que se lleva a cabo. “Un método (...) más bien es como una caja de herramientas, en la que se toma lo que sirve para cada caso y para cada momento” (Ander-Egg, 1996, p. 108). Se suele formalizar un proceso para lograr un objetivo, donde se concretan los medios y procedimientos necesarios, pero este proceso no puede aplicarse tal cual sobre la realidad, ya que no es tan simple y varía. Por ello, se interviene a partir de unas líneas generales de actuación que varían en función de lo que va sucediendo.

El método puede tener dos alcances diferentes en función del fin que se quiere lograr. Estos dos alcances, tal como señala Ander-Egg (1996), son:

- Como estrategia cognitiva, para decir acerca de la realidad social. Esto se refiere al método como medio para hacer afirmaciones sobre la realidad.
- Como estrategia de acción, para hacer sobre la realidad social, es decir, para llevar a cabo actuaciones y acciones sobre la realidad para conseguir determinados objetivos.

Puyol (2001) plantea que la metodología en esta disciplina es fruto de la sistematización del trabajo de los profesionales y de la teoría aportada por la ciencia. La metodología

tiene dos funciones: “por una parte, la elaboración de conceptos básicos y, por otra, la elección de instrumentos que un método debe utilizar para obtener el fin propuesto. Es decir la metodología debe cuidar que la aplicación del método se haga de manera coherente, de acuerdo con los objetivos propuestos, objetivos que, en el campo del Trabajo Social son de intervención en la realidad social, cuestión que hace mucho más complejo el proceso metodológico” (Colomer, 1987 s.r.f. Puyol, 2001, p. 153).

Por su parte, De Robertis (1992) concibe que la metodología del Trabajo Social se crea a partir del estudio de las experiencias prácticas que se habían producido y de las aportaciones de las diferentes ciencias, tales como la psicología o la sociología. Según esta autora, el Trabajo Social utiliza dos formas de sistematización de la práctica y de elaboración metodológica. “La primera toma en cuenta una aproximación pragmática: Frente a la realidad compleja y viva de los problemas individuales y sociales, el trabajador social opera por la acumulación de experiencias (...) y por la reflexión sobre los resultados, positivos o negativos. Aquello que demuestre producir los resultados esperados será nuevamente utilizado; en cambio, lo que resulte ser un error ya no se experimentará más” (De Robertis, 1992, p. 64). Y, según esta misma autora, la segunda forma utiliza una aproximación más científica, a partir de la utilización de herramientas y de los métodos de investigación en Trabajo Social.

2.1.1. Los niveles de intervención en Trabajo Social

Los métodos profesionales de Trabajo Social surgieron por la necesidad de que las acciones que se realizaran contaran con un principio organizador y de coherencia, así como una coordinación operativa. El primer método tradicional en Trabajo Social, el de caso social individual, nace en los años veinte; el segundo, el trabajo social de grupo, a mediados de los años treinta; y el último método, es el de organización y desarrollo de la comunidad (Ander-Egg, 1996). Estos métodos tradicionales en Trabajo Social pasan a denominarse niveles de intervención, con el movimiento de reconceptualización de esta disciplina que surgió a finales de los años sesenta y principios de los setenta (Puyol, 2001).

La intervención es “la acción guiada por el conocimiento, valores y habilidades del trabajador social hacia la consecución de metas específicas” (Escartín, 1992, p. 25). Esta

misma autora, recoge cuatro tipos de intervención: con individuos, con grupos, con familias y en la comunidad.

- En la intervención con individuos, el protagonista es la persona y el abordaje está centrado en las relaciones que se producen entre la persona y la sociedad y en la personalidad (Barbero, 2003). Por tanto, también tiene en cuenta la situación de la persona con su familia para conocer cómo ésta ha influido en su personalidad (Ander-Egg, 1996). “Los conocimientos imprescindibles para comprender la interacción uno-con uno son: 1) la formación de un sistema de acción; 2) la naturaleza de las relaciones; 3) la comunicación; y 4) las técnicas y destrezas que aumentan la intensidad y la calidad de las relaciones y la comunicación” (Escartín, 1992, p. 40).
- En la intervención con grupos se trabaja con pequeños grupos de menos de 12 personas y pretende “ayudar a los individuos a mejorar su funcionamiento social a través de experiencias constructivas en grupo y a enfrentarse con los problemas personales, de grupo o de la comunidad, de una manera efectiva” (Konopka, s.r.f. Escartín, 1992, p. 70). En este nivel, el protagonista también es la propia persona y el propósito de abordaje son situaciones sociales personales. El grupo hace de sustituto del entorno social del individuo que es necesario para que aprenda o modifique ciertos aspectos (Barbero, 2003).
- En la intervención con familias, Escartín (1992, p. 84) defiende que “implica la actuación en un sistema natural: la familia en su totalidad, con el objetivo de modificar la problemática del grupo familiar, de ayudarlo a satisfacer sus necesidades y potenciar sus recursos internos, sin aislarla del entorno social del que forma parte y del que tendremos que utilizar algunos de sus recursos en beneficio de la familia”. Esta misma autora señala la importancia de conocer los diferentes tipos de familia que existen en la actualidad y las situaciones y procesos que pueden atravesar.
- La intervención en la comunidad propicia un desarrollo tanto educativo como de organización. “Educativo, porque la materialización de proyectos es mucho menos importante que los cambios cualitativos que se manifiestan en las actitudes y en la vida de relación. Y de organización, porque promueve la acción colectiva, reorienta las instituciones y requiere la aparición y la capacitación de nuevos líderes locales” (Escartín, 1992, p. 107). Por su parte, Barbero (2003)

recoge siete tareas que se llevan a cabo en los procesos organizativos: descubrir los puntos fuertes y las necesidades del medio social, contactar y concienciar a las personas de la necesidad de una intervención con la comunidad, repartir las tareas entre las diferentes estructuras, identificar y elaborar los objetivos que se quieren alcanzar, potenciar una organización activa, ayudar a comunicar y poner fin al proceso organizativo.

2.1.2. Los modelos de intervención en Trabajo Social

La necesidad de establecer un modelo teórico de referencia en el Trabajo Social vino determinada por el interés de estos profesionales porque existiera una manera coherente de actuar en las distintas fases del proceso de intervención (Campanini y Luppi, 1991 s.r.f. Viscarret, 2007).

Para Du Ranquet (1996), “el modelo describe lo que hace el trabajador social, la manera en que recoge los datos, elabora una hipótesis, elige los objetivos, estrategias y técnicas que convienen a los problemas encontrados” (Du Ranquet, 1996 s.r.f. Viscarret, 2007, p 66).

A lo largo del tiempo han existido diferentes modelos en el Trabajo Social expuestos por varios autores, por ejemplo: el modelo dirigido al cliente, el modelo de socialización, el modelo psicodinámico, el modelo de intervención en crisis, entre otros (Viscarret, 2007).

A continuación, se mostrará una síntesis de los modelos utilizados en Trabajo Social según dos autores diferentes.

Cuadro nº 1: Modelos de intervención en Trabajo Social.

Escartín (1992)	Viscarret (2007)
-Modelo de casework o diagnóstico	-Modelo psicodinámico (Trabajo Social funcional, modelo psicosocial y modelo de resolución de problemas)
-Modelo de trabajo social para resolver problemas	-Modelo de modificación de conducta
-Modelo de trabajo social ecológico	-Modelo de intervención en crisis
-Modelo funcionalista	-Modelo centrado en la tarea
-Modelo de organización comunitaria	

-Modelo de crisis	-Modelo humanista-existencial
-Modelo transaccional	-Modelo crítico/radical
-Modelo de modificación de conducta	-Modelo de gestión de casos
-Modelo de concienciación	-Modelo sistémico
-Modelo de terapias familiares	

Fuente: Elaboración propia a partir de Viscarret (2007) y Escartín (1992).

2.1.3. Técnicas utilizadas en Trabajo Social

Las técnicas son “un conjunto de instrumentos que operan como dispositivos metodológicos de la acción social y su uso no puede aislarse de los contextos donde se aplican, ni de los postulados teóricos o metodológicos que las fundamentan” (Vélez Restrepo, 2003 s.r.f. Ariño, 2008, p. 20).

Guinot (2008) destaca entre las técnicas destinadas a la comunicación y la interrelación, la entrevista, las historias de vida y las orales, las técnicas grupales y la comunicación social. Entre las técnicas de investigación social resalta la investigación-acción-participación, el análisis conversacional, de contenido y de discurso, los grupos de discusión y los grupos focales, las técnicas para la obtención, elaboración y proceso de la información y las técnicas de análisis de datos. En relación a las técnicas de planificación, organización y gestión destaca las técnicas de planificación social, las de organización y gestión y la de supervisión en Trabajo Social.

López (2010) divide las técnicas en función del nivel y del momento de la intervención del que se trate.

Cuadro n° 2: Técnicas utilizadas en la intervención con individuos.

Evaluación inicial	Cuestionario, análisis del contexto, entrevista, escala de evaluación, consultas a expertos, contrato con el usuario.
Desarrollo e intervención	Clarificar-apoyar, informar-educar, confrontación, persuasión y consejo, controlar y poner límites, organizar

	una relación de trabajo con el usuario.
Evaluación final	Entrevista final, técnicas de medición, elaboración de buenas prácticas.

Fuente: López (2010, p. 67)

Cuadro n° 3: Técnicas utilizadas en la intervención con grupos.

Evaluación inicial	Análisis del contexto, entrevista, establecimiento de metas y objetivos grupales e individuales, programación temporal del trabajo grupal.
Desarrollo e intervención	Técnicas de iniciación, técnicas de cohesión, técnicas de trabajo y correspondencia.
Evaluación final	Entrevista final, técnicas de medición, evaluación exhaustiva del grupo, elaboración de buenas prácticas.

Fuente: López (2010, p. 68)

Cuadro n° 4: Técnicas utilizadas en la intervención con la comunidad.

Evaluación inicial	Cuestionario, análisis de las necesidades y potencialidades, entrevistas a líderes, miembros excluidos de la comunidad y miembros representativos de ámbitos sociales, consultas a expertos en desarrollo comunitario.
Desarrollo e intervención	Contrato con la comunidad, técnicas de participación, técnicas de comunicación, técnicas de negociación.
Evaluación final	Técnicas de medición, elaboración de buenas prácticas.

Fuente: López (2010, pp. 68-69)

Por otra parte, Hernández (2003) señala como técnicas “la entrevista no estructurada, semiestructurada o estructurada, informativa, indagatoria, persuasiva, motivacional...; audiciones, documentales y de registro; de investigación, de planificación o programación y evaluación, de ejecución; motivacionales; de comunicabilidad; grupales, publicitaria, de difusión o comunicación de masas” (Brezmes, 2001 s.r.f. Hernández, 2003, p. 573).

2.1.4. Fases de la metodología de intervención desde el Trabajo Social

Como se mencionó con anterioridad, no existe una única forma de intervención en Trabajo Social, ya que ésta se va formando a medida que avanza el proceso.

Muchos autores tienen su propia propuesta de estructura metodológica, donde no se observan grandes diferencias entre cada una de ellas, pero sí hay variación a la hora de denominar algunos términos (Aguilar, 2013).

Las fases metodológicas son las diferentes etapas ordenadas que debe seguir el trabajador social para alcanzar los objetivos propuestos con la intervención y éstas suelen ser: diagnóstico, planificación, aplicación del diseño y evaluación (Fernández, de Lorenzo y Vázquez, 2012). A continuación se expondrá la propuesta metodológica de Ander-Egg (1996), De Robertis (1992) y Brezmes (2001).

Cuadro n° 5: Fases metodológicas según diferentes autores.

De Robertis (1992)	Ander-Egg (1996)	Brezmes (2001)
-Localización del problema	-Estudio/investigación	-Fase de preparación
-Análisis de la situación	-Programación	-Fase de acogida
-Evaluación preliminar y operativa	-Ejecución	-Fase de exploración- estudio
-Elaboración de proyecto de intervención	-Evaluación	-Fase de diagnóstico
-Puesta en práctica		-Fase de contrato
-Evaluación de los resultados		-Fase de intervención
-Finalización de la acción		-Fase de evaluación
		-Fase de evaluación profesional

Fuente: Elaboración propia a partir de De Robertis (1992), Ander-Egg (1996) y Brezmes (2001).

Ander-Egg (1996) destaca cuatro elementos principales en este proceso inter-retroactivo:

- El estudio/investigación que forma el diagnóstico que pretende conocer la realidad para conformar un diagnóstico donde la información esté organizada de manera útil.
- La programación de las actividades y acciones que deben llevarse a cabo en el futuro para conseguir la situación deseada.
- La ejecución y puesta en marcha de las actividades y actuaciones propuestas anteriormente. Hay que tener en cuenta el lugar y personas a las que van dirigidas y el momento de realizar las actividades, el método y las técnicas necesarios.
- La evaluación de lo que se ha hecho o se está haciendo para conocer si ha sido adecuado y para introducir posibles modificaciones (Ander-Egg, 1996).

Por otra parte, De Robertis (1992) establece siete fases del método de intervención:

- Localización del problema social o de la solicitud, donde el/la trabajador/a social tiene que conocer quién solicita su actuación, por qué, para quién y a quién se dirige su actuación profesional.
- Análisis de la situación mediante la recogida de información necesaria.
- Evaluación preliminar y operativa mediante la interpretación de los datos y la formulación de hipótesis de trabajo.
- Elaboración de uno o varios proyectos de intervención, tras la determinación de los objetivos y el nivel y las estrategias de intervención.
- Puesta en práctica del proyecto de intervención.
- Evaluación de los resultados y de los cambios que se han producido desde el principio de la intervención hasta el final.
- Finalización de la acción.

Por último, Brezmes (2001) divide el proceso en ocho fases:

- Fase de preparación, donde el/la trabajador/a social recogerá la información necesaria para la intervención.
- Fase de acogida con el/la usuario/a.

