



GUÍA DE INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO EN LAS UNIDADES DE CONDUCTAS ADICTIVAS DEL SCS



DESCRIPCIÓN BREVE

En Cantabria, la atención ambulatoria a las drogodependencias se realiza desde las Unidades de Conductas Adictivas (UCA's) del Servicio Cántabro de Salud (SCS), donde diferentes disciplinas profesionales abordan el problema desde una perspectiva integral e integradora. El abordaje interdisciplinar es inherente al tratamiento de las adicciones y uno de los principales objetivos de intervención va a ser aumentar la integración social de las personas con problemas de drogas, como aspecto básico para el desarrollo de la persona y la calidad de vida.



CONTROL DEL DOCUMENTO:

Elaborado por	Balza Iglesias, Ruth ¹ Fomperosa Fernández, M ^a Inmaculada ¹ Montes Azcona, Azucena ² ¹ Trabajadora Social Sanitaria. Unidad de Conductas Adictivas Santander ² Trabajadora Social Sanitaria. Unidad de Conductas Adictivas Laredo	Fecha	27/11/2024
Revisado por	León Álvarez, Judith ¹ Portillo Sisniega, Carlos ² Santamaría Gutiérrez, Javier ³ Del Amo Santiago, Mónica ⁴ Priede Diaz, Amador ⁵ ¹ Trabajadora Social Sanitaria. Subdirección de Cuidados, Formación y Continuidad Asistencial ² Psicólogo clínico. Unidad de Conductas Adictivas Santander ³ Médico. Unidad de Conductas Adictivas Santander ⁴ Enfermera. Área de Calidad. Gerencia de Atención Primaria ⁵ Coordinador del Plan de Salud Mental	Fecha	15/12/2024
Aprobado por	Corro Madrazo, Patricia Subdirectora de Cuidados, Formación y Continuidad Asistencial	Fecha	04/01/2024

REVISIONES:

Versión	Motivo	Fecha
v.1.	Edición y Aprobación del documento	04/01/2024

Contenido

1. <i>JUSTIFICACIÓN</i>	3
2. <i>OBJETIVOS</i>	6
3. <i>MARCO NORMATIVO E INSTITUCIONAL</i>	6
4. <i>GLOSARIO</i>	7
5. <i>ALCANCE</i>	10
6. <i>EL TSS EN EL PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL</i>	11
7. <i>GUÍA DE RECURSOS</i>	23
8. <i>ANEXO I. Ficha de Información</i>	25
9. <i>ANEXO II. Hoja de notificación individual de admisión a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas SEIT)</i>	26
10. <i>ANEXO III. Solicitud de derivación a otro/s servicios de atención a drogodependencias</i>	27
11. <i>TABLA DE ILUSTRACIONES</i>	28
12. <i>BIBLIOGRAFÍA</i>	29

1. JUSTIFICACIÓN

Las adicciones representan una realidad compleja, un fenómeno dinámico y de origen multicausal condicionado por diferentes factores y con un impacto social negativo. Constituye uno de los principales problemas en el ámbito de la salud pública.

En Cantabria, la atención ambulatoria a las drogodependencias se realiza desde las Unidades de Conductas Adictivas (UCA's) del Servicio Cántabro de Salud (SCS), donde diferentes disciplinas profesionales abordan el problema desde una perspectiva integral e integradora. El abordaje interdisciplinar es inherente al tratamiento de las adicciones.

En nuestra Comunidad Autónoma, según datos de la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en Cantabria (EDADES) 2022, el alcohol es la sustancia más consumida (94,9%) manteniéndose en un consumo estable con respecto a oleadas anteriores. En segunda posición, el tabaco es la segunda sustancia psicoactiva con mayor consumo. El 19,5% de la población cántabra de 15 a 64 años declara haber consumido hipnosedantes alguna vez en la vida, lo que supone un aumento con respecto a los datos registrados en 2020. Por otro lado, el consumo de analgésicos opioides en algún momento de la vida se manifiesta en el 10,3%, con un importante retroceso comparado con 2020. Respecto a las sustancias ilegales, el cannabis se posiciona como la droga más consumida con un 44,0%, 3,1 puntos por encima de la media nacional. Finalmente, señalar que la cocaína (polvo y/o base) se posiciona como la segunda sustancia ilegal psicoactiva más consumida con un 7,3%.

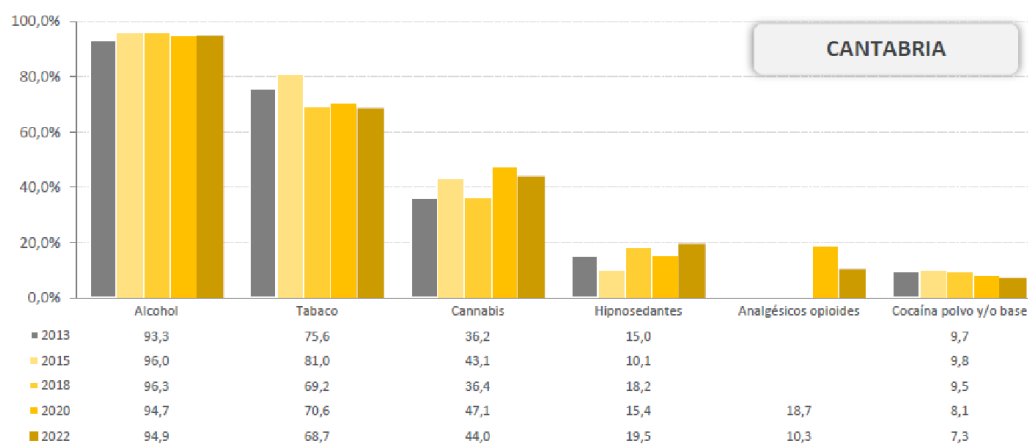


Ilustración 1. Prevalencia del consumo de drogas alguna vez en la vida en la población cántabra de 15-64 años (porcentajes), 2013-2022. Fuente: Edades 2022. Encuesta sobre alcohol y drogas. Cantabria (1)

Los factores individuales y sociales se encuentran vinculados con el riesgo de consumo, así como con la vulnerabilidad al daño (2). Es necesario, por tanto, a la hora de definir y abordar el problema de las drogodependencias tener en cuenta factores sociales como:

- La edad;
- El género;
- Las situaciones de desventaja social y exclusión, que actúan tanto como factores de riesgo para el consumo de drogas y los daños relacionados, como exacerbando las situaciones de desventaja social;
- El apoyo familiar...

Además, uno de los principales objetivos de intervención va a ser aumentar la integración social de las personas con problemas de drogas, como aspecto básico para el desarrollo de la persona y la calidad de vida.

La incidencia de los determinantes sociales de la salud, tanto en el inicio como en la evolución de los consumos, determina que la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 (3) incluya, entre sus áreas de actuación, la apuesta por una *atención integral y multidisciplinar* en la atención a las drogodependencias, *entendiendo por integral la atención que aborda simultáneamente los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.*

Entre los objetivos orientados a garantizar esta atención integral de calidad se encuentra la *coordinación de la red de tratamiento a las adicciones con el resto del sistema socio-sanitario*, así como el diseño de protocolos interinstitucionales para el abordaje de la problemática de las adicciones en población vulnerable (patología dual, personas sin hogar, mujeres, víctimas de violencia de género...). Otra de las áreas de actuación de esta Estrategia es la *Incorporación social, con especial hincapié en la integración laboral:*

“En general, se acepta que el tratamiento terapéutico por sí solo no parece suficiente para una efectiva recuperación de las personas que presentan problemas de adicciones. La incorporación social de estas personas exige una intervención integral, que incida en todos los ámbitos de su vida (y no sólo en el laboral): personal, relacional y de ocio, familiar, educativo, sanitario, formativo, laboral, residencial, judicial, etc.”

Desde esta misma perspectiva biopsicosocial, la *Ley de Cantabria 5/1997, de 6 de octubre, de Prevención, Asistencia e Incorporación Social en Materia de Drogodependencias* en su título II “*De la asistencia y la incorporación social*” introduce objetivos no sólo vinculados con la mejora del nivel de salud, sino también a *mitigar la problemática social y jurídico-penal* de esta población y *potenciar las fórmulas de incorporación social del drogodependiente en un entorno social normalizado*. Por este motivo, establece entre sus criterios de actuación que *la oferta terapéutica para la atención a las personas drogodependientes deberá ser accesible, diversificada, profesionalizada y de carácter interdisciplinar*.

Este imperativo estratégico y legal de abordar las toxicomanías desde una perspectiva integral impulsó la incorporación de profesionales de Trabajo Social Sanitario (TSS) en las anteriormente denominadas Unidades de Atención Ambulatoria a Drogodependencias dependientes del Gobierno de Cantabria, hasta que en el año 2014 pasan a denominarse Unidades de Conductas Adictivas y depender del Servicio Cántabro de Salud. Como parte de los equipos interdisciplinares, participaron en el proceso de elaboración del Manual de la Calidad según las normas ISO en el año 2002 dentro de las actuaciones del Plan Regional de Drogas, sistematizando sus prácticas y elaborando procedimientos específicos.

Sin embargo, tras más de 20 años, estos documentos necesitan ser actualizados, motivo por el cual, dentro del Grupo Motor de Trabajo Social Sanitario (GMTSS) se crea un grupo de mejora específico de drogodependencias para la actualización de estos documentos, así como para impulsar otras acciones que contribuyan al incremento de la calidad de la práctica asistencial.

Apoyándose en trabajos de sistematización previos en el ámbito nacional (4) se ha elaborado esta Guía como primer paso en la descripción de la intervención de los/as profesionales de TSS y la definición de los programas en los que participan dentro del proceso de atención integral de las UCAs.

2. OBJETIVOS

- Definir las intervenciones que se realizan desde el TSS al proceso de atención integral en drogodependencias
- Disminuir la variabilidad en la atención
- Mejorar la calidad de los servicios prestados
- Identificar programas de intervención específicos de TSS
- Facilitar la adaptación a profesionales de nueva incorporación

3. MARCO NORMATIVO E INSTITUCIONAL

3.1 Ámbito nacional

- Plan Nacional sobre Drogas (1985)
- Estrategia Nacional sobre Adicciones (2017 – 2024)

3.2 Ámbito autonómico

- Decreto 68/1991, de 16 de mayo, por el que se aprueba el Plan Autonómico sobre Drogas de Cantabria y sus órganos de coordinación (B.O.C. de 1 de julio de 1991)
- Ley de Cantabria 5/1997, de 6 de octubre, de Prevención, Asistencia e Incorporación Social en materia de Drogodependencias (B.O.C. de 14 de octubre de 1997).
- Orden SAN/34/2012, de 20 de noviembre, por la que se regulan los tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos y la Comisión de Acreditación, Evaluación y Control de Centros o Servicios de Tratamiento con opiáceos.
- Estrategia sobre Drogas de Cantabria (2014 – 2018)

4. GLOSARIO

4.1 Droga

El término de droga es amplio y ambiguo. En 1969 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió droga como *“toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones”* (5). De esta manera, droga viene siendo sinónimo de fármaco.

En 1982 la OMS intentó delimitar cuales serían las sustancias que producían dependencia y declaró como droga de abuso *“aquella de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptible de ser autoadministrada”* (5).

Dentro de estas definiciones se encuentran todas las sustancias psicoactivas, sean legales (alcohol, tabaco, fármacos hipnosedantes...) o estén consideradas ilegales por las convenciones y tratados sobre sustancias psicotrópicas, que incluyen en sus listas, entre otras muchas, al cannabis, la cocaína, las anfetaminas y la heroína.

4.2 Adicción

La OMS lo define como el *“consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio”*(5).

4.3 Programa Jurídico Penal (PJP)

Programa de atención a toda persona que se encuentra realizando tratamiento en cualquiera de los dispositivos asistenciales de la red de atención a drogodependencias, que presente problemas judiciales. Consiste en que el paciente pueda continuar con el tratamiento iniciado, para lo cual, los jueces y magistrados deben suspender la ejecución de la condena con medida de seguridad de sometimiento a tratamiento. También incluye la continuidad de la atención a los internos toxicómanos que alcancen la situación de libertad condicional.

4.4 Programa verificación de abstinencia

Comprobar o ratificar la ausencia del consumo de drogas mediante la realización de controles de orina pautados.

4.5 Acogida

Conjunto de acciones profesionales encaminadas a la asunción de la demanda efectuada por una persona. Su objetivo es aproximarse a la demanda, conocerla y comprenderla, favorecer la creación de un vínculo con el paciente que, sintiéndose acogido va a estar en mejor disposición para orientar la valoración posterior del caso.

4.6 Intervención social

“Es toda actividad profesional consciente, organizada, planificada y dirigida a actuar sobre una realidad social para estudiarla, analizarla, modificarla y cambiarla en la consecución de una mejora positiva” (6).

4.7 Personas sin hogar (tipología europea de sin hogar y exclusión residencial)

- *Sin techo: Vivir en un espacio público (sin domicilio). Pernoctar en un albergue y/o forzado a pasar el resto del día en un espacio público*
- *Sin vivienda: Estancia en centros de servicios o refugios (hostales para sin techo que permiten diferentes modelos de estancia). Vivir en refugios para mujeres. Vivir en alojamientos temporales reservados a los inmigrantes y a los demandantes de asilo. Vivir en instituciones: prisiones, centros de atención sanitaria, hospitales sin tener donde ir, etc.). Vivir en alojamientos de apoyo (sin contrato de arrendamiento);*
- *Vivienda insegura: Vivir en una vivienda sin título legal (vivir temporalmente con familiares o amigos de forma involuntaria, vivir en una vivienda sin contrato de arrendamiento –se excluyen los ocupas-, etc.). Notificación legal de abandono de la vivienda. Vivir bajo la amenaza de violencia por parte de la familia o de la pareja; Vivienda inadecuada: Vivir en una estructura temporal o chabola. Vivir en una vivienda no apropiada según la legislación estatal. Vivir en una vivienda masificada (7).*

4.8 Diagnóstico social sanitario

“El diagnóstico social es el intento de hacer una definición, lo más exacta posible, de la situación y personalidad de un ser humano con alguna necesidad social. Esto es en relación con otros seres humanos de los que de alguna manera depende, o los que de alguna manera dependen de él, y en relación también con las instituciones sociales de la comunidad [...] Incluye todos los factores principales que soportan el camino de la reconstrucción social, enfatizando en los rasgos que indican el tratamiento a seguir”(8).