- Fase de exploración-estudio en la que el/la usuario/a reflexionará sobre lo que le ha llevado a solicitar ayuda.
- Fase de diagnóstico y de planificación inicial.
- Fase de contrato en la que ambas partes llegarán a un acuerdo sobre la intervención.
- Fase de intervención.
- Fase de evaluación y finalización. Se revisará el proceso que se haya llevado a cabo, sobre todo, los aspectos positivos y finalizará la relación entre profesional-usuario.
- Fase de evaluación profesional. El trabajador social evalúa todo el proceso y elabora el informe pertinente.

2.2. EL MÉTODO DE INTERVENCIÓN CON USUARIOS/AS DROGODEPENDIENTES DESDE EL TRABAJO SOCIAL

“La drogodependencia es una problemática multicausal, en la que intervienen aspectos físicos, psicológicos, sociales y familiares, que algunos autores lo describen como una enfermedad bio-psicosocial. Cada drogodependiente es un sujeto único con una historia y sus particularidades” (Roldán, 2008, p. 303). Es por los diferentes aspectos que entran en juego por lo que en la intervención con personas con esta problemática participan profesionales de distintas disciplinas, mientras que durante los años sesenta y setenta esta labor la realizaban profesionales de la salud mental (Roca et al, 1989).

La Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de Drogodependencias, en su artículo 13, reconoce a las personas drogodependientes como enfermos y los artículos 10 y 11 establecen la garantía de atención a los drogodependientes en las mismas condiciones que el resto de la población y en su entorno sociofamiliar, la coordinación entre los servicios sanitario y sociales, la búsqueda de la incorporación social de la persona, etc. (Gobierno de Canarias, 1998).

Según Roca et al (1989), el propósito del abordaje de la situación de drogodependencia consistirá en la puesta en marcha de dispositivos y de actuaciones con el objetivo de que la persona tenga la capacidad de romper su dependencia física y psicosocial con las

drogas. Y para conseguirlo, Roldán (2008) defiende que entre el profesional y el usuario se debe establecer, desde el principio de la intervención, una relación basada en el respeto, donde las decisiones sean tomadas libremente por ambas partes y en la que cada paso de la intervención sea consensuada con el usuario.

El modelo más utilizado para el tratamiento de las drogodependencias es el biopsicosocial, que estudia las interacciones entre el ambiente y los factores farmacológicos que vienen dados por el consumo de drogas. De esto deriva la importancia de un abordaje terapéutico que incluya aspectos biológicos conductuales y sociales (Bobes, Casas y Gutiérrez, 2003).

Por otra parte, en cuanto a las fases de la metodología de intervención con usuarios/as drogodependientes, Puyol (2006) establece un modelo de intervención terapéutica en drogodependencias aceptado por los técnicos que trabajan en este ámbito. Está formado por siete fases:

Cuadro nº 6: Fases de la intervención con usuarios/as drogodependientes.

1.Acogida	El/la trabajador/a social conoce la demanda del paciente, su origen, se informa sobre el tratamiento, se deshacen mitos y se informa del funcionamiento del centro.
2.Estudio y análisis de la situación problema	Conocer la situación del paciente y su familia para establecer las líneas de actuación, puesto que toda intervención tiene que adaptarse a las necesidades cambiantes de los pacientes.
3.Diagnóstico	Será interdisciplinar biopsicosocial y pretende comprender la situación del/de la usuario/a.
4.Plan de actuación	Se concretarán los objetivos y las estrategias de actuación.
5.Tratamiento	El tratamiento tiene varias fases. La

	<p>primera es la desintoxicación donde se suprime el consumo de la droga y se trata el síndrome de abstinencia y puede ser ambulatoria o intrahospitalaria. La segunda fase es la deshabitación que pretende eliminar la dependencia a la sustancia cambiando el estilo de vida del paciente. Y la última fase es la de mantenimiento y otras situaciones que se suele hacer mediante programas de mantenimiento con metadona para los consumidores de opiáceos.</p>
6.Integración social	<p>Se inicia y desarrolla al mismo tiempo que las anteriores fases y se utilizan redes y recursos que favorezcan la normalización y eviten la segregación.</p>
7.Evaluación	<p>Se debe realizar durante toda la intervención mediante instrumentos de registro y evaluación como: la historia clínica, la ficha de identificación del paciente, los libros de registro, entre otros.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de Puyol (2006)

2.3. LA ACOGIDA O PRIMERA ENTREVISTA CON USUARIOS/AS DROGODEPENDIENTES

Este apartado se centra en la fase del primer o los primeros contactos entre el/la trabajador/a social y el/la usuario/a, de modo que, se expondrá la concepción que tienen diversos autores sobre esta fase.

2.3.1. Características del proceso de acogida con usuarios/as drogodependientes

Ander-Egg (1996) denomina a la primera etapa de la intervención con el paciente “el estudio/investigación que forma el diagnóstico”. Argumenta que en esta fase se pretende conocer la realidad sobre la que se quiere producir un cambio para conformar un diagnóstico donde la información debe estar organizada de manera que sea útil para las tareas de programación y como información básica de las estrategias de acción.

Escartín (1992) defiende la idea de que para establecer una interacción entre profesional y usuario/a se debe formar un sistema de acción en el primer encuentro que será determinante para las siguientes fases. En esta relación “el cliente podrá tomar decisiones en la medida en que el trabajador social pueda proveer su necesidad de ayuda, en la medida en que el trabajador social pueda ser de confianza o en la medida de su capacidad para comprender la situación” (Escartín, 1992, p. 43). Este primer contacto se produce cuando la persona acude a una institución a solicitar ayuda o cuando un profesional detecta una situación indeseable y es en este momento cuando el profesional debe crear un clima de confianza para que la relación sea más sólida.

Además, Escartín (1992), recalca la importancia de que en la relación, el profesional debe mostrar al cliente cómo se va a desarrollar la intervención y esto se consigue estando atento a lo que dice y hace el paciente, demostrándole que tiene las habilidades necesarias para ayudarlo, comprendiendo los sentimientos del paciente y sus dudas, explicando la forma en que la institución ofrece sus servicios, la clase de ayuda que puede prestar y los procedimientos que sigue, etc.

Durante esta etapa, el/la trabajador/a social aprovechará para recoger información relevante y definir las expectativas del/de la usuario/a. Decidirán conjuntamente si pueden trabajar juntos, si es necesario tratar otras necesidades, si es la institución más adecuada a sus necesidades y si el paciente tiene ganas de continuar con la intervención. Tras aclarar esos puntos y estar de acuerdo con la intervención, se formalizará un contrato donde plasmarán los objetivos a cumplir, los roles de ambos, lo que espera el uno del otro y la metodología que se llevará a cabo (Escartín, 1992).

De Robertis (2003) defiende que el trabajador social durante la primera entrevista tiene dos objetivos: por una parte, comprender la demanda del usuario y, por otra, asegurarse de que su institución o servicio es el adecuado para atender a la persona. Señala cuatro tipos de intervención en esta entrevista.

Cuadro n° 7: Tipos de intervención en la fase de acogida según De Robertis (2003).

1. Clarificación	Comprender el origen de la demanda, la solicitud y situación del paciente, etc. a través de escucha, observación y conversación.
2. Apoyo	Fortalecer al usuario/a y reducir sus miedos para conseguir una mayor confianza en sí mismo y en el profesional.
3. Información	El/la trabajador/a social dará la información necesaria para que el paciente sea el protagonista de su proceso de cambio.
4. Elaboración del proyecto de trabajo	En él se concretan los objetivos de la intervención y es aceptado por ambos.

Fuente: Elaboración propia a partir de De Robertis (2003).

Brezmes (2001) denomina esta fase como “fase de inicio o de acogida” y cree que es una fase crucial en la que se van a “establecer los cimientos del proceso de ayuda, de tal manera que si en este momento los procesos de comunicación no se articulan adecuadamente y el trabajador social no es capaz de hacer explícita la relación de ayuda es muy probable que ésta no siga adelante o que se transforme en una mera relación burocrática de prestación de recursos” (Brezmes, 2001, p. 50). En este momento de la intervención es muy importante saber escuchar, sugerir o preguntar para que el usuario hable abiertamente de su problema y de sus sentimientos..

Como se ha mencionado, en el proceso de acogida el objetivo es motivar al usuario hacia el cambio y para ello, es necesario conocer en qué estadio se encuentra la persona. Prochaska y DiClemente (1982, 1983, 1985), según se cita en Becoña y Cortés (2008),

defienden que existen diferentes niveles de predisposición hacia el cambio que pueden manifestar las personas cuando quieren modificar una conducta adictiva:

- Precontemplación: la persona no tiene interés en abandonar el consumo y ni siquiera se lo plantea, puesto que desconoce o ignora las consecuencias derivadas de su conducta.
- Contemplación: la persona toma conciencia de que tiene un problema y se propone dejarlo en los próximos meses.
- Determinación: el drogodependiente hace algunos cambios en su conducta adictiva y se propone que en un mes hará un esfuerzo mayor por dejar el consumo.
- Acción: la persona realiza cambios notables en su conducta adictiva que duran entre uno y seis meses y donde hay un elevado riesgo de recaída.
- Mantenimiento: el objetivo es mantener los cambios que se han conseguido en la conducta adictiva y para ello, se manejan estrategias para evitar posibles recaídas (Becoña y Cortés, 2008).

Colom (2008), también da su visión, desde el trabajo social sanitario, de esta primera fase del proceso denominándola “primer encuentro con el cliente”. Según ella, en este encuentro “se funden dos mundos, el de la persona que necesita ayuda y el del profesional que la presta. Proyecciones, temores, expectativas, toda una amalgama de sensaciones que el trabajador social sanitario debe reconducir para lograr la máxima empatía con el cliente y su familia” (Colom, 2008, p. 201).

En Trabajo Social no existen pautas establecidas acerca del lugar, semántica, actitud y duración de la primera entrevista. Esta primera entrevista puede ser abierta, semiabierta o abierta sin registro.

En la acogida, la persona expresará, en su lenguaje y tempo particular, lo que siente o las dudas que pueda tener. “El trabajador social será una esponja, se centrará en cómo el cliente, su familia, afrontan el momento y qué medidas son necesarias para mantener el equilibrio. Estudiará dónde encontrar los apoyos” (Colom, 2008, p. 288).

Trinidad y Ureña (2012) conciben la primera fase con el individuo como una fase de estudio en la que la intervención del trabajador social “estaría orientada a descubrir la demanda planteada por las personas que acuden a la asociación (...). No obstante, nuestro objetivo en esta fase consistirá en analizar los diferentes factores que influyen y están interrelacionados con la persona y su entorno” (Trinidad y Ureña, 2012, p. 162). Los datos que se recogerán serán toxicológicos, orgánicos, psicológicos y sociales, centrados en diferentes ámbitos (familiar, formativo-laboral, económico, vivienda, salud, relaciones interpersonales).

Ariño (2008) defiende que en una primera entrevista la presentación es un momento delicado en el que “las interacciones se dirigen básicamente al conocimiento y tanteo de las posibilidades de un trabajo en común y a la delimitación del contexto. No solo el usuario o entrevistado se presenta y presenta su demanda, sino que el trabajador social deberá presentarse y presentar a la entidad en la que trabaja, delimitar el contexto de colaboración, sus objetivos y límites” (Ariño, 2008, p. 33). El profesional debe hacer hincapié en cuáles son las expectativas o qué espera el usuario de la relación de ayuda y en este momento “no debemos dar por entendido nada, ya que esto supone las más de las veces que ya estamos pensando en una respuesta o recurso idóneo desde una precipitada y ciega interpretación” (Ariño, 2008, p. 34). Tras conocer lo necesario para esta fase, se definirán los objetivos y los plazos y se firmará un contrato en el que “se concreta quién, qué, cómo, cuándo, dónde, es decir se elabora el plan de trabajo conjunto, asumiendo cada uno su responsabilidad” (Ariño, 2008, p. 35).

Celedón (2003) manifiesta que los/las trabajadores/as sociales deben crear condiciones personales que conduzcan a una relación de aceptación y atención entre profesional y usuario, para aumentar la sensibilidad del último a la influencia terapéutica. Del mismo modo, deben hacer uso de procedimientos claros y explícitos y deben tener claro cuál es el objetivo de la intervención.

“Otra cuestión que el trabajador social necesita tener clara es saber quién es él y por qué está allí con el cliente (...). Lo que puede ser una manera cotidiana y habitual de pensar del trabajador social constituye una experiencia totalmente nueva para el cliente. Éste debe estar implicado en lo que está ocurriendo, saber lo que está haciendo y por qué”

(Celedón, 2003, p. 262). Esto es necesario para aumentar la confianza de los usuarios, ya que cuando se sienten confusos tienden a abandonar el proceso de intervención.

Según Cernuda (2006), debido a la diversidad de problemáticas que presentan las personas drogodependientes es necesario recoger datos relevantes sobre su situación y conocer su realidad para elaborar una intervención que constituya la base sobre la que abordar la situación de drogodependencia. Algunos de estos datos se refieren a identificación del/de la usuario/a, situación socio-familiar y convivencial, entorno social y relacional, vivienda, educación y cultura, situación laboral y económica, entre otros.

2.3.2. Actitudes y habilidades del/de la trabajador/a social en la acogida

La relación entre el profesional y el/la usuario/a drogodependiente debe construirse teniendo en cuenta una serie de actitudes y habilidades que debe poner en práctica el profesional.

Cibanal (2004), destaca la importancia de la percepción que tiene el/la trabajador/a social de la persona drogodependiente, puesto que una actitud defensiva y de rechazo hacia ella, supondrá una relación prácticamente nula. Por este motivo, el profesional debe despojarse de ideas preconcebidas y centrarse en conocer a cada usuario/a, así como “tomar conciencia del estado psíquico y espiritual o de valores-pensamientos, sentimientos, conflictos, valores, creencias...” (Cibanal, 2004, p. 54), ya que la entrevista con éste puede influir en el profesional.