El diagnóstico social sanitario viene condicionado por la presencia de una enfermedad. Como señala Colom (9), *“el calificativo de sanitario contextualiza los límites del caso social y lo ubica dentro del campo sanitario, para ello requiere una formación específica, una especialización, para evitar que la intervención social carezca del factor diferenciador que imprime la enfermedad”*.

4.9 Programas de Reducción de Daños (PRD)

El objetivo último de los procesos de atención al drogodependiente es facilitarle los recursos personales que le permitan hacer frente a los problemas planteados en su vida cotidiana sin necesidad de recurrir al consumo de drogas. Sin embargo, existen una serie de factores que determinan que la abstinencia no sea siempre un objetivo alcanzable. Estos programas pretenden minimizar los daños asociados al consumo sin necesariamente reducirlo o eliminarlo. Actualmente, los PRD en Cantabria se realizan en los Centros de Atención Primaria y Cruz Roja.

4.10 Patología dual

La comorbilidad, también conocida como "morbilidad asociada", es un término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona. Cuando una de las enfermedades asociadas es un trastorno mental y otra un trastorno por uso de sustancias habitualmente se denomina patología dual.

5. ALCANCE

5.1 Población diana

Personas de la comunidad autónoma de Cantabria que presentan un problema de abuso y/o dependencia a drogas y demandan atención en una Unidad de Conductas Adictivas del SCS, así como su entorno familiar próximo.

5.2 Profesionales a los que se dirige

Esta guía es de aplicación en aquellas Unidades de Conductas Adictivas del SCS que cuentan en su plantilla con profesionales de Trabajo Social Sanitario.

6. EL TSS EN EL PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL

El modelo de intervención en el abordaje de las drogodependencias es integral y multidisciplinar. Su objetivo último es controlar y eliminar el consumo de drogas, para lograr una normalización, optimización y adaptación.

En el proceso de atención integral se puede diferenciar distintas fases, que se encuentran interrelacionadas y que no siempre siguen un proceso lineal, tal como se observa en la ilustración 2. Los/as profesionales de TSS participan en todas las fases de este proceso con diferentes funciones y objetivos bien delimitados. Incluso, de forma previa a la identificación de una persona usuaria de drogas en la UCA, desarrollan funciones de coordinación con otros/as profesionales de diferentes dispositivos (centro de salud, servicios sociales de atención primaria, instituciones penitenciarias...) facilitando información sobre el servicio, entre otras.

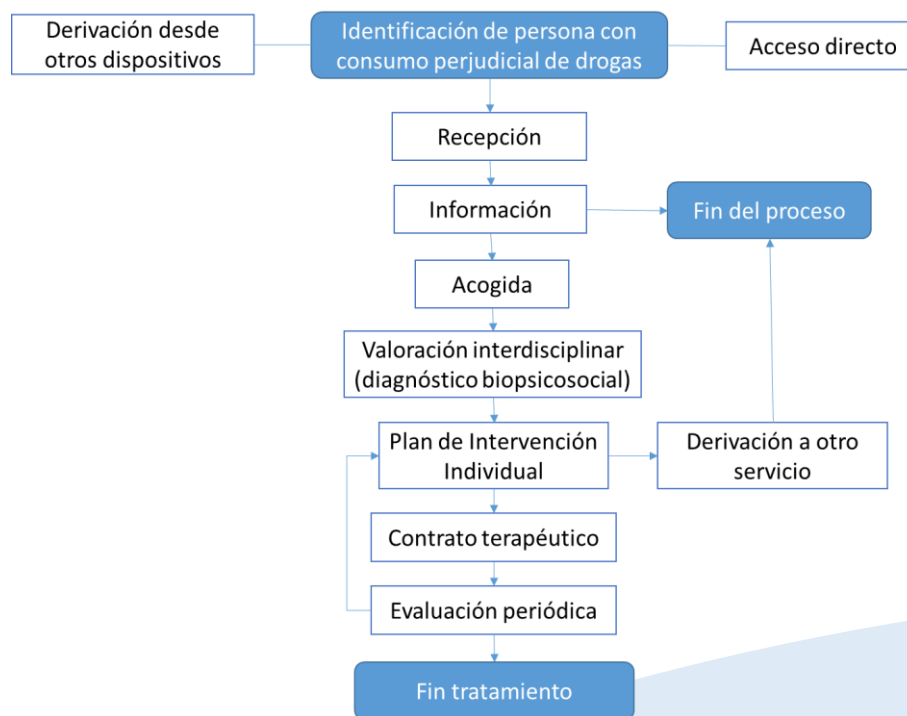


Ilustración 2. Proceso de atención integral en Unidades de Conductas Adictivas.

Fuente: Elaboración propia

6.1 ALGORITMO DE ACTUACIÓN DEL/LA PROFESIONAL DE TSS EN EL PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN UNIDADES DE CONDUCTAS ADICTIVAS

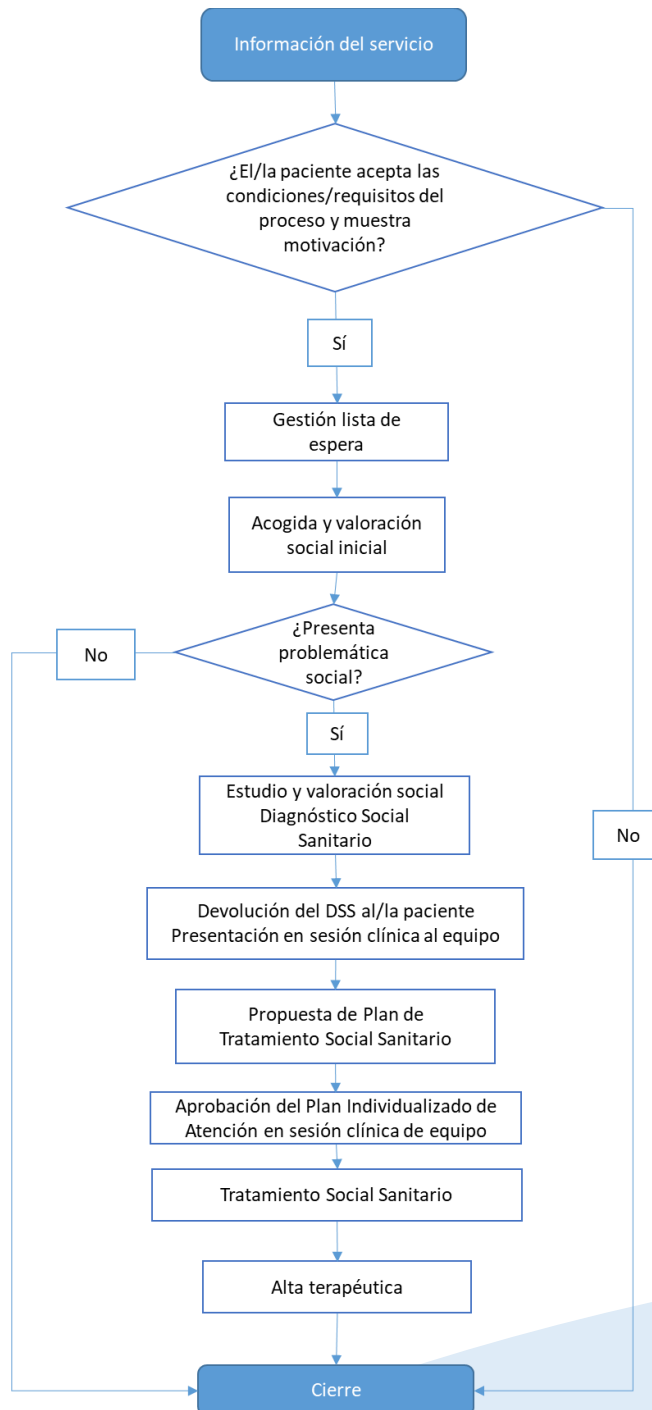


Ilustración 3. Algoritmo de actuación del/la profesional de TSS en el proceso de atención integral en UCAs. Fuente: Elaboración propia

6.2 INFORMACIÓN DEL SERVICIO

El acceso a la UCA puede ser bien de forma directa, es decir, que el/la paciente contacte con el centro para solicitar una cita, o bien a través de derivación de otros/as profesionales y/o servicios.