Otro de los aspectos que hay que controlar es la ansiedad sentida por el trabajador social. Esta ansiedad debe ser corregida a tiempo mediante sus propios recursos y habilidades, de manera que el usuario no note esa ansiedad, pues podría generar una desconfianza nociva para la intervención (Cibanal, 2004).

Además, la comunicación durante esta primera relación debe ser clara y transparente, sin posibilidad de que se hagan interpretaciones erróneas de las palabras. Para ello, el profesional debe partir de la base de que el usuario no conoce cuáles son sus intenciones y, por ello, es importante aclararle cuál es su cometido, qué objetivos se ha marcado, por qué es necesario su intervención, etc. (Cibanal, 2004).

Escartín (1992), siguiendo a Johnson, cree que la relación de ayuda debe contemplar una serie de características:

- Preocupación por los otros: el profesional debe manifestar un interés sincero por ayudar al usuario.
- Compromiso y obligación.
- Aceptación: el trabajador social debe librarse de juicios e interpretaciones personales que puedan perjudicar la relación.
- Empatía.
- Comunicación clara.
- Autenticidad: es importante la honestidad del trabajador social para que el cliente llegue a ser lo que quiere ser.
- Autoridad y poder: mostrar al usuario que él tiene las herramientas y habilidades necesarias para resolver su problema.
- Propósito.

Además, destaca una serie de obstáculos que pueden influir negativamente en la fase de acogida, como pueden ser: procedencia de grupos sociales, culturales, étnicos o raciales diferentes, parámetros de edad o sexo que pueden influir en la relación, etc. En el primer caso, las diferencias de cultura pueden generar conflictos debido a la existencia de tabúes, de distintas formas de tratar determinados temas como la intimidad o la sexualidad, de formas de expresar las emociones o el aprecio con las que no estamos familiarizados, etc. (Escartín, 1992).

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

- Conocer cómo se desarrolla el proceso de acogida que llevan a cabo los/as trabajadores/as sociales de las Unidades de Atención a las Drogodependencias de la isla de Tenerife con los/as usuarios/as drogodependientes.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar con quién o con quiénes realiza la fase de acogida el/la trabajador/a social de la UAD.
- Recopilar información acerca de dónde y cuándo se realiza la acogida con el/la usuario/a.
- Conocer qué quieren saber los/as trabajadores/as sociales de los/as usuarios/as durante la primera entrevista.
- Averiguar qué instrumentos de recogida de datos utilizan los/as trabajadores/as sociales durante este proceso.
- Identificar las actitudes y patrones de comportamiento adecuados para llevar a cabo la primera entrevista con el/la usuario/a.

4. MÉTODO

4.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES

Se trata de una investigación descriptiva que combina la metodología cuantitativa y cualitativa. La metodología cuantitativa hace hincapié en “la medición objetiva, en la causalidad, en la generalización de resultados de la investigación” (Perelló, 2009, p. 48) y, además, produce datos sólidos y repetibles, está basada en la inducción probabilística del positivismo lógico y se orienta al resultado (Herrera, 2008). Y, la metodología cualitativa, que produce datos descriptivos, pretende estudiar a las personas y escenarios en su contexto, interactuando con ellos de forma natural y no intrusiva y procurando no afectar al comportamiento de éstas para no condicionar su forma de pensar o actuar (Taylor y Bogdan, 2000).

Como se menciona anteriormente, la investigación es de tipo descriptiva ya que “consiste en describir una situación real natural mediante la observación sistemática no participante o valiéndonos de preguntas a una muestra de personas capaces de proporcionar la información deseada” (García y Martínez, 2013, p. 103).

Para este tipo de investigación será necesario utilizar técnicas e instrumentos, tanto para la recogida de datos como para el análisis de los mismos. El marco de referencia para seleccionar y confeccionar éstos serán los objetivos de la investigación y el marco teórico que la sustenta. Los instrumentos que se seleccionen deben ser: variados, útiles, fiables y válidos (García y Martínez, 2013).

4.2. HIPÓTESIS

- La primera entrevista con el/la usuario/a la realiza el/la trabajador/a social de la Unidad de Atención a las Drogodependencias.
- Los/as usuarios/as pueden llegar a las UADs por decisión propia, por solicitud de otro servicio, por una orden legal o por parte del/de la trabajador/a social al percibir un problema social.
- La relación con el/la usuario/a es distinta según si pide tratamiento de forma voluntaria o presionado por otros motivos.





- En la acogida, el profesional conocerá el problema que lleva al/a la usuario/a a acudir a su UAD.
- En el proceso de acogida se utilizan instrumentos de registro de datos de los/as usuarios/as.

4.3. POBLACIÓN, PERÍODO TEMPORAL Y ÁMBITO GEOGRÁFICO

El estudio se llevó cabo en la isla de Tenerife y tuvo una duración aproximada de tres meses. La muestra seleccionada es una muestra no probabilística, ya que no fue elegida al azar y está compuesta por las diez Unidades de Atención a las Drogodependencias que desempeñan su labor en diferentes zonas de la isla. Para el estudio se contactó con los/las trabajadores/as sociales de cada una para solicitar su participación.

Cuadro nº 8: Unidades de Atención a las Drogodependientes de Tenerife según entidad gestora.

U.A.D de Granadilla	U.A.D de Icod	U.A.D. de Los Realejos	U.A.D. del Puerto de la Cruz
U.A.D. de La Matanza	U.A.D. de La Laguna	U.A.D. de Ofra	U.A.D. de Santa Cruz
U.A.D. de Ofra	U.A.D de Alcoholismo “Proyecto Drago”	Servicio de Acogida Proyecto Hombre	

-  Asociación Norte de Tenerife de Atención a las Drogodependencias.
-  Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel.
-  Cáritas.
-  Fundación Centro de Solidaridad Islas Canarias.

Fuente: Elaboración propia a partir de Gobierno de Canarias (2014).

4.4. TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS

El instrumento para la recogida de datos ha sido una entrevista semiestructurada de elaboración propia que cuenta con preguntas cerradas y abiertas. Esta entrevista está dirigida a los/las once trabajadores/as sociales de los recursos seleccionados y cuenta con datos socio-profesionales y una serie de ítems redactados y ordenados para ser fácilmente entendibles. El propósito de la elaboración de este instrumento es conseguir la información necesaria acerca del proceso de acogida que desempeñan los profesionales en su lugar de trabajo y así alcanzar el objetivo general del trabajo.

Además para completar la información obtenida en las entrevistas, se ha solicitado a los/las trabajadores/as sociales que proporcionen los instrumentos de los que hacen uso en la fase de acogida con el/la usuario/a.

4.5. TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS

Para este estudio, se ha realizado un análisis descriptivo de los datos, que pretende “describir las características de un conjunto de observaciones” (Blanco y Rodríguez, 2007 s.r.f. Herrera, 2008, p. 18). Y para ello se han utilizado técnicas descriptivas como cuadros y representaciones gráficas que pretenden proporcionar de forma clara y entendible los resultados obtenidos en el estudio, para su posterior análisis y discusión.

El análisis de los datos se ha realizado mediante el programa informático Microsoft Office Excel 2007 que permite calcular porcentajes y dibujar las gráficas de forma sencilla.

5. RESULTADOS

Los siguientes resultados se han obtenido mediante las entrevistas a los/las trabajadores/as sociales que desempeñan su labor profesional en las once Unidades de Atención a las Drogodependencias, distribuidas por diferentes municipios de la isla de Tenerife. Con las entrevistas se pretende recopilar información sobre el proceso de acogida que se lleva a cabo con los/as usuarios/as en estos recursos a través de preguntas cerradas y abiertas que dan la oportunidad de señalar diferentes respuestas en cada una de las preguntas. De esta manera, los resultados se presentan atendiendo a los datos de identificación de la Unidad de Atención a las Drogodependencias entrevistada, a los datos de identificación del/de la entrevistado/a y a las principales características del proceso de acogida con usuarios/as drogodependientes en una Unidad de Atención a las Drogodependencias.

5.1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS ENTREVISTADA.

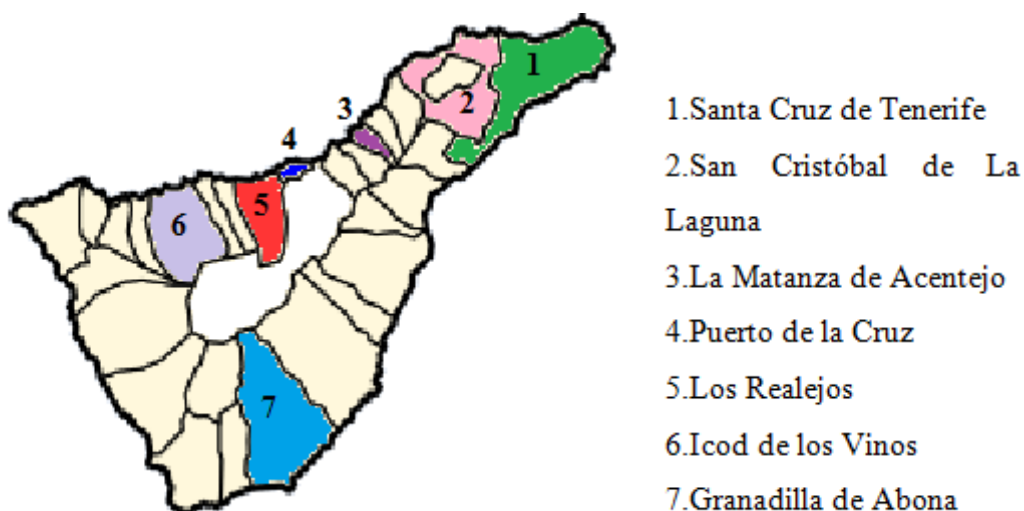
Cuadro nº 9: Recursos entrevistados y localidades y entidades gestoras de los recursos.

Recurso	Localidad	Entidad gestora
U.A.D. de Granadilla	Granadilla de Abona	Asociación Norte de Tenerife de Atención a las Drogodependencias (ANTAD)
U.A.D de Icod	Icod de los Vinos	ANTAD
U.A.D de Los Realejos	Los Realejos	ANTAD
U.A.D. del Puerto de la Cruz	Puerto de la Cruz	ANTAD
U.A.D. de La Matanza	La Matanza de Acentejo	ANTAD
U.A.D. de La Laguna	San Cristóbal de La Laguna	Asociación de Cooperación juvenil San Miguel (A.C.J. "San Miguel")
U.A.D. de Ofra	Santa Cruz de Tenerife	A.C.J. "San Miguel"
U.A.D. de Santa Cruz	Santa Cruz de Tenerife	A.C.J. "San Miguel"

U.A.D Añaza	Santa Cruz de Tenerife	A.C.J. “San Miguel”)
Servicio de Acogida Proyecto Hombre	Santa Cruz de Tenerife	Fundación Centro de Solidaridad Islas Canarias
U.A.D de Alcoholismo “Proyecto Drago”	Santa Cruz de Tenerife	Cáritas

Fuente: Elaboración propia.

Gráfica n° 1: Localidades a las que pertenecen los recursos entrevistados.



Fuente: Elaboración propia.

Las Unidades de Atención a las Drogodependencias de la isla de Tenerife se encuentran ubicadas en siete localidades diferentes: Santa Cruz de Tenerife que abarca cinco de las UADs entrevistadas (UAD de Añaza, UAD de Ofra, UAD de Alcoholismo “Proyecto Drago”, Proyecto Hombre y UAD de Santa Cruz), San Cristóbal de La Laguna en la que se encuentra la UAD de La Laguna y la zona norte y sur de la isla donde están las cinco unidades restantes: UAD de Granadilla, UAD de La Matanza, UAD del Puerto de la Cruz, UAD de Los Realejos y UAD de Icod.

Estos recursos están gestionados por diferentes entidades. Las cinco de la zona norte y sur de la isla son gestionadas por la Asociación Norte de Tenerife de Atención a las Drogodependencias (ANTAD), la UAD de Proyecto Hombre por la Fundación Centro de Solidaridad de Canarias, la UAD de Alcoholismo “Proyecto Drago” la gestiona Cáritas y las cuatro restantes, ubicadas en la zona metropolitana, por la Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel.

Cuadro n° 10: Profesionales que forman los equipos de trabajo en los recursos.

	Total
Trabajador/a social	14
Médico/a	12
Psicólogo/a	18
Otros	5
Total	49

Fuente: Elaboración propia.

Los equipos de trabajo de los once recursos están formados principalmente por psicólogos/as, trabajadores/as sociales y médicos/as, que forman los equipos terapéuticos de las UADs. En todas las unidades hay, por lo menos, un trabajador social y en dos de ellas, el número de trabajadores sociales es de 2. En relación al número de psicólogos, en total hay 18 trabajando en estos recursos, por tanto, algunas unidades contarán con más de uno y otras únicamente con uno. El número total de médicos que trabajan en los diferentes servicios es de 12. Y, luego, hay 5 profesionales que desempeñan su trabajo en algunos de estos servicios como administrativos, pedagogos o auxiliares de laboratorio.

5.2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ENTREVISTADO/A.

El número de personas entrevistadas asciende a once. Todos ellos comparten la característica de ser Diplomados o Graduados en Trabajo Social.

Cuadro n° 11: Entrevistados/as según sexo.

	Total	%
Mujeres	10	90,91
Hombres	1	9,09

Fuente: Elaboración propia.

El porcentaje de mujeres entrevistadas es muy superior al de los hombres, siendo un 90,91%, frente a un 9,09%. Dato lógico si tenemos en cuenta que en Trabajo Social hay una presencia mayoritaria de mujeres (Bañez, 2009).

Cuadro n° 12: Año de finalización de los estudios de Trabajo Social de los/las entrevistados/as.

	Total	%
Entre 1980-1985	2	18,18
Entre 1986-1990	3	27,27
Entre 1991-1995	1	9,09
Entre 1996-2000	2	18,18
Entre 2001-2005	2	18,18
De 2006 en adelante	1	9,09

Fuente: Elaboración propia.

Todos los profesionales se diplomaron o graduaron entre los años 1980 y 2013, siendo el intervalo de tiempo en el que más profesionales se diplomaron entre 1986 y 1990 con un 27,27%. Los períodos de tiempo comprendidos entre 1991 y 1995 y de 2006 en adelante son en los que menos se diplomaron o graduaron (9,09% en cada caso).

Cuadro n° 13: Formación adicional a la titulación de Trabajo Social relacionada con el ámbito de las drogodependencias.

	Total	%
Máster universitario/ Experto en drogodependencias	3	27,27
Máster terapeuta en drogodependencias	1	9,09
Cursos u otras formaciones en drogodependencias	3	27,27
No más formación	3	27,27
Ns/Nc	1	9,09

Fuente: Elaboración propia.

El 27,27% de los/las entrevistados/as cuentan con el Máster universitario de intervención en drogodependencias y, por tanto, con el de Experto en Drogodependencias. El mismo porcentaje (27,27%) cuenta únicamente con cursos o con otros estudios que no se relacionan con el ámbito de las drogodependencias. Otra de las

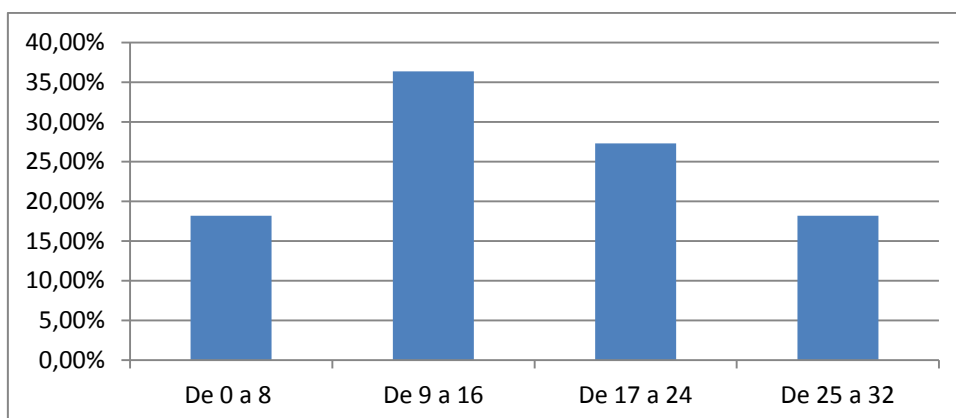
profesionales tiene el Máster de terapeuta en drogodependencias que es propio de Proyecto Hombre y otro 27,27% no tiene más formación aparte de la titulación universitaria.

Cuadro n° 14: Años que lleva ejerciendo el profesional en el recurso entrevistado.

	Total	%
De 0 a 8 años	2	18,18
De 9 a 16 años	4	36,36
De 17 a 24 años	3	27,27
De 25 a 32 años	2	18,18

Fuente: Elaboración propia.

Gráfica n° 2: Años que lleva ejerciendo el profesional en el recurso entrevistado.



Fuente: Elaboración propia.

El 36,36% de la muestra lleva ejerciendo en su recurso entre 9 y 16 años, seguido del 27,27% que lo hace desde entre 17 y 24 años. Inferior es el porcentaje que ejerce en su unidad desde hace menos de un año hasta 8 años (18,18%) y los que llevan entre 25 y 32 años (18,18%).

Cuadro n° 15: Experiencia como profesional en otros recursos de drogas.

	Total	%
Sí	2	18,18
No	9	81,82
Ns/Nc	0	0,00

Fuente: Elaboración propia.

Solo el 18,18% de la muestra ha trabajado anteriormente en otros recursos relacionados con el ámbito de las drogas, siendo estos recursos el Centro de Día “Cercado del Marqués” y la UAD de Santa Cruz. El resto de los/las entrevistados/as (81,82%) desempeñaron su primer trabajo relacionado con este campo de las drogodependencias en su puesto de trabajo actual.

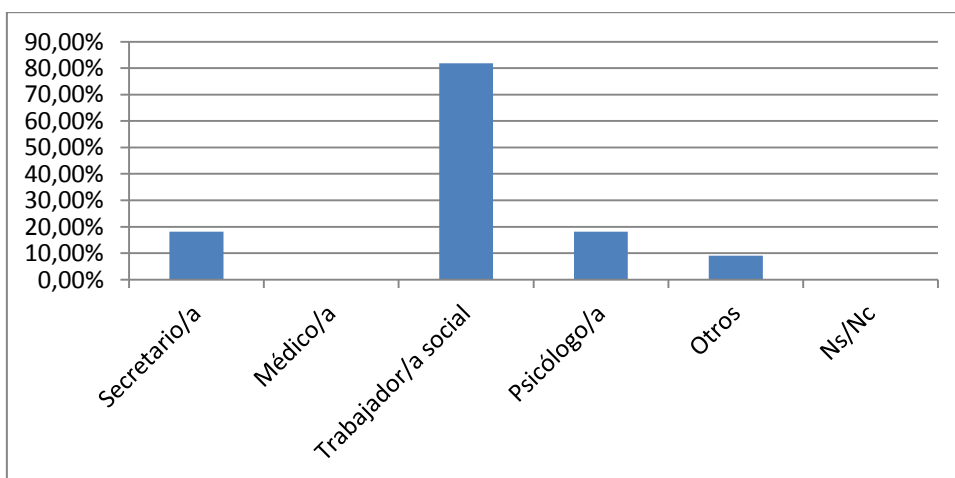
5.3. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE ACOGIDA CON USUARIOS/AS DROGODEPENDIENTES EN UNA UNIDAD DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS.

Cuadro n° 16: ¿Quién recoge la demanda de primera entrevista del/la usuario/a en los recursos?

	Total	%
Secretario/a	2	18,18
Médico/a	0	0,00
Trabajador/a social	9	81,82
Psicólogo/a	2	18,18
Otros	1	9,09
Ns/Nc	0	0,00

Fuente: Elaboración propia.

Gráfica n° 3: ¿Quién recoge la demanda de primera entrevista del/la usuario/a en el recurso?



Fuente: Elaboración propia.

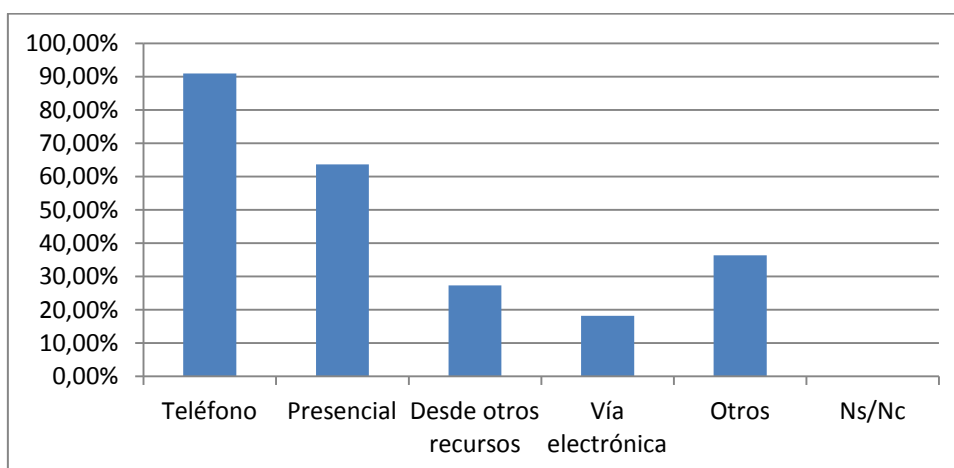
El 81,82% de los entrevistados respondieron que la demanda de primera entrevista la atiende el/la trabajador/a social del recurso, seguido por un 18,18% tanto en los/las psicólogos/as y los/as secretarios/as que también atienden estas demandas y por último, el 9,09% señala que hay otros profesionales que pueden realizarlo. Ningún/a entrevistado/a indicó que los/las médicos/as de los recursos realicen la atención de esta demanda.

Cuadro n° 17: ¿Cómo se hace la demanda de primera entrevista?

	Total	%
Teléfono	10	90,91
Presencial	7	63,64
Desde otros recursos	3	27,27
Vía electrónica	2	18,18
Otros	4	36,36
Ns/Nc	0	0,00

Fuente: Elaboración propia.

Gráfica n° 4: ¿Cómo se hace la demanda de primera entrevista?



Fuente: Elaboración propia.

La demanda de primera entrevista en las Unidades de Atención a las Drogodependencias puede hacerse de diferentes maneras. En la mayoría de las ocasiones se realiza por teléfono (90,91%) o de manera presencial (63,64%). Y en otras ocasiones, menos frecuentes, se hace de otras formas (36,36%) como, por ejemplo,

mediante amigos o familiares y también por derivaciones de otros recursos (27,27%). El caso de las demandas por vía electrónica no es muy común (18,18%).

Cuadro n° 18: ¿Quién realiza la fase de acogida en el recurso?

	Total	%
Médico/a	0	0,00
Trabajador/a social	11	100,00
Psicólogo/a	1	9,09
Otros	0	0,00
Ns/Nc	0	0,00

Fuente: Elaboración propia.

En los once recursos entrevistados, los/las trabajadores/as sociales son los encargados de realizar la fase de acogida (100,00%) y solo en una de ellas también la realiza el/la psicólogo/a del centro (9,09%).

Cuadro n° 19: ¿Qué profesional o profesionales deberían realizar la fase de acogida?

	Total	%
Médico/a	0	0,00
Trabajador/a social	10	90,91
Psicólogo/a	0	0,00
Otros	1	9,09
Ns/Nc	0	0,00

Fuente: Elaboración propia.

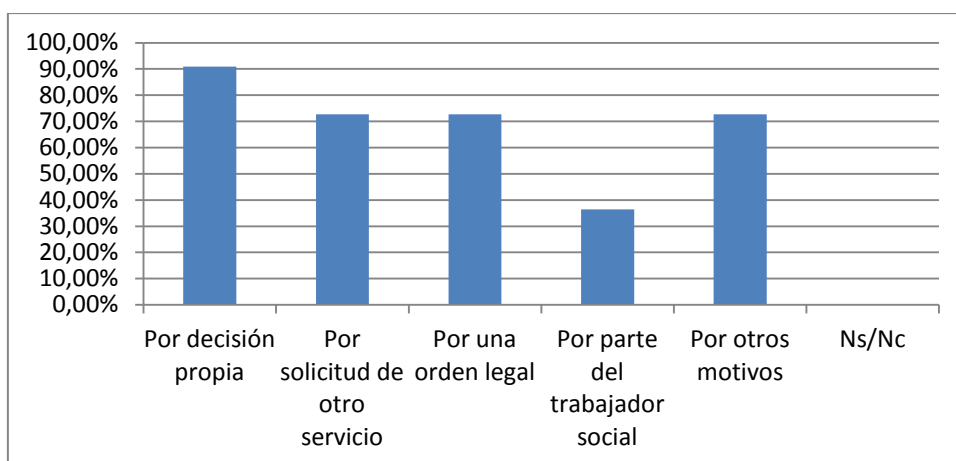
El 90,91% creen que los profesionales que deberían realizar esta fase son los/las trabajadores/as sociales y solo el 9,09% cree que debería realizarla tanto trabajadores/as sociales como psicólogos/as.

Cuadro n° 20: ¿Por qué medios pueden llegar los/las usuarios/as al recurso?

	Total	%
Por decisión propia	10	90,91
Por otro servicio	8	72,73
Por una orden legal	8	72,73
Por parte del trabajador/a social al percibir un problema	4	36,36
Por otros motivos	8	72,73
Ns/Nc	0	0,00

Fuente: Elaboración propia.

Gráfica n° 5: ¿Por qué medios pueden llegar los/las usuarios/as al recurso?



Fuente: Elaboración propia.

El 90,91% de los/las entrevistados/as afirman que los usuarios pueden acudir a los recursos por decisión propia. También pueden hacerlo por solicitud de otros servicios (72,73%), por órdenes legales (72,73%) y por otros motivos (72,73%), por ejemplo, por sanciones administrativas o por sus familiares. Y, en menor medida, los participantes creen que pueden acudir al centro cuando un trabajador/a social percibe un problema en el/la usuario/a (36,36%).

Cuadro n° 21: ¿La relación con el usuario varía en función de si la demanda de atención del/la usuario/a es voluntaria o no?

	Total	%
Sí	6	54,55
No	5	45,45
Ns/Nc	0	0,00

Fuente: Elaboración propia.

El 54,55% de los participantes consideran que la relación con el paciente varía según si éste viene de manera voluntaria o no. Y el 45,45% no creen que la relación sea diferente por ese motivo.

El porcentaje de la muestra que cree que sí varía señalaron que es porque las personas que acuden voluntariamente están más motivadas para comenzar el tratamiento, mientras que los que vienen por presiones familiares o de otro tipo suelen tener más dificultades para llevar el tratamiento, ya sea por falta de motivación, por negar la existencia de un problema, etc. Los/las entrevistados/as argumentan: “Hay más posibilidad de éxito cuando una persona viene voluntariamente. Y los que vienen por obligación son más reacios al tratamiento y niegan, muchas veces, tener un problema con alguna sustancia” (entrevista 1) además “con las personas que no vienen por iniciativa propia se trabajan aspectos para que el usuario vea la necesidad de ser tratado y los beneficios de ello” (entrevista 3); por ejemplo “cuando vienen mediatizados por amenazas o porque algún familiar quiere” (entrevista 9).