El primer contacto del/la paciente (y/o sus familiares) resulta de gran importancia, pues facilita una primera información sobre los servicios que se prestan, despejando dudas. En este sentido, esta cita puede ser el inicio del proceso de atención integral, o bien, suponer también el fin de la atención al no responder la información facilitada a las expectativas del/la paciente y/o familiares o por no encontrarse en el momento adecuado. Cuando alguien acude con un problema de adicción no siempre tiene claro lo que quiere conseguir, por un lado, sabe que le está generando problemas y quiere resolverlo, planteándose la abstinencia. Sin embargo, en otras ocasiones las personas acuden por presiones familiares o judiciales, presentando una baja motivación al cambio y dificultando el inicio del proceso de deshabituación y rehabilitación. En otras ocasiones, el objetivo del/la usuario/a puede ser simplemente minimizar las consecuencias del consumo, planteándose sólo una reducción del mismo. Tal como señala Ochando (10), *“el consumo problemático de drogas debe abordarse por parte del trabajador o trabajadora social de manera diferente según si la persona percibe o no que tiene un problema; y si desea o no introducir cambios en su vida en diferentes áreas”*. En este sentido, existen modelos que han descrito el proceso del cambio, uno de los que más apoyo ha tenido es el modelo transteórico de Prochaska y Diclemente (11), que describe los diferentes estadios por los que pasa la persona con adicción desde la dependencia hasta la abstinencia.

Precontemplación: En esta etapa no hay intención de cambiar el comportamiento en un futuro próximo. Suelen acudir a tratamiento presionados por alguna circunstancia ambiental.

Contemplación: La persona comienza a reconocer que existe un problema, aunque todavía no ha elaborado un compromiso firme de cambio. En esta etapa, el cambio se plantea a nivel intencional.

Preparación para el cambio: Es la etapa en la que se combinan la intención y un plan de acción enfocado al cambio, pero sin comenzar a hacerlo.

Acción: Se produce un cambio importante en la conducta, modifican su comportamiento, experiencias y medio ambiente.

Mantenimiento: Etapa de consolidación de los logros anteriores y prevención de recaídas.

La recaída se considera una transición de personas que, estando en etapas de acción o mantenimiento, regresan a etapas anteriores.

La Atención a la demanda se realiza a través de una entrevista breve cuyos objetivos son:

- Analizar la demanda inicial y procedencia de la misma (vía y motivo de acceso)
- Recogida inicial de datos sobre:
 - historia de consumo,
 - datos sociodemográficos (estado civil, estructura familiar, estudios, profesión...),
 - tratamientos previos,
 - situación judicial,
 - datos de contacto.
- Facilitar información sobre la UCA y explicar los requisitos de acceso.
- Valorar la pertinencia del tratamiento, canalizando aquellas demandas que no corresponden a la unidad hacia servicios más adecuados (Comunidad Terapéutica Pedrosa, entidades sociales, programa de reducción del daño...).
- Identificar posibles motivos de prioridad en la atención¹.

Esta información se registra en el documento denominado **Ficha de información** (Anexo I), para posteriormente establecer contacto e iniciar el tratamiento si procede.

¹ Motivos de prioridad: Embarazo; Derivación desde el Servicio de Infancia y Adolescencia del Gobierno de Cantabria, cuando existan situaciones de riesgo para los/as hijos/as de las personas con consumo; Enfermedad física o psíquica grave.

6.3 ACOGIDA

Si el/la paciente, tras pasar por la entrevista informativa, acepta los requisitos/condiciones del servicio, muestra motivación para el cambio y solicita ser atendido/a e iniciar el proceso de deshabitación, es incluido/a en la lista de espera. Una vez que les corresponde iniciar el tratamiento, se contacta con él/ella para realizar la acogida y la primera entrevista de ingreso.

Este momento es fundamental, ya que supone el inicio del proceso. Generar empatía y establecer el vínculo terapéutico para facilitar la retención y minimizar abandonos será el principal objetivo. Esta fase, por tanto, es un proceso muy significativo ya que será determinante para la continuidad en el tratamiento de rehabilitación (10).

El proceso de acogida incluye las siguientes actividades:

- Estudio y valoración social inicial, identificación de factores de riesgo social y apertura de la historia clínica: Historia toxicológica, intentos previos de tratamiento, antecedentes familiares de consumo.
- Informar al/la paciente y a su familia del proceso a seguir, ofreciendo un marco de referencia.
- Realizar el encuadre terapéutico. Se trata de establecer el conjunto de acuerdos y normas entre el equipo y el/la paciente antes de iniciar el tratamiento. En este punto, se explica la frecuencia y duración de las citas de seguimiento, así como la periodicidad de los controles toxicológicos.
- Motivar al/la paciente para iniciar el proceso de atención, procurando la implicación del sistema familiar.
- Asignar citas de interconsulta con los/as otros/as profesionales del equipo interdisciplinar (médico/a y psicólogo/a) para continuar con el proceso de valoración e indicación terapéutica. Estructurar una relación de trabajo con el/la paciente, facilitar una estructura de tratamiento interdisciplinar con atención individual con el resto del equipo terapéutico.

La *entrevista motivacional breve* es una técnica que ha sido tradicionalmente utilizada en el ámbito de las drogodependencias. Este concepto fue *desarrollado por Miller y Rollnick quienes la definieron como “un método directivo, centrado en el paciente, que trata de aumentar la motivación intrínseca para el cambio, ayudando al paciente a explorar y resolver*

su ambivalencia” (12). Este método ha demostrado su eficacia en el ámbito de las adicciones, si bien con diferentes resultados en función de la sustancia, así como del colectivo de atención (jóvenes, personas sin hogar...) (12–16).

La entrevista motivacional breve es una herramienta de gran utilidad en estas primeras fases de la intervención, independientemente de la sustancia/as consumida/s, ya que se trata de intervenciones sencillas, que refuerzan y apoyan el deseo de cambio del/la paciente, ayudándole a salir de su ambivalencia inicial.