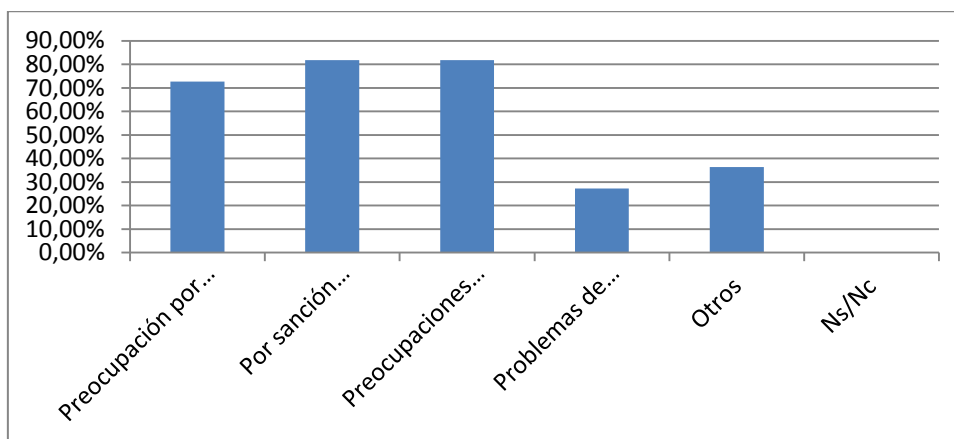
Cuadro n° 22: ¿Cuál suele ser la causa o motivación por la que acuden los/las usuarios/as al recurso?

	Total	%
Preocupación por su salud	8	72,73
Por una sanción administrativa	9	81,82
Preocupación por sus relaciones familiares	9	81,82
Por problemas de marginalidad	3	27,27

Otros	4	36,36
Ns/Nc	0	0,00

Fuente: Elaboración propia.

Gráfica nº 6: ¿Cuál suele ser la causa o motivación por la que acuden los/las usuarios/as al recurso?



Fuente: Elaboración propia.

Los entrevistados/as señalan diferentes posibilidades por las que los pacientes pueden acudir a sus recursos a solicitar ayuda. En la mayoría de los casos, los/las usuarios/as van a los centros porque su problema les ha ocasionado una preocupación por sus relaciones familiares (81,82%) o porque tienen una sanción administrativa por consumo (81,82%). El siguiente motivo más común es la preocupación por su propia salud (72,73%), seguido de otros motivos (36,36%), como temas judiciales, económicos o laborales, y también pueden acudir por problemas de marginalidad (27,27%).

Cuadro nº 23: ¿Existe un protocolo de intervención en el proceso de acogida en su recurso?

	Total	%
Sí	10	90,91
No	1	9,09
Ns/Nc	0	0,00

Fuente: Elaboración propia.

Casi la totalidad de la muestra (90,91%) afirma contar con un protocolo de intervención en el proceso de acogida y solo el 9,09% niega la existencia de ese protocolo. Los/las

entrevistados/as explican que el protocolo recoge los instrumentos que deben utilizar durante esta fase, ya que hay una serie de datos que tienen que recoger de cada paciente y que también establece la necesidad de escuchar la demanda del/la usuario/a. Así explican su protocolo algunos/as de los/las entrevistados/as: “Primero, se asesora e informa sobre todo lo relacionado con el centro. Después se hace la entrevista biopsicosocial que la rellenan los tres profesionales. Luego se abre el expediente y se registra en el archivo como un paciente nuevo. Se hace un genograma y se firma el consentimiento informado y se da una copia al paciente. A continuación, se rellena la Hoja de notificación individual de admisión a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas y se rellena otra ficha con los datos básicos del usuario” (entrevista 1); “Según el Plan Asistencial de ANTAD hay que ver cuál es la demanda del usuario y establecer unos objetivos mínimos. Si el paciente quiere, se habla también con la familia” (entrevista 2).

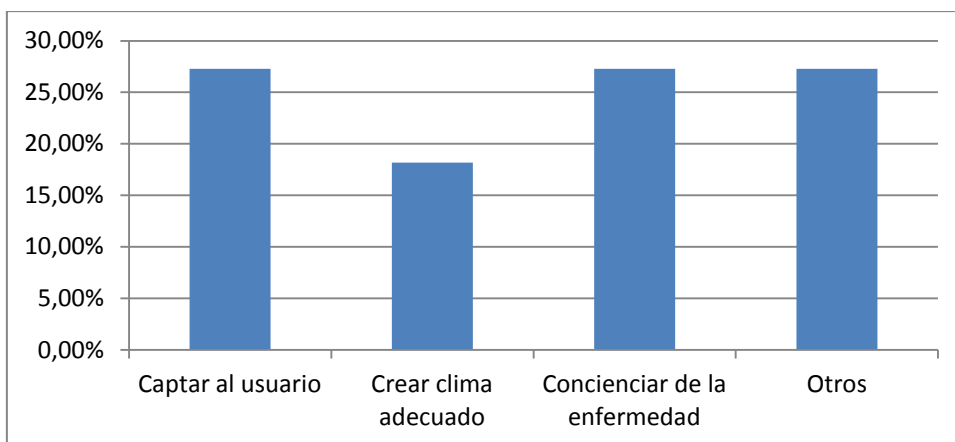
Solo una persona contestó que no existe un protocolo en la fase de acogida por el que se rija: “Atendemos a los usuarios en el menor tiempo posible y no creo que sea necesario un protocolo para la acogida” (entrevista 4).

Cuadro n° 24: ¿Cuál es el principal objetivo que se pretende conseguir en la fase de acogida?

	Total	%
Captar al/a la usuario/a	3	27,27
Crear clima adecuado	2	18,18
Concienciar a la persona	3	27,27
Otros	3	27,27

Fuente: Elaboración propia.

Gráfica n° 7: ¿Cuál es el principal objetivo que se pretende conseguir en la fase de acogida?



Fuente: Elaboración propia.

El 27,27% considera que el principal objetivo que pretenden conseguir en la acogida es captar al usuario/a para que continúe acudiendo a la Unidad de Atención a las Drogodependencias. El mismo porcentaje busca concienciar al usuario/a de su enfermedad para que admita que necesita ayuda de profesionales y, también el 27,27% se marca otros objetivos como, por ejemplo, recoger la demanda del/la usuario/a para poder adaptar el protocolo de tratamiento a sus condiciones, escuchar al paciente o informarle del tratamiento que deberá seguir. Y el 18,18% de la muestra se marca como objetivo crear un clima y una relación adecuada con el/la usuario/a.

Cuadro n° 25: ¿Atiende al usuario solo o acompañado en esta fase?

	Total	%
Sólo con el/la usuario/a	0	0,00
Sólo con su familia	0	0,00
Sólo o con su familia	5	45,45
Otros	6	54,55
Ns/Nc	0	0,00

Fuente: Elaboración propia.

El 54,55% de los participantes señalaron la opción “otros” porque tienen formas alternativas a las propuestas en la entrevista de atender a los/las usuarios/as. Algunos de ellos atienden por separado al/a la usuario/a y a la familia, es decir, primero se reúne con el/la usuario/a y luego, a solas con la familia. Otros son más partidarios de atender

solo al paciente y luego, si éste quiere, con su familia. Y el 45,45% de los/las trabajadores/as sociales deja a elección del/de la usuario/a quién quiere que esté presente o no en su entrevista de acogida.

Cuadro n° 26: ¿Cree que el profesional tiene una gran responsabilidad en esta fase a la hora de que el/la usuario/a vuelva al centro a seguir con la intervención?

	Total	%
Sí	9	81,82
No	0	0,00
Ns/Nc	2	18,18

Fuente: Elaboración propia.

El 81,82% consideran que, como profesionales, tienen una gran responsabilidad en la fase de acogida en relación a que el paciente vuelva a seguir con el tratamiento al centro, mientras que el 18,18% no saben o no contestan.

Cuadro n° 27: ¿Cree imprescindible la motivación para el cambio con el/la usuario/a drogodependiente?

	Total	%
Sí	11	100,00
No	0	0,00
Ns/Nc	0	0,00

Fuente: Elaboración propia.

El 100,00% considera que la motivación hacia el cambio es imprescindible con sus usuarios/as y ésta se concreta haciendo que el paciente se sienta a gusto con el profesional para que pueda abrirse y contar su situación e intentando no crear falsas expectativas al usuario/a y su familia. Algunos de los profesionales creen que la motivación hacia el cambio se concreta de la siguiente manera: “Explicar claramente a lo que se va a someter en el proceso terapéutico y nunca crear falsas expectativas” (entrevista 4); además, “a veces hay que centrarse en otros temas que no sean las drogas como, por ejemplo, aliviar la ansiedad de la familia” (entrevista 2) y es importante dejar claro que “el protagonista es él. Lo más importante es que la persona se sienta escuchada y que es el centro de la intervención. Que sepa que el profesional no tiene

tiempo limitado para atenderle y que, por tanto, sienta que es importante y que se le valora” (entrevista 7).

Cuadro n° 28: En la acogida con el/la usuario/a, ¿se explica qué se hace desde su centro de trabajo, cuál es la labor del profesional o en qué se le podría ayudar desde el centro?

	Total	%
Sí	11	100,00
No	0	0,00
Ns/Nc	0	0,00

Fuente: Elaboración propia.

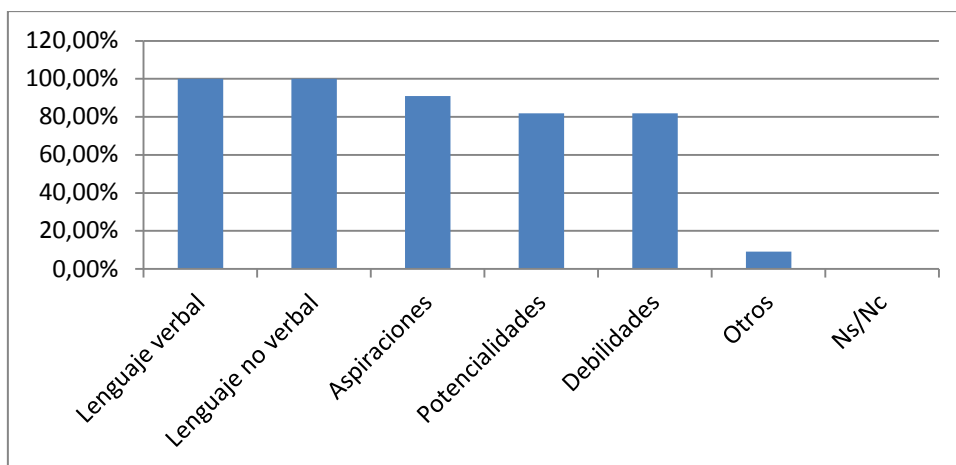
El 100,00% de la muestra explica en la fase de acogida a los pacientes qué se hace desde su centro de trabajo, cuál es su labor como profesional o en qué se le podría ayudar desde su centro.

Cuadro n° 29: ¿Cuál o cuáles de los siguientes aspectos del usuario/a se tienen en cuenta durante la acogida?

	Total	%
Lenguaje verbal	11	100,00
Lenguaje no verbal	11	100,00
Aspiraciones	10	90,91
Potencialidades	9	81,82
Debilidades	9	81,82
Otros	1	9,09
Ns/Nc	0	0,00

Fuente: Elaboración propia.

Gráfica n° 8: ¿Cuál o cuáles de los siguientes aspectos del usuario/a se tienen en cuenta durante la acogida?



Fuente: Elaboración propia.

Todas las opciones propuestas como aspectos que se tienen en cuenta del/la usuario/a en la acogida fueron seleccionadas y los/las entrevistados/as eligieron múltiples respuestas posibles. De esta manera, el 100,00% de la muestra tiene en cuenta el lenguaje verbal y, el mismo porcentaje, se fija en el no verbal. El 90,91% de los profesionales también busca conocer las aspiraciones del paciente y el 81,82% incide en las potencialidades y también el 81,82% en las debilidades. Solo el 9,09% señaló otros aspectos en los que se fija en la fase de acogida, como es la higiene o la forma de vestir de la persona.

Cuadro n° 30: ¿Qué actitudes, habilidades o patrones de comportamiento son importantes en el profesional para establecer una relación adecuada con el/la usuario/a en la fase de acogida?

	Total	%
Saber escuchar	5	45,45
Ser empático/a	4	36,36
Ser educado/a	2	18,18
Ser respetuoso/a	2	18,18
Ser cercano/a	3	27,27
Otros	8	72,73
Ns/Nc	0	0,00

Fuente: Elaboración propia.

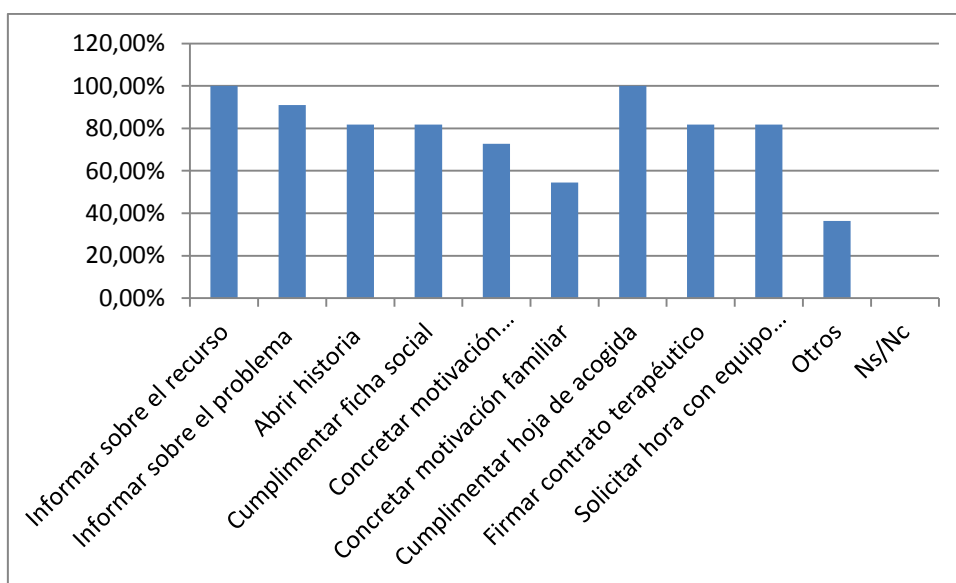
En relación a las actitudes, habilidades o patrones de comportamiento importantes en el profesional para establecer una buena relación con el/la usuario/a, el 72,73% de los participantes señalaron habilidades como la capacidad de negociar, de devolver información, de ser sincero/a, de saber solucionar problemas, de ser asertivos/as, observadores/as, intuitivos/as y adaptativos/as. Un 45,45% le dan mucha importancia a saber escuchar y un 36,36% consideran vital ser empáticos/as. También consideran fundamental la cercanía (27,27%), la educación (18,18%) y el respeto (18,18%).

Cuadro n° 31: ¿Qué actividades se realizan en la acogida?

	Total	%
Informar sobre el recurso	11	100,00
Informar sobre el problema	10	90,91
Abrir historia	9	81,82
Cumplimentar ficha social	9	81,82
Concretar la motivación personal	8	72,73
Concretar la motivación familiar	6	54,55
Cumplimentar la hoja de acogida	11	100,00
Firmar el consentimiento informado	9	81,82
Solicitar hora con el resto del equipo terapéutico	9	81,82
Otros	4	36,36
Ns/Nc	0	0,00

Fuente: Elaboración propia.

Gráfica nº 9: ¿Qué actividades se realizan en la acogida?



Fuente: Elaboración propia.

Hay dos actividades que se realizan en todas las Unidades de Atención a las Drogodependencias de Tenerife, que son dar información sobre el recurso (100,00%) y cumplimentar la hoja de acogida del paciente (100,00%). Otra de las actividades que realizan gran parte de los profesionales en la acogida son ofrecer información al paciente sobre su problema (90,91%), abrir su historia (81,82%), cumplimentar la ficha social (81,82%), entregar el consentimiento informado para su firma (81,82%) y solicitar hora con el resto del equipo terapéutico del recurso (81,82%). También, algunos profesionales concretan la motivación del/la usuario/a (72,73%) durante esta primera fase y la de los familiares (54,55%). Además, algunos/as entrevistados/as señalaron otras actividades (36,36%), por ejemplo, derivar a otros recursos, cumplimentar la hoja de notificación individual de admisión a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, introducir a los pacientes en el libro de registro y darlos de alta en el programa CEDRO o informarle sobre toda la red de recursos que hay en su zona.

Cuadro nº 32: ¿Se deriva al usuario/a a otros recursos cuando el suyo no es el adecuado?

	Total	%
Sí	11	100,00

No	0	0,00
Ns/Nc	0	0,00

Fuente: Elaboración propia.

El 100,00% de los participantes en la entrevista señalaron que cuando el recurso en el que desempeñan su labor no es el más adecuado para el/la usuario/a lo derivan a otro.

Cuadro n° 33: ¿Conoce los recursos a los que deriva a los/las usuarios/as?

	Total	%
Sí	11	100,00
No	0	0,00
Ns/Nc	0	0,00

Fuente: Elaboración propia.

El 100,00% de los/las trabajadores/as sociales conocen los recursos a los que derivan a sus usuarios/as.

Cuadro n° 34: ¿En qué lugar se realiza la primera entrevista con el/la usuario/a?

	Total	%
Despacho del profesional	11	100,00
Domicilio del/la usuario/a	0	0,00
Otros	0	0,00
Ns/Nc	0	0,00

Fuente: Elaboración propia.

La totalidad de los/as entrevistados/as realiza la primera entrevista de acogida en su despacho.

Cuadro n° 35: ¿Crees que es el lugar más adecuado para realizar la primera entrevista?

	Total	%
Sí	11	100,00
No	0	0,00
Ns/Nc	0	0,00

Fuente: Elaboración propia.

El 100,00% considera que el lugar donde realizan la acogida con el usuario es el más adecuado y como motivos destacan que es un espacio donde hay intimidad y confidencialidad y donde el profesional puede marcar unos límites en la relación terapéutica.

Cuadro n° 36: ¿Hay una duración determinada o recomendable para la fase de acogida?

	Total	%
Sí	6	54,55
No	4	36,36
Ns/Nc	1	9,09

Fuente: Elaboración propia.

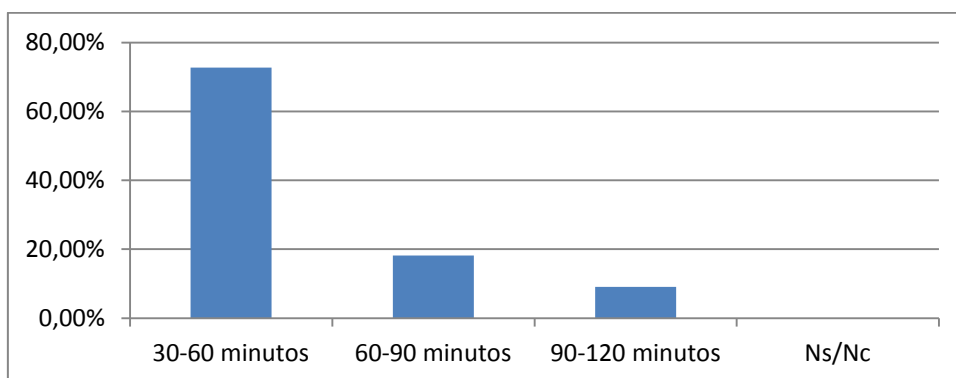
Referente a si existe una duración determinada o aconsejable que sigan los/las profesionales que realizan esta fase, el 54,55% considera que sí, mientras que el 36,36% no cree que la haya.

Cuadro n° 37: ¿Cuánto tiempo suele tardar en realizar la acogida?

	Total	%
30-60 minutos	8	72,73
60-90 minutos	2	18,18
90-120 minutos	1	9,09
Ns/Nc	0	0,00

Fuente: Elaboración propia.

Gráfica n° 10: ¿Cuánto tiempo suele tardar en realizar la acogida?



Fuente: Elaboración propia.

La gran mayoría de los/as trabajadores/as sociales de estos recursos suelen dedicar media hora o una hora para la fase de acogida (72,73%) y un porcentaje menor tarda una hora o una hora y media en realizarla (18,18%). Solo el 9,09% realiza la acogida durante una hora y media o dos horas con los pacientes.

Cuadro nº 38: ¿Cree adecuado tomar anotaciones durante la entrevista con el/la usuario/a? ¿Por qué?

	Total	%
Sí	6	54,55
No	2	18,18
Ns/Nc	3	27,27

Fuente: Elaboración propia.

El 54,55% considera adecuado tomar anotaciones durante la fase de acogida, mientras que el 18,18% cree lo contrario. Y el 27,27% no sabe o no contesta. En general, todos consideran necesario tomar, por lo menos, los datos administrativos que son difíciles de recordar. Pero mientras que hay profesionales que, durante la acogida, anotan aspectos que consideran importantes del/ de la usuario/a, otros únicamente se dedican a escuchar y observar. Los que consideran adecuado tomar anotaciones exponen como motivos: “anoto las cosas que no puedo recordar (domicilio, teléfono, etc.) y el resto intento rellenarlo cuando termino, para no perder el contacto visual y hago pequeñas anotaciones” (entrevista 11); “Hay ocasiones en que no cojo datos cuando hay un nivel de angustia muy grande. Hay espacios para escuchar y espacios para protocolizar” (entrevista 9). Y el porcentaje que no cree adecuado hacer anotaciones durante la intervención con el paciente en esta fase argumenta: “solo anoto los datos administrativos, porque creo que es más importante mirar a la cara y escuchar al paciente para crear empatía” (entrevista 4).

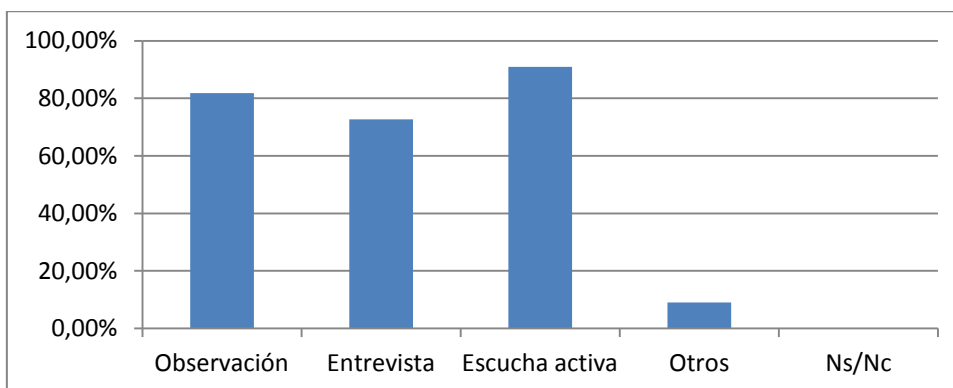
Cuadro nº 39: ¿Qué técnicas utiliza durante la fase de acogida para conseguir la información necesaria del/la usuario/a?

	Total	%
Observación	9	81,82
Entrevista	8	72,73
Escucha activa	10	90,91

Otros	1	9,09
Ns/Nc	0	0,00

Fuente: Elaboración propia.

Gráfica n° 11: ¿Qué técnicas utiliza durante la fase de acogida para conseguir la información necesaria del/la usuario/a?



Fuente: Elaboración propia.

El 90,91% de los participantes ponen en práctica la escucha activa, el 81,82% consideran necesaria la observación para conseguir información relevante del/la usuario/a, el 72,73% la entrevista (estructurada, semiestructurada o no estructurada) y solo el 9,09% señaló otras técnicas, como los cuestionarios.

Cuadro n° 40: ¿Se utilizan instrumentos de registro de datos en la fase de acogida?

	Total	%
Sí	11	100,00
No	0	0,00
Ns/Nc	0	0,00

Fuente: Elaboración propia.

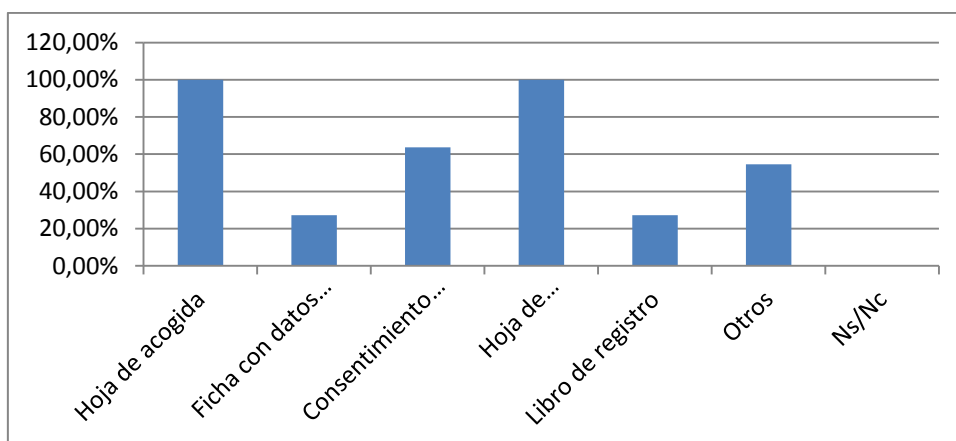
El 100,00% utiliza documentos de registro de datos durante esta primera fase de la intervención.

Cuadro n° 41: ¿Qué instrumentos de registro utilizan en la fase de acogida?

	Total	%
Hoja de acogida	11	100,00
Ficha con datos básicos	3	27,27
Consentimiento informado	7	63,64
Hoja de notificación individual de admisión a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas	11	100,00
Libro de registro	3	27,27
Otros	6	54,55
Ns/Nc	0	0,00

Fuente: Elaboración propia.

Gráfica n° 12: ¿Qué instrumentos de registro utilizan en la fase de acogida?



Fuente: Elaboración propia.

La hoja de acogida y la hoja de notificación individual de admisión a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas son utilizadas, ambas, por el 100,00% de los participantes, seguido del uso del consentimiento informado por el 63,64% de los profesionales y de otros recursos (54,55%) como cuestionarios, genogramas, íter toxicológicos, entrevistas sociales o libros de pacientes. Y con menos frecuencia también hacen uso de fichas con datos básicos del paciente (27,27%) y del libro de registro (27,27%).

6. ANÁLISIS DE DATOS Y DISCUSIÓN.

Hipótesis 1: La fase de acogida con el usuario la realiza el trabajador social de la Unidad de Atención a las Drogodependencias.

Las Unidades de Atención a las Drogodependencias de la isla de Tenerife cuentan, según los datos que arroja el estudio, con diferentes profesionales: médicos/as, trabajadores/as sociales, psicólogos/as y, en algunos casos, administrativos, pedagogos, entre otros. Todos ellos realizan un trabajo interdisciplinar en el que cada profesional aporta sus conocimientos y hay un *feedback* entre ellos. En estos centros, los profesionales tienen asignadas una serie de responsabilidades en su desempeño profesional y, en el caso que nos ocupa, los/las trabajadores/as sociales son los encargados, entre otras cosas, de realizar la fase de acogida con el/la usuario/a.

Los datos obtenidos tras el estudio apoyan esta hipótesis, pues la totalidad de la muestra participante afirma que en su Unidad son estos profesionales los encargados de mantener esta primera entrevista con el/la usuario/a. No obstante, según los/las entrevistados de las unidades gestionadas por la Asociación Norte de Tenerife de Atención a las Drogodependencias (ANTAD), en ausencia del/la trabajador/a social, esta fase la puede hacer cualquier otro profesional del equipo terapéutico, tal y como está recogido en su Plan Asistencial. En el caso de Proyecto Hombre, al tener una forma de trabajar diferente al resto de UADs, el proceso de acogida lo hacen los terapeutas del centro, cuya formación es de psicólogos/as y trabajadores/as sociales.

Hipótesis 2: Los usuarios pueden llegar a las Unidades de Atención a las Drogodependencias por decisión propia, por solicitud de otro servicio, por una orden legal o por parte del trabajador social al percibir un problema social.