Los instrumentos de documentación y registro que se utilizan en esta fase del proceso son:

- La **hoja de notificación individual de admisión a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas**, requerida por el Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT) (Anexo II)
- El **Contrato Terapéutico**, que es firmado tanto por un/a profesional como por el/la paciente y familiar responsable, en caso de que exista. En la actualidad, coexisten dos modelos diferentes en las UCAs de Santander y Laredo, aunque el objetivo último es el mismo: establecer un acuerdo donde se fijen unos criterios que permitan construir un compromiso por ambas partes.
- La **Historia Social y Evolutivos de Trabajo Social**. En la actualidad, la Historia Clínica de los/as pacientes atendidos/as en las UCAs presenta un formato analógico, en soporte papel. Existe una plantilla de Historia Social que queda recogida en la Historia Clínica del/la paciente. Asimismo, las intervenciones de seguimiento quedan documentadas a través de los Evolutivos de Trabajo Social, donde se recoge, de forma narrativa, un registro de entrevista y de intervenciones realizadas, junto con los datos de identificación del/la usuario/a y el/la profesional.

6.4 VALORACIÓN INTERDISCIPLINAR

Los/as profesionales de TSS son quienes desarrollan la primera entrevista de acogida, por tanto, el estudio y valoración social suele comenzar ya en la fase previa del tratamiento.

En esta fase de estudio y valoración social es importante explorar las siguientes áreas:

- Datos de la droga:
 - Edad y circunstancias del primer contacto con drogas legales e institucionalizadas.
 - Edad y circunstancias del primer contacto con drogas ilegales.
 - Evolución y consumo actual.
 - Vía de consumo y frecuencia.
 - Momento especial de consumo.
 - Acciones o tratamientos tendentes a dejar el consumo.
- Aspectos legales:
 - Problemas judiciales antes del consumo
 - Número de veces procesado/a.
 - Tiempo de estancia en prisión.
 - Causa/s del/os procesamiento/s.
 - Juicios pendientes
 - Situación actual
- Datos familiares:
 - Núcleo familiar.
 - Dinámica familiar actual.
- Datos escolares
 - Historia escolar.
 - Problemática antes del consumo.
 - Problemática después del consumo.
 - Problemas con profesores y/o alumnos.
 - Cambios de colegio y motivos.
- Datos laborales:
 - Situación laboral.
 - Ocupación actual.
 - Características y evolución laboral.
- Datos de ocio y tiempo libre:
 - Pandilla y amigos con los que se relaciona.
 - Mantiene amistades.
 - Hábitos sociales.
 - Lugar de residencia, barrio y características del mismo.
 - Aficiones, proyectos, objetivos.
- Historia de la pareja:
 - Se conocieron antes o después del consumo.
 - Pareja toxicómana antes o después del matrimonio.
 - Dinámica actual.

- Evolución (formas de ayuda y apoyo) y actividades que realizan juntos.
- Historia familiar:
 - Edad de los padres.
 - Familia nuclear o extensa.
 - Desarrollo del niño/a.
 - Amigos.
 - Alguna situación especial (en la evolución).
 - Tiempo transcurrido hasta que se enteraron sus padres.
 - ¿Por qué se enteraron? ¿Por quién?
 - Reacción de éstos
 - ¿Que sabían de la droga?
 - ¿Qué actitud adoptan? (evolución).

Como conclusión a esta fase se elabora el diagnóstico social sanitario, que implica el estudio y valoración de la situación personal, familiar, sanitaria, laboral, económica, de vivienda, jurídico/legal y de relaciones sociales y con el entorno social del paciente.

Los instrumentos de documentación y registro que se utilizan son, fundamentalmente, la **Historia Social** y los **Evolutivos de Trabajo Social**.

El diagnóstico social sanitario y la propuesta de intervención serán aportados al resto del equipo terapéutico para realizar la valoración interdisciplinar y diseñar el plan de intervención más adecuado a cada paciente. La herramienta utilizada para realizar esta valoración y plan interdisciplinar es la reunión de equipo.

En este momento de la intervención, el TSS asesora al equipo sobre:

- La situación social del paciente.
- La situación jurídica, si procede.
- Las necesidades sociales que presenta.
- Las variables sociales externas que pueden influir en el tratamiento.
- Los recursos de apoyo más adecuados para conseguir los objetivos fijados.

En esta fase, se determina el/la profesional de referencia para el/la paciente.

6.5 PLAN DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL

La intervención del TSS dependerá en gran medida, de la mayor o menor presencia de factores de riesgo social, de esta manera, a mayor presencia de factores de riesgo social, la intensidad e intervención del TSS será mayor. Sin embargo, aunque inicialmente no se hayan identificado factores de riesgo social y no se haya incluido un Plan de Tratamiento Social dentro del Plan Individualizado de Atención del/la paciente, puede que se identifiquen posteriormente a través de las reuniones de equipo y que la intervención social se intensifique en una fase posterior del proceso.

Con carácter general, en el Plan de Tratamiento Social se desarrollan diversas actuaciones dirigidas a la consecución de los objetivos fijados para el/la paciente, al igual que ocurre con el resto de profesionales del equipo terapéutico.

Tal y como se recoge en el *Protocolo de Intervención desde el Trabajo Social en los Centros de Atención a las Drogodependencias del Instituto de Adicciones de Madrid* (4), las actuaciones del TSS son las siguientes:

- *Motivación y apoyo para el mantenimiento o incorporación a actividades de carácter educativo, cultural, de capacitación laboral y/o de inserción laboral.*
- *Promoción de hábitos y estilo de vida saludables, organización del ocio y de las relaciones sociales.*
- *Apoyo en el restablecimiento, mantenimiento y/o mejora de los vínculos sociofamiliares.*
- *Acompañamiento social durante todo el proceso y trabajo en red con otros profesionales y dispositivos, teniendo siempre en cuenta la perspectiva de género y de multiculturalidad.*
- *Orientación para la adecuada utilización de los recursos que precise (sociales, judiciales, formativo-laborales, de ocio, etc.).*
- *Motivación y apoyo para la realización de gestiones como la obtención y/o recuperación de su documentación básica (DNI, Tarjeta sanitaria, etc.) y otras prestaciones o recursos.*
- *Motivación y apoyo, si procede, para acciones de atención básica de proximidad, educación de calle y acompañamientos por parte de entidades y voluntariado.*

Estas actuaciones guardan una estrecha relación con la clasificación de intervenciones sociales propuesta por De Robertis (17).