La demanda de tratamiento en estos recursos puede proceder de diversos servicios o deberse a diferentes motivos. En muchos casos es el propio paciente el que detecta que tiene un problema con alguna sustancia y decide buscar ayuda y solicitar tratamiento. En otros casos, se debe a derivaciones por parte de otros servicios que observan problemas de abuso de drogas y contactan con servicios especializados en su tratamiento. Estos servicios pueden ser muy variados: centros penitenciarios, pisos tutelados, Servicios Sociales, Unidades de Salud Mental, casas de acogida, Centros de Salud, Ayuntamientos, Dirección General del Menor, etc. Además, otras Unidades de

Atención a las Drogodependencias o cualquier otro recurso centrado en el tratamiento de las drogodependencias puede derivar a potenciales pacientes por ser más adecuado su tratamiento en determinado servicio.

Otro de los motivos por los que acude un alto nivel de pacientes es por presiones de su entorno familiar y social, que al no poder soportar más la situación de su familiar da un ultimátum para que se someta a un tratamiento de desintoxicación y deshabituación. Incluso son ellos los que demandan la primera entrevista con el profesional de la unidad para informarse de cómo sería la intervención con el familiar drogodependiente.

Los problemas con la justicia es otra de las vías de acceso, siendo una de las más comunes las sanciones administrativas que obligan a los/las usuarios/as a permanecer determinado periodo de tiempo en tratamiento a cambio de no abonar la sanción económica impuesta por consumo de sustancias, tal como recoge la Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero, de Seguridad Ciudadana y desarrollada por un Decreto en 1993 que expone que las sanciones administrativas por este motivo “podrán suspenderse si el infractor se somete a un tratamiento de deshabituación en un centro o servicio debidamente acreditado” . En los últimos años, según ANTAD (2012) y la Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel (2012), las cifras de personas que acuden a sus centros por este motivo ha aumentado, siendo el total de atendidos en 2012 por las cinco UADs de ANTAD 212 personas y de 224 en el año 2013 por las UADs de la Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel.

Y otro de los motivos es por parte de trabajadores/as sociales que al percibir en una persona un problema de abuso de drogas les propone ser atendidos por profesionales en ese ámbito para conseguir su recuperación y deshabituación a sustancias o para mejorar su calidad de vida en casos como las personas dependientes de los opiáceos.

Hipótesis 3: La relación con el/la usuario/a es distinta según si pide tratamiento de forma voluntaria o presionado por otros motivos.

En ocasiones, las personas que padecen una dependencia a sustancias son conscientes de su problema y toman la decisión de someterse a tratamiento en servicios especializados, ya sea por su propia salud, como por motivos laborales, familiares, económicos, etc. A priori, estos potenciales pacientes tendrían una mejor predisposición al cambio y, por tanto, se espera de ellos una mayor adherencia al servicio. Mientras que

otras personas en la misma situación no consideran tener una enfermedad, ni creen que su situación repercuta en otros ámbitos de su vida. Estas personas al acudir a servicios de atención a las drogodependencias suelen hacerlo por presiones tanto de sus familiares, como de su entorno laboral, judicial, etc.. Además, son muchos los casos en los que los nuevos usuarios/as de las Unidades de Atención a las Drogodependencias asisten a las reuniones con profesionales únicamente por cumplir con una orden legal o para no abonar el coste de una sanción administrativa. Esta desmotivación por seguir un tratamiento de deshabituación puede generar, en un principio, más dificultades para seguir el tratamiento que aconseja el profesional del equipo terapéutico.

Por tanto, ¿la relación de los profesionales varía según si la demanda del/la usuario es voluntaria o no? Según los datos obtenidos de los once profesionales de las Unidades de Atención a las Drogodependencias, la balanza se inclina hacia el sí con un 54,55%, frente al 45,45 que no apoyan la idea de que la relación sea diferente. De esta manera, no se puede asegurar que en todos los casos la relación varíe, sino que depende de cada profesional y, seguramente, de la actitud de cada usuario/a. Pero sí que es muy importante conocer el origen de su demanda, sus motivos e identificar la mejor manera de intervenir con él, haciendo más hincapié en las carencias que pueda tener para reforzar su motivación por el cambio y conseguir el éxito en el proceso.

Hipótesis 4: En la acogida, el profesional atenderá la demanda del/de la usuario/a y le explicará qué se hace desde el recurso y en qué le podrían ayudar.

La totalidad de los/las trabajadores/as sociales que han participado en el estudio explican a sus pacientes en esta primera entrevista cómo se trabaja desde el recurso, las alternativas de tratamiento que hay, los pasos a seguir en el circuito terapéutico, los profesionales que forman el equipo de trabajo y las posibilidades de mejorar su situación en caso de someterse a un tratamiento recomendado por el médico/a, psicólogo/a y/o el/la trabajador/a social, según sus necesidades. En este momento de la intervención, es muy importante clarificar cualquier duda que tenga el paciente y, si es necesario, repetir varias veces la información para no dar lugar a interpretaciones erróneas. Además, nunca se deben crear falsas expectativas al paciente acerca de su tratamiento o su recuperación, ya que el profesional por sí solo no puede conseguir el éxito, sino que está en manos de la persona.

Pero en este primer encuentro entre trabajador/a social y paciente, sobre todo, es vital dejar que la persona cuente cuál es su situación, qué le ha impulsado a acudir a la UAD y cuáles son sus objetivos. Para que esta entrevista sea fructífera se debe dejar hablar al/a la usuario/a y hacer que se sienta escuchado y entendido. En el caso de personas que les cuesta más ahondar sobre su problemática, se deben seguir estrategias para conseguir que se abran y aporten los datos necesarios para establecer un plan de intervención que se adecúe a sus necesidades, no solo en relación al uso o abuso de drogas, sino también a otras problemáticas que pueden ser las causantes de ese consumo o problemáticas que han surgido a raíz del consumo.

Hipótesis 5: En el proceso de acogida se utilizan instrumentos de registro de datos de los usuarios.

En todas las Unidades de Atención a las Drogodependencias de Tenerife se recoge información relevante y necesaria de los pacientes a través de diferentes instrumentos de registro de datos. El 100,00% de los/las entrevistados/as afirman hacer uso de varios instrumentos para sistematizar la información recibida en las acogidas a los nuevos pacientes.

Estos materiales varían según el recurso y la entidad que lo gestiona, pues cada organización tiene su propio protocolo o forma de proceder. Sin embargo, hay dos instrumentos comunes a todos los recursos de esta índole que son: la Hoja de notificación individual de admisión a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el Plan Canario sobre Drogas y la Hoja de Acogida. El primero es un instrumento que recoge diferentes datos de los/la usuarios/as drogodependientes para la posterior elaboración de estadísticas. Recoge datos básicos, sociodemográficos y otros asociados al consumo de sustancias, a tratamientos anteriores, vía de administración de la sustancia, posibles enfermedades infecciosas, etc. Esta información la recoge el/la trabajador/a social en la fase de acogida y se envía, más tarde, al órgano competente. Y la Hoja de Acogida es un instrumento elaborado por cada organización, de modo que, ANTAD, Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel, Cáritas y Proyecto Hombre tienen su propio diseño de hoja de acogida. Los datos que se recogen son bastante parecidos a los del instrumento anterior y a continuación se mostrará una síntesis de los datos que se recogen en cada entidad:

- **ANTAD:** datos personales, evaluación de la demanda, datos sociodemográficos, evaluación familiar y/o pareja, datos formativos y laborales, incidencias legales, historia tóxica, motivación para el tratamiento, situación psicopatológica, evaluación de la demanda y anamnesis, antecedentes personales , otros datos médicos.
- **SAN MIGUEL:** situación-problema, datos laborales, otros datos (estado civil, estudios, cobertura sanitaria), situación familiar.
- **PROYECTO DRAGO:** datos administrativos, datos de identificación personal, otros tratamientos, consumo actual, datos sanitarios, formación y empleo, ocio y tiempo libre, causas judiciales, economía, vivienda, carnet de conducir o licencia, datos de convivencia o familiares, otros.
- **PROYECTO HOMBRE:** datos de identificación, estado civil, ¿cómo ha llegado a Proyecto Hombre?, drogas consumidas, motivación para el tratamiento, situación convivencial, tratamientos anteriores, situación académica, laboral, jurídica y médica.

El 63,64% de los profesionales también hace uso del consentimiento informado que es un documento que se entrega a los/las usuarios/as y sus familiares para que lean y firmen las condiciones que se exponen. Estas condiciones suelen estar relacionadas con las normas que hay que cumplir en el centro, con el sometimiento a pruebas de control de drogas, al no uso de medicamentos sin control médico, etc. También, se refleja en este contrato entre las partes que el tipo de tratamiento que se realice será acordado por los miembros del equipo terapéutico. Además, en algunos casos, como el de ANTAD, aparecen los compromisos que adquieren los profesionales del equipo: “proceder de forma gratuita a su atención integral; adecuar las prestaciones a las necesidades cambiantes que se produzcan; evitar cualquier intervención que pueda resultar irresponsablemente lesiva para la salud, seguridad o dignidad de las personas atendidas; mantener estrictamente el secreto profesional; entre otros”. Este documento no es importante solo para los profesionales, sino también para los/las usuarios/as que saben cuáles son los compromisos que debe respetar el equipo y puede, en caso de irregularidad, exigir que se le de el trato adecuado. Los profesionales que no hacen uso de este instrumento, explican los derechos y deberes del/de la usuario/a durante la acogida y se aclaran posibles dudas de cara a que en el futuro no hayan comportamientos inadecuados.

7. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

El estudio ha permitido alcanzar los objetivos que se pretendían, es decir, conocer cómo se desarrolla el proceso de acogida en los recursos seleccionados y las características de dicho proceso. Esto no podría haber sido posible sin la colaboración de los/las trabajadores/as sociales que se han prestado a participar en el estudio a través de entrevistas personales en sus recursos y que no han puesto ninguna objeción a responder las preguntas y a ofrecer toda la información que estaba en sus manos.

Los resultados que se han obtenido tras la investigación coinciden, en gran medida, con las hipótesis formuladas, así como con las aportaciones de los autores que conforman el marco teórico del estudio.

De esta manera, Escartín (1992) coincide con el 100,00% de la muestra cuando argumenta que en la fase de acogida el profesional explicará la forma en que el recurso ofrece sus servicios o la clase de ayuda que se le puede prestar. Y De Robertis (2003) también coincide al afirmar la importancia de derivar a otros recursos a los/as usuarios/as para los que no es adecuado el recurso en el que se trabaja. Del mismo modo, Brezmes (2001) y el 90,91% de los/as entrevistados/as consideran vital saber escuchar y preguntar (72,73%), a través de entrevistas a los pacientes para que hablen abiertamente de sus sentimientos y de sus problemas. También, Cernuda (2006) coincide con el 100,00% de los/as trabajadores/as sociales al afirmar la importancia de hacer uso de instrumentos de registro para recoger determinados datos de los pacientes, tales como: datos de identificación, situación socio-familiar y relacional, vivienda, educación, situación laboral y judicial, entre otros. Estos datos están presentes en las Hojas de Acogida de todas las Unidades de Atención a las Drogodependencias de Tenerife, de manera que al terminar la fase de acogida, los profesionales del equipo terapéutico tienen información básica y necesaria del paciente y de su entorno socio ambiental.

Gracias al estudio se ha podido comprobar que la presencia de los/as trabajadores/as sociales en el ámbito de las drogodependencias y en sus recursos es muy importante para atender la parte social del proceso de tratamiento biopsicosocial que se lleva a cabo con los pacientes drogodependientes. En la totalidad de las UADs es este profesional el

que tiene el primer encuentro con el paciente en la fase de acogida y el que tiene que poner todo de su parte para lograr un entendimiento con la persona y que ésta vuelva para seguir con el tratamiento, que suele ser el objetivo a conseguir durante esta primera fase del tratamiento. Para obtener éxito en esta fase y en el resto del tratamiento, sería conveniente aumentar los profesionales que forman los equipos terapéuticos, tanto los/as trabajadores/as sociales como los/as psicólogos/as y los/as médicos/as. Esto permitiría mejorar la accesibilidad al tratamiento que sería más individualizado y continuo al no estar los profesionales tan sobrecargados de pacientes.

Otro de los aspectos relevantes del estudio es el papel que tiene la familia de las personas drogodependientes en el proceso de cambio y, concretamente, en la fase de acogida. En muchas ocasiones, los pacientes acuden a las UADs presionados por sus familiares, por lo que será trascendental tener en cuenta los sentimientos y pensamientos de los familiares durante la fase de acogida, ya que permitirá conocer aspectos de la situación que genera la dependencia que el propio paciente no conoce o no tiene en cuenta. Además, se debe fomentar la atención continua a los familiares y el trabajo individualizado con ellos, ya que suelen ser los grandes perjudicados en el problema de las drogodependencias.

Trabajar la motivación hacia el tratamiento con los/as usuarios/as, también es un aspecto significativo para conseguir el éxito en la intervención, pues, como hemos visto, los pacientes pueden acudir a los recursos voluntariamente o forzados por su entorno. Esto genera ciertas resistencias al tratamiento que hay que paliar mediante estrategias de motivación hacia el inicio y mantenimiento en el tratamiento que se deben desarrollar desde el primer encuentro entre profesional y paciente. Así se conseguiría una mayor adherencia al servicio por parte de los/as usuarios/as y facilitaría su proceso de cambio.