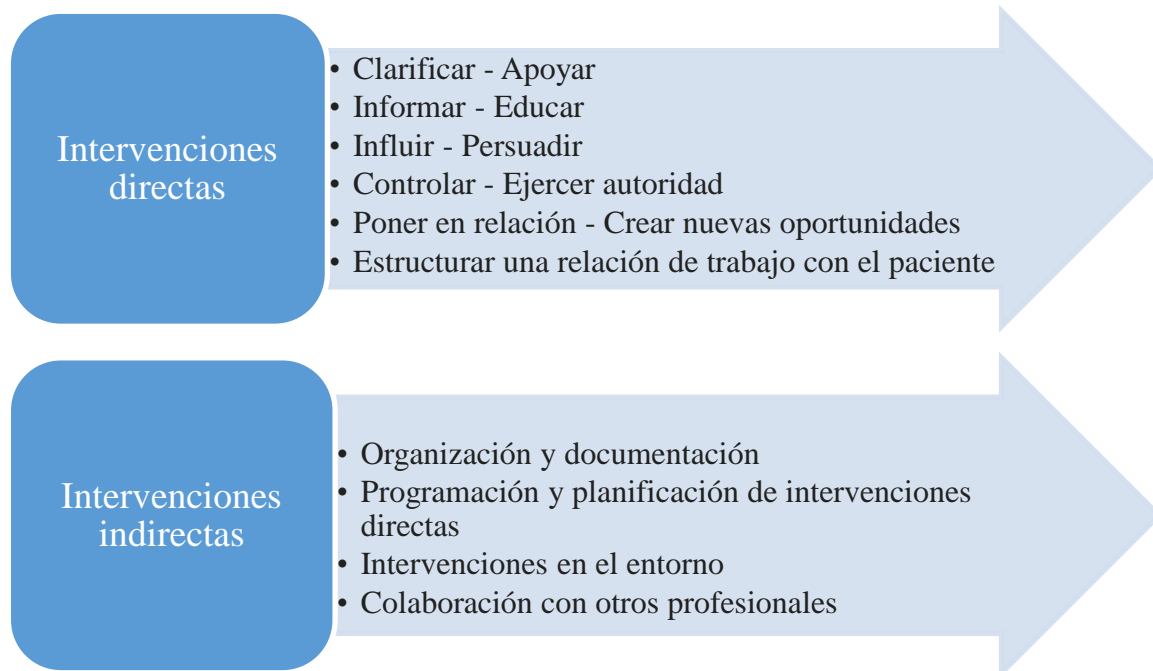


Ilustración 4. Clasificación de intervenciones sociales. Fuente: Elaboración propia basada en De Robertis, 2006

En la intervención con adicciones se pueden identificar **colectivos de especial vulnerabilidad** que requieren programas específicos, así como una flexibilidad organizativa y de adaptación que facilite el tratamiento más adecuado.

Algunos de estos colectivos son:

- Pacientes con patología dual.
- Drogodependientes sin hogar.
- Personas con necesidades especiales debido a diferencias de origen, cultura o idioma.
- Mujeres víctimas de violencia de género. El género es uno de los determinantes sociales de la salud que afecta en la presentación y la evolución de la adicción, considerándola como una respuesta a la opresión de la mujer por algunos autores (18). La violencia de género, en sus distintas manifestaciones (pareja y/o expareja, prostitución, explotación sexual...), es un factor de riesgo para el consumo, al mismo tiempo que, las mujeres que presentan toxicomanías y otros problemas de salud mental, presentan un mayor riesgo de violencia (19,20). Esta relación entre violencia de género y toxicomanías ha

determinado múltiples estudios sobre el impacto y la intervención específica con este colectivo tan vulnerable (21–23).

- Mujeres embarazadas. La intervención social con este colectivo presenta un doble foco, la protección del nacimiento, así como el acompañamiento y apoyo a la gestante, tanto durante el embarazo como en el postparto/lactancia, evitando derivaciones prematuras a los servicios de protección asociadas al estigma (24,25).
- Personas con problemas judiciales. Programa Jurídico Penal.
- Pacientes derivados del Servicio de Infancia, Adolescencia y Familia del Gobierno de Cantabria. Programa de verificación de abstinencia.

Debido a la alta incidencia de pacientes con problemática judicial atendidos es importante señalar que las actuaciones incluidas en el **Programa Jurídico Penal** son las siguientes (4):

- Indagación acerca de la situación judicial del paciente, orientación legal básica sobre aspectos relacionados con las drogodependencias y su tratamiento y apoyo al paciente para que se responsabilice del seguimiento de su situación judicial.
- Derivación a recursos de información, orientación y asesoramiento legales.
- Coordinación con diversos recursos penitenciarios y/o jurídicos, tales como: Servicio de Gestión de Penas y Medidas Alternativas, Centro de Inserción Social José Hierro, servicios sociales penitenciarios, juzgados, abogados y otros agentes judiciales.
- Elaboración de Informes de seguimiento de pacientes con medidas judiciales, que sean requeridos por los juzgados.
- Asesoramiento al equipo multidisciplinar de la UCA acerca de las cuestiones judiciales que puedan afectar a los pacientes.

Los instrumentos de documentación y registro son los ya referenciados anteriormente: historia social y evolutivos de Trabajo Social, así como la **Solicitud de derivación a otro/s servicios de atención a drogodependencias** (Anexo III).

6.6 FINALIZACIÓN

La finalización de la intervención se produce con el alta del/la paciente. Existen diversos tipos de alta:

Voluntaria: Solicitud expresa que realiza el paciente para abandonar el tratamiento.

Terapéutica: Se produce en el momento en que se han alcanzado los objetivos terapéuticos establecidos con el paciente. Supone el final del proceso e implica una adecuada evolución y seguimiento.

Derivación: Se produce cuando el paciente es derivado a otro dispositivo asistencial por causas sanitarias, sociales o judiciales. Se puede indicar a lo largo del proceso o en la valoración inicial

Suspensión: Cuando el paciente no cumple con el contrato terapéutico, el equipo valora interrumpir el tratamiento por un tiempo.

7. GUÍA DE RECURSOS

UNIDAD CONDUCTAS ADICTIVAS DE SANTANDER

C/ Antonio López, nº 48-50 – 1ª planta.

39009 Santander

Teléfono: 942 332544 – Email: drogodependencias.santander@scsalud.es

UNIDAD CONDUCTAS ADICTIVAS DE TORRELAVEGA

C/ Marqués de Santillana, nº 14 Bajo.

39300 Torrelavega

Teléfono: 942 800300 – Email: drogodependencias.torrelavega@scsalud.es

UNIDAD CONDUCTAS ADICTIVAS DE LAREDO

C/ Espiritu Santo, nº 16.

39700 Laredo

Teléfono: 942 315899 – Email: drogodependencias.laredo@scsalud.es

PLAN REGIONAL SOBRE DROGAS

C/ Federico Vial, nº 13.

39009 Santander

Teléfono: 942 208137 – Email: prd@cantabria.es

CENTRO DE REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN DE DROGODEPENDIENTES (CRRD)

Isla de Pedrosa s/n

39618 Pontejos

Teléfono: 942 100002 – Email: crrd@fundacionsbs.com

ASOCIACIÓN CANTABRA DE AYUDA AL TOXICOMANO (ACAT)

C/ Pintor Gutierrez Solana, nº 7-bajo.
39011 Santander
Teléfono: 942 330140 – Email: acat@cop.es

AFRONTANDO ADICCIONES (AMAT)

C/ General Castañeda, nº 6-bajo.
39300 Torrelavega
Teléfono: 942 891242 – Email: info@amattorrelavega.es

FUNDACIÓN CESCAN – PROYECTO HOMBRE

C/ Isabel la Católica, nº 8
39007 Santander
Teléfono: 942 236106 – Email: phcantabria@proyectohombrecantabria.org

CENTRO DE INSERCIÓN SOCIAL JOSÉ HIERRO

C/ Peña Sagra, nº 18
39011 Santander
Teléfono: 942 337629

SERVICIO DE GESTIÓN DE PENAS Y MEDIDAS ALTERNATIVAS

C/ Peña Sagra, nº 18
39011 Santander
Teléfono: 942 339251

UNIDAD DE DISPENSACIÓN DE METADONA CRUZ ROJA

C/ Los Acebos, nº 1
39011 Santander
Teléfono: 942 360836

8. ANEXO I. Ficha de Información



FICHA DE INFORMACIÓN

CENTRO ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS DE _____
FECHA _____ HORA _____