Este estudio permite conocer la importancia de la presencia del Trabajo Social en los servicios y recursos de atención a las drogodependencias e incluir este ámbito como uno más en el que los trabajadores/as sociales pueden desempeñar su trabajo y contribuir a que esta disciplina sea cada vez más valorada y tenida en cuenta por la sociedad, por las instituciones, por otros profesionales, etc. Concretamente, el estudio pone énfasis en la fase de acogida que se realiza en las Unidades de Atención a las Drogodependencias de la isla y que, como se señala anteriormente, es competencia de los/as trabajadores/as

sociales. A través de este trabajo, los profesionales de esta disciplina o de otras podrán conocer la importancia de la figura del diplomado o graduado en Trabajo Social y cuáles son sus funciones, para garantizar que en recursos de esta índole o de otra se desarrolle un trabajo basado en la interdisciplinariedad y en el intercambio de información entre profesionales. Del mismo modo, puede ser relevante para los estudiantes de este Grado que estén interesados en este ámbito o, incluso, que no lo conozcan, pues les permitirá tener una visión más cercana que la que ofrecen los manuales al haberse desarrollado el estudio en los recursos que más usuarios/as drogodependientes atienden en la isla. No solo permite conocer el papel de estos profesionales en los recursos, si no también conocer los propios recursos, de carácter ambulatorio, de atención a las drogodependencias que están distribuidos por diferentes localidades de la isla y que es interesante que sean conocidos por todos los/as trabajadores/as sociales o profesionales que trabajen en contacto con las personas.

El Trabajo de Fin de Grado ha cumplido con las expectativas que tenía y su proceso de elaboración ha estado marcado por la ayuda y supervisión de Berta Puyol, que ha facilitado el aterrizaje en esta nueva experiencia y me ha guiado en el camino para alcanzar los objetivos de esta asignatura. La elección de la temática general y del tema concreto a investigar ha sido muy satisfactorio, tanto por la necesidad de conocer el desempeño profesional de los/as trabajadores/as sociales en el ámbito de las drogodependencias como por la oportunidad de visitar todos los recursos y tener contacto con profesionales que, muchos de ellos, desempeñan su labor en las Unidades de Atención a las Drogodependencias desde hace muchos años. Este trabajo me ha ayudado a aclarar el rumbo que quiero seguir en mi vida profesional como trabajadora social y ha despertado el interés por conocer más en profundidad todo lo relacionado con el ámbito de las drogodependencias con el objetivo de, algún día, formar parte de los equipos terapéuticos que he entrevistado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, M. J. (2013). *Trabajo Social: concepto y metodología*. España: Paraninfo.
- Ander-Egg, E. (1996). *Introducción al Trabajo Social*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Ariño, M. (2008). Las técnicas en Trabajo Social. En Guinot, C. (coord.). *Métodos, técnicas y documentos utilizados en Trabajo Social*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel Adicciones (2013). Memoria 2013. Extraído el 25 de Mayo de 2014 de: http://emasf.webcindario.com/Normas_APA.pdf
- Asociación Norte de Tenerife de atención a las drogodependencias (ANTAD) (2012). Memoria 2012. ANTAD: Los Realejos.
- Bañez, T. (2009). Género y Trabajo Social. Zaragoza: Universidad de Zaragoza. Extraído el 25 de Mayo de 2014 de: http://www.unizar.es/centros/eues/html/archivos/temporales/06_AIS/AIS_06_09.pdf
- Barbero, J. M. (2003). El método en el Trabajo Social. En Fernández, T. y Alemán, C. (Coords.). *Introducción al Trabajo Social*. Madrid: Alianza.
- Becoña, E. y Cortés, M. (coords.) (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Valencia: Socidrogalcohol.
- Blanco, A. y Rodríguez, J. (coords.) (2007). Intervención psicosocial. En Herrera, J. M. (2008). *Investigación cuantitativa*. Recuperado el 2 de Febrero de 2014 de: <http://juanherrera.files.wordpress.com/2008/11/investigacion-cuantitativa.pdf>
- Bobes, J., Casas, M. y Gutiérrez, M. (2003). *Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias*. Barcelona: Ars Médica.
- Brezmes, M. (2001). *La intervención en Trabajo Social: una introducción a la práctica profesional*. Salamanca: Hespérides.
- Celedón, C. (2003). El concepto de Trabajo Social. El Trabajo Social como profesión: la identidad del trabajador social. El Trabajo Social como disciplina

- científica. La tecnología y el Trabajo Social. En Fernández, T. y Alemán, C. (Coords.). *Introducción al Trabajo Social*. Madrid: Alianza.
- Cernuda, J. L. (2006). La intervención social en cocaína: una propuesta metodológica. *Revista Española de Drogodependencias*, 3, 4; 390-392.
 - Cibanal, L. (2004). La relación con la persona que sufre de toxicomanía. (Puntos a tener en cuenta antes de relacionarme con el paciente). *Revista Española de Drogodependencias*, 1,2; 53-57.
 - Colom, D. (2008). *El Trabajo Social Sanitario: atención primaria y atención especializada. Teoría y práctica*. Madrid: Siglo XXI.
 - De la Red, N. (1993). *Aproximaciones al Trabajo Social*. Madrid: Siglo XXI.
 - De Robertis, C. (1992). *Metodología de la intervención en Trabajo Social*. Barcelona: El Ateneo.
 - De Robertis, C. (2003). *Fundamentos del Trabajo Social: ética y metodología*. Valencia: Nau Llibres.
 - Escartín, M. J. (1992). *Manual de Trabajo Social: modelos de práctica profesional*. Alicante: Aguaclara.
 - Fernández, T., de Lorenzo, R. y Vázquez, O. (eds) (2012). *Diccionario de Trabajo Social*. Madrid: Alianza.
 - García, M. P. y Martínez, P. (coords.) (2013). *Guía práctica para la realización de trabajos fin de grado y trabajos fin de máster*. Murcia: Universidad.
 - Gobierno de Canarias (1998). Ley 9/1988, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de Drogodependencias. Extraído el 19 de Febrero de 2014 de: <http://www.gobiernodecanarias.org/libroazul/pdf/26912.pdf>
 - Gobierno de Canarias (2010). Recursos de atención a las drogodependencias en Canarias. Extraído el 19 de Febrero de 2014 de: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria1/directorio/centrosAsistencia/canaria.pdf>
 - Guinot, C. (2008). *Métodos, técnicas y documentos utilizados en Trabajo Social*. Bilbao: Universidad de Deusto.
 - Hernández, M. (2003). Comunicación y Trabajo Social. En Fernández, T. y Alemán, C. (Coords.). *Introducción al Trabajo Social*. Madrid: Alianza.
 - Herrera, J. M. (2008). *Investigación cuantitativa*. Recuperado el 2 de Febrero de 2014 de: <http://juanherrera.files.wordpress.com/2008/11/investigacion-cuantitativa.pdf>

- López, A. (2010). *Técnicas de diagnóstico, intervención y evaluación social*. Madrid: Universitas.
- Perelló, S. (2009). *Metodología de la investigación social*. Madrid: Dykinson.
- Puyol, B. (2001). *Proyecto Docente para optar a la plaza del Cuerpo de Profesores Titulares de Escuela Universitaria*. La Laguna.
- Puyol, B. (2006). Trabajo Social en Drogodependencias. En Santana, J. (coord.). *Manual de prácticas de Trabajo Social*. Tenerife: Benchomo.
- Roldán, G. (2008). El cuidado en los equipos y los profesionales de la atención. *Revista Española de Drogodependencias*, 3; 303-304.
- Roca, J. et al (1989). *Drogodependencias y su tratamiento en siete países europeos*. Barcelona: Intress.
- Taylor, S. J. y Bogdan, R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación (2000). Extraído el 12 de Marzo de 2014, de <http://asodea.files.wordpress.com/2009/09/taylor-s-j-bogdan-r-metodologia-cualitativa.pdf>
- Trinidad, C. y Ureña, A. (2012). Tratamiento social. En Pascual, F. y Velasco, A. (coords.). *Aproximación al tratamiento integral del alcoholismo*. Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España. Extraído el 9 de marzo de 2014 de: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/MonografiaFARE.pdf>
- Viscarret, J. J. (2007). *Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social*. Madrid: Alianza.

ANEXOS: MODELO DE ENTREVISTA PARA LAS UNIDADES DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS ENTREVISTADA

Nombre del recurso:

Localidad del recurso:

Entidad gestora del recurso:

Profesionales que conforman el equipo de trabajo del recurso:

2.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ENTREVISTADO/A

Sexo:

Titulación universitaria:

Año en que finalizó la carrera:

Formación adicional a la titulación universitaria:

Años que lleva ejerciendo en el recurso:

Experiencia como profesional en otros recursos:

3.- PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE ACOGIDA CON USUARIOS/AS DROGODEPENDIENTES EN UNA UNIDAD DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS

1) ¿Quién recoge la demanda del/de la usuario/a en su Unidad de Atención a las Drogodependencias?

- Secretario/a
- Médico/a
- Trabajador/a social
- Psicólogo/a
- Otros. Indicar:
- Ns/Nc

2) ¿Cómo se hace la demanda de primera entrevista?

- Teléfono
- Presencial
- Desde otros recursos
- Vía electrónica
- Otros. Indicar:
- Ns/Nc

3) ¿Quién realiza la fase de acogida a los/as usuarios/as en el centro?

- Médico/a
- Trabajador/a social
- Psicólogo/a
- Otros. Indicar:
- Ns/Nc

4) ¿Qué profesional o profesionales deberían realizar esta fase?

- Médico/a
- Trabajador/a social
- Psicólogo/a
- Otros. Indicar:
- Ns/Nc

5) A su Unidad de Atención a las Drogodependencias, los/as usuarios/as pueden llegar por:

- Por decisión propia
- Por solicitud de otro servicio
- Por una orden legal
- Por parte del trabajador social al percibir un problema
- Por otros motivos. Indicar cuáles:
- Ns/Nc

6) ¿La relación con el/la usuario/a varía en función del origen de la demanda (voluntaria o no)?

Sí

No

Ns/Nc

En caso de que SÍ varíe, ¿me podría indicar en qué?

7) ¿Cuál suele ser la causa o la motivación por la que acuden los/as usuarios/as al centro?

Preocupación por su salud

Por una sanción administrativa

Preocupación por sus relaciones familiares

Por problemas de marginalidad

Otros. Indicar:

Ns/Nc

8) En su Unidad de Atención a las Drogodependencias, ¿existe un protocolo de intervención en el proceso de acogida por el que se rija el/la profesional a la hora de actuar?

Sí

No

Ns/Nc

En caso de que SÍ exista, ¿podría indicarme cuál es el protocolo que se sigue?

En caso de que NO exista, ¿cree que sería necesaria su existencia y por qué?

9) ¿Cuál es el principal objetivo que se pretende conseguir en la fase de acogida con el/la usuario/a?

10) En la acogida, ¿atiende al/a la usuario/a solo/a o acompañado/a?

- Sólo/a, exclusivamente
- Con su familia, exclusivamente
- Sólo/a o con su familia, según desee
- Otros. Indicar de qué manera:
- Ns/Nc

11) ¿Cree que el profesional tiene una gran responsabilidad en esta fase a la hora de que el/la usuario/a vuelva al centro a seguir con la intervención?

- Sí
- No
- Ns/Nc

12) En este primer contacto, ¿cree imprescindible la motivación para el cambio con el/la usuario/a drogodependiente?

- Sí
- No
- Ns/Nc

En caso de que SÍ, ¿cómo se concreta la motivación hacia el cambio?

En caso de que NO, ¿me podría indicar por qué?

13) En la acogida con el/la usuario/a, ¿se explica qué se hace desde su centro de trabajo, cuál es la labor del profesional o en qué se le podría ayudar desde el centro?

- Sí
- No
- Ns/Nc

En caso de que NO se explique, ¿me podría indicar por qué?

14) De los siguientes aspectos, ¿cuál o cuáles se tienen en cuenta durante la acogida con el/la usuario/a?

- Lenguaje verbal
- Lenguaje no verbal
- Aspiraciones del usuario
- Potencialidades del usuario
- Debilidades del usuario
- Otros. Indicar cuáles:
- Ns/Nc

15) ¿Qué actitudes, habilidades o patrones de comportamiento son importantes en el trabajador/a social para establecer una relación adecuada con el/la usuario/a en la fase de acogida?

16) ¿Qué actividades se realizan en la acogida?

- Información sobre el recurso
- Información básica sobre el problema
- Abrir historia del usuario
- Cumplimentar la ficha social
- Concretar la motivación personal
- Concretar la motivación familiar
- Cumplimentar la hoja de acogida
- Firma del contrato terapéutico
- Solicitar hora con el resto del equipo terapéutico
- Otros. Indicar:
- Ns/Nc

17) Cuando el profesional considera que el recurso donde trabaja no es el adecuado para el/la usuario/a, ¿lo deriva a otro recurso?

- Sí
- No
- Ns/Nc

En caso de que SÍ derive, ¿el profesional conoce los recursos a los que deriva a sus usuarios/as?

- Sí
- No
- Ns/Nc

En caso de que NO, ¿me podría indicar por qué?

18) ¿Podría indicarme en qué lugar se realiza la primera entrevista con el/la usuario/a?

Despacho del profesional

Domicilio del usuario

Otros. Indicar:

Ns/Nc

¿Cree que es el lugar más adecuado para realizarla? ¿Por qué?

19) En relación al tiempo que dura la primera entrevista, ¿hay una duración determinada o recomendable que siga el profesional?

Sí

No

Ns/Nc

¿Me podría indicar el tiempo aproximado que se destina a esta fase en su Unidad de Atención a las Drogodependencias?

20) ¿Cree adecuado tomar anotaciones durante la entrevista con el/la usuario/a? ¿Por qué?

Sí

No

Ns/Nc

21) ¿Qué técnicas utiliza durante la fase de acogida para conseguir la información necesaria del/de la usuario/a drogodependiente?

Observación

Entrevista

Estructurada

No estructurada

Semiestructurada

Escucha activa

Otras. Indicar cuáles:

Ns/Nc

22) Durante la acogida, ¿se utilizan instrumentos de registro de datos de los/as usuarios/as?

Sí

No

Ns/Nc

En caso de que SÍ, ¿me podría indicar cuáles?

En caso de que NO se utilicen, ¿me podría decir por qué?