PROFESIONAL QUE ATIENDE LA DEMANDA _____
PERSONA QUE SOLICITA LA INFORMACIÓN _____

TIPO DEMANDA DE INFORMACIÓN:	PROCEDENCIA:
Sobre tratamientos en general _____	Iniciativa propia: _____
Sobre tratamiento en el CAD _____	Remitido por: _____
Sobre subvenciones _____	Derivado por: _____
Otro tipo de información: _____	

DATOS DEL USUARIO

Apellidos y nombre _____
Fecha de nacimiento _____ Edad _____ DNI: _____
Sexo _____ Estado Civil _____ Nº de hijos _____
Convivencia de los hijos _____
Nivel de estudios _____ Profesión _____ Actividad _____
Situación legal _____
Tratamientos previos _____
Droga por la que demanda tratamiento _____ tiempo de consumo _____
Otras drogas que consume _____

Domicilio actual: _____
Teléfono: _____

INFORMACIÓN FACILITADA

OBSERVACIONES

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL USUARIO

9. ANEXO II. Hoja de notificación individual de admisión a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas SEIT)



**HOJA DE NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL DE ADMISIÓN
A TRATAMIENTO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS
PSICOACTIVAS**

I. DATOS BÁSICOS

1. Código de caso nacional

2. N° de historia clínica o SIP

3. Dos primeras letras de los apellidos 1º 2º

4. Número de centro

5. Tipo de centro de tratamiento

01. Centro ambulatorio. 02. Centro penitenciario. 99. Desconocido

6. Fecha de admisión a trata. (dd-mm-aa) - -

II. SOCIODEMOGRÁFICOS

7. Fecha de nacimiento (dd-mm-aa) - -

8. Sexo

01. Hombre. 02. Mujer. 99. Desconocido

9. País de nacimiento:

10. Provincia de residencia (ver códigos al dorso)

11. Lugar donde ha vivido (30 días previos a admisión)

01. Casa, piso, apartamento. 02. Centro penitenciario (o similar).
03. Otra institución. 04. Pensión, hostel, hotel.
05. Alojamiento inestable/precario. 99. Desconocido.
06. Otro lugar. Especificar:

12. Número de hijos

13. Convivencia (30 días previos a admisión)

01. Solista. 02. Únicamente con pareja
03. Únicamente con hijos. 04. Con pareja e hijos
05. Con padres o familia de origen. 06. Con amigos/as
07. Detenido (E); centro penitenciario, centro de inserción social
08. En instituciones no detenidas (ej. albergue)
99. Desconocido
09. Otros. Especificar:

14. Máximo nivel de estudios completado

01. No sabe leer ni escribir (ISCED 0) 99. Desconocido
02. No ha finalizado la Educación Primaria Obligatoria (ISCED 0)
03. Ha finalizado la Educación Primaria Obligatoria (ISCED 1)
04. Ha finalizado la Educación Secundaria Obligatoria (ISCED 2)
05. Ha finalizado bachillerato o ciclo formativo de grado medio (ISCED 3)
06. Ha finalizado estudios superiores (ISCED 5 a 8)

15. Situación laboral en el momento de la admisión

01. Con contrato o relación laboral indefinida o autónomo (aunque esté de baja)
02. Con contrato o relación laboral temporal (aunque esté de baja)
03. Trabajando sin sueldo para la familia. 04. Parado, NO habiendo trabajado antes
05. Parado, habiendo trabajado antes. 06. Incapacitado perm., pensionista
07. Estudiante u. opositando. 08. Realizando exclus. labores del hogar.
99. Desconocido
09. Otros. Especificar:

III. DROGA PRINCIPAL

16. Droga principal por la que es admitido a tratamiento

17. Edad de inicio de consumo de la droga principal (99 Desc.)

18. Vía más frecuente de administración de la droga principal (últimos 30 días de consumo)

01. Oral. 02. Pulmonar o fumada
03. Intranasal o esnifada. 04. Parenteral o inyectada
99. Desconocida
05. Otra. Especificar:

19. Frecuencia de consumo de la droga principal (30 días previos a admisión)

01. Todos los días. 02. 4-6 días/semana
03. 2-3 días/semana. 04. 1 día/semana
05. Menos de 1 día/semana. 06. No consumo
99. Desconocida

IV. OTRAS DROGAS CONSUMIDAS 30 DÍAS PREVIOS A LA ADMISIÓN

20. Otras drogas consumidas (30 días previos a admisión)

a)

b)

c)

d)

9988. No más drogas. 9999. Desconocida/s

21. Vía más frecuente de administración de otras drogas (últimos 30 días de consumo) ver codificación pregunta 18 (88. No procede)

a) b) c) d)

22. Frecuencia de consumo de otras drogas (30 días previos a admisión) ver codificación pregunta 19 (88. No procede)

a) b) c) d)

23. Policonsumo (01. Policonsumo. 02. Poli uso. 88. No procede.)

a) b) c) d)

V. TRATAMIENTOS

24. Fuente de referencia principal

01. Otro servicio de tratamiento de drogodependencias
02. Médico general, atención primaria de salud
03. Hospital, otros servicios de salud. 04. Servicios sociales
05. Prisión, centro reforma o internamiento cerrado para menores
06. Servicios legales o policiales. 07. Empresa o empleador
08. Familiares o amigos/as. 09. Iniciativa propia
10. Servicios de educación. 99. Desconocida
11. Otra. Especificar:

25. Ha recibido tratamiento previo por drogas

01. Sí, por la MISMA DROGA por la que viene a tratarse actualmente
02. Sí, por una DROGA DIFERENTE a la que viene a tratarse actualmente
03. Sí, por la misma droga y por una droga diferente. 99. Desconocido.
04. NO, nunca.

26. Ha realizado tratamiento sustitutivo con opiáceos

01. Nunca ha recibido tratamiento sustitutivo con opiáceos.
02. Alguna vez en la vida (pero no en el último año).
03. En el último año (pero no en el último mes).
04. En el último mes. 99. Desconocido.

27. Edad de primer tratamiento sustitutivo con opiáceos

88. No procede. 99. Desconocida.

28. Sustancia con la que ha realizado tratamiento sustitutivo con opiáceos la última vez

01. Metadona. 02. Buprenorfina
88. No procede. 99. Desconocido
03. Otros. Especificar:

VI. INYECCIÓN

29. Uso vía inyectada

01. Nunca se ha inyectado
02. Se ha inyectado alguna vez en la vida (pero no en el último año)
03. Se ha inyectado en el último año (pero no en el último mes)
04. Se ha inyectado en el último mes. 99. Desconocida

30. Edad primera inyección (88. No procede. 99. Desconocida)

31. Compartir jeringuillas/aguas

01. Nunca ha compartido
02. Ha compartido alguna vez en la vida (pero no en el último año)
03. Ha compartido en el último año (pero no en el último mes)
04. Ha compartido en el último mes. 88. No procede
99. Desconocido

32. Compartir material de inyección (ver codificación pregunta 31)

VII. ENFERMEDADES INFECCIOSAS

33. Situación test VIH

01. Nunca se ha realizado el test
02. Test realizado hace menos de 12 m.
03. Test realizado hace más de 12 meses
99. Desconocido

34. Estado serológico frente VIH

01. Positivo
02. Negativo
03. Pendiente de resultado.
99. Desconocido

35. Situación test Hepatitis C (ver codificación pregunta 33)

36. Estado serológico frente Hepatitis C (ver cod. pregunta 34)

37. Situación Hepatitis B

01. Nunca se ha realizado el test
02. Inmune: vacunado (AC Anti HbS) o Hepatitis B pasada (AC Anti HbC)
03. No inmune. 04. Portador crónico (HBs Ag positivo)
99. Desconocido

10. ANEXO III. Solicitud de derivación a otro/s servicios de atención a drogodependencias



SOLICITUD DE DERIVACION A:

U.A.D. SANTANDER		U.A.D. LAREDO		PEDROSA	
U.A.D. TORRELAVEGA		U. REDUCCION DAÑOS		OTROS	

DATOS DEL SOLICITANTE:

Nombre y apellidos:
 D.N.I.:
 Domicilio:
 Teléfono:
 Persona responsable :

MOTIVO DE LA SOLICITUD:

CENTRO QUE DERIVA:

Centro: Unidad de Atención Ambulatoria de Drogodependencias de Santander
 Persona que deriva: Médico y T. Social
 Fecha:
 Sello y firma:

C/ Antonio López 48 - 50
 39009 Santander
 Teléfono : 942-32-25-44
 FAX: 942-32-35-34

11. TABLA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Prevalencia del consumo de drogas alguna vez en la vida en la población cántabra de 15-64 años (porcentajes), 2013-2022. Fuente: Edades 2022. Encuesta sobre alcohol y drogas. Cantabria (1).....	3
Ilustración 2. Proceso de atención integral en Unidades de Conductas Adictivas. Fuente: Elaboración propia.....	11
Ilustración 3. Algoritmo de actuación del/la profesional de TSS en el proceso de atención integral en UCAs. Fuente: Elaboración propia.....	12
Ilustración 4. Clasificación de intervenciones sociales. Fuente: Elaboración propia basada en De Robertis, 2006	20

12. BIBLIOGRAFÍA

1. Consejería de Sanidad G de C. EDADES 2022. Encuesta sobre alcohol y drogas. 2023.
2. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Action framework for developing and implementing health and social responses to drug problems [Internet]. 2021. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/action-framework-for-developing-and-implementing-health-and-social-responses-to-drug-problems_en
3. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Estrategia Nacional Sobre Adicciones 2017-2024 [Internet]. 2017. Available from: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209_ESTRATEGIA_N.ADICCIONES_2017-2024__aprobada_CM.pdf%0Ahttp://www.pnsd.mssi.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209_ESTRATEGIA_N.ADICCIONES_2017-2024__aprobada_CM.pdf
4. Bermejo Gutiérrez MV (coordinadora). Protocolo de Intervención desde el trabajo social en los centros de atención a las drogodependencias del Instituto de Adicciones. 2012;153. Available from: <http://www.pnsd.mssi.gob.es/pnsd/buenasPracticas/protocolos/pdf/ProtocoloIntervSocial.pdf>
5. Organización Mundial de la Salud. Glosario de términos de alcohol y drogas [Internet]. 1994. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44000>
6. Fernández T, de Lorenzo R, Vázquez O. Diccionario de Trabajo Social. Madrid: Alianza Editorial; 2012.
7. FEANTSA (European Federation of National Organisations Working with the Homeless). European Typology on Homelessness and Housing Exclusion [Internet]. 2005. Available from: <https://www.feantsa.org/en/toolkit/2005/04/01/ethos-typology-on-homelessness-and-housing-exclusion>
8. Richmond ME. Diagnóstico social. Madrid: Siglo XXI; 2005.
9. Colom D. Diagnóstico social sanitario. In: Calvo V, Colom D, Giralt E, editors. Herramientas para la intervención. Barcelona: FUOC; 2020.
10. Ochando Ramírez MV. Sistematización del proceso de acogida en adicciones desde el Trabajo Social. Rev Treb Soc [Internet]. 2021;221:91–108. Available from: <https://www.revistarts.com/es/node/1071>

11. Prochaska JO, Di Clemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy*. 1982;19(3):276–88.
12. Bóveda Fontán J, Pérula De Torres LÁ, Campiñez Navarro M, Bosch Fontcuberta JM, Barragán Brun N, Prados Castillejo JA. Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria. *Aten Primaria*. 2013;45(9):486–95.
13. DiClemente CC, Corno CM, Graydon MM, Wiprovnick AE, Knoblach DJ. Motivational interviewing, enhancement, and brief interventions over the last decade: A review of reviews of efficacy and effectiveness. *Psychol Addict Behav* [Internet]. 2017 Dec;31(8):862–87. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/adb0000318>
14. Calomarde-Gómez C, Jiménez-Fernández B, Balcells-Oliveró M, Gual A, López-Pelayo H. Motivational Interviewing for Cannabis Use Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Eur Addict Res* [Internet]. 2021;27(6):413–27. Available from: <https://www.karger.com/Article/FullText/515667>
15. Newton AS, Dong K, Mabood N, Ata N, Ali S, Gokiart R, et al. Brief Emergency Department Interventions for Youth Who Use Alcohol and Other Drugs. *Pediatr Emerg Care* [Internet]. 2013 May;29(5):673–84. Available from: <http://journals.lww.com/00006565-201305000-00027>
16. Orciari EA, Perman-Howe PR, Foxcroft DR. Motivational Interviewing-based interventions for reducing substance misuse and increasing treatment engagement, retention, and completion in the homeless populations of high-income countries: An equity-focused systematic review and narrative synthesis. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2022 Feb;100:103524. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0955395921004424>
17. De Robertis C. Metodología de la intervención en trabajo social. 1st ed. Buenos Aires: Lumen; 2006. 336 p.
18. Nelson-Zlupko L, Kauffman E, Dore MM. Gender differences in drug addiction and treatment: implications for social work intervention with substance-abusing women. *Soc Work* [Internet]. 1995 Jan;40(1):45–54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7863372>
19. Escuela Andaluza de Salud Pública. Perspectiva de género en el tratamiento de las drogodependencias en Andalucía: conocimientos, expectativas y propuestas de intervención [Internet]. 2015. Available from: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/informe_genero_drogas_4_dic_2015.pdf

20. Fernández Carné MÁ. Análisis de la problemática social en personas drogodependientes con perspectiva de género y propuestas de mejora. Rev Treb Soc [Internet]. 2015;204:141–58. Available from: <https://www.revistarts.com/es/article/analisis-de-la-problematica-social-en-personas-drogodependientes-con-perspectiva-de-genero-y>
21. Chait L, Zulaica Calvo B. Mujeres drogodependientes maltratadas: análisis para la intervención. Trastor Adict. 2005 Jun;7(2):104–13.
22. Farapi Antropologia Aplikatua. Estudio documental sobre drogas y violencia de género. Eusko Jaur. 2007.
23. Martínez Redondo P, Arostegui Santamaría E. Situación en España de la violencia de género y el abuso de sustancias. Revisión de la evidencia y propuestas para el abordaje conjunto de la violencia de género y el abuso de sustancias en los servicios de atención [Internet]. Madrid; 2021. Available from: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2021_DGPNSD_Violencia_genero_abuso_susustancias.pdf
24. Boyd S. Gendered drug policy: Motherisk and the regulation of mothering in Canada. Int J Drug Policy [Internet]. 2019 Jun;68:109–16. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S095539591830269X>
25. Weber A, Miskle B, Lynch A, Arndt S, Acion L. Substance Use in Pregnancy: Identifying Stigma and Improving Care. Subst Abuse Rehabil. 2021;Volume 12:105–21.