

EDUCACIÓN SOCIAL Y TRABAJO SOCIAL EN ADICCIONES: RECUPERAR EL TERRITORIO COLABORANDO

Andrea Sixto-Costoya, *Unidad de Investigación Social y Sanitaria (UISYS).
Universitat de València.*

Álvaro Olivar Arroyo, *PTSC en Consejería de Educación. Comunidad de Madrid.*

141

RESUMEN

En este artículo se analiza la situación actual de la atención a las adicciones y las dificultades que las profesiones de Educación Social y Trabajo Social se están encontrando dentro del modelo biomédico predominante. Se revisa la adecuación del modelo biopsicosocial para una mejor respuesta a las necesidades de las personas con problemas de adicción y cómo sus características dan cabida a las profesiones antes citadas. A continuación, se lleva a cabo una breve revisión histórica del papel del Trabajo Social y la Educación Social en el campo de las adicciones. Se plantean posteriormente una serie de propuestas que están orientadas a mejorar la colaboración y el trabajo conjunto entre ambas disciplinas, concluyendo con la idea de que la coordinación es enriquecedora tanto a nivel de investigación como de la práctica diaria.

PALABRAS CLAVE: Colaboración, Adicciones, Modelo Biopsicosocial, Educación Social, Trabajo Social.

Fecha de recepción: 14/11/2017

Fecha de aceptación: 03/02/2018



1. INTRODUCCIÓN. ADICCIONES EN LA ACTUALIDAD. EL MODELO BIOMÉDICO-PSIQUIÁTRICO.

El concepto de “adicción” como problemática derivada del consumo de sustancias tiene aproximadamente 200 años (Levine, 1978). Según evoluciona el fenómeno, varios paradigmas y teorías se postulan intentando ofrecer explicaciones. Básicamente, se generan tres perspectivas distintas que explican en concepto de adicción y los fenómenos asociados al mismo: el modelo biomédico, el modelo biopsicosocial y el modelo sociocultural.

Actualmente, la explicación predominante dentro de la comunidad científica sobre el concepto de “adicción” es el ofrecido y divulgado por el National Institute of Drug Abuse (NIDA), que la define como:

“Una enfermedad crónica y recurrente del cerebro que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas, a pesar de sus consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas modifican este órgano: su estructura y funcionamiento se ven afectados. Estos cambios en el cerebro pueden ser de larga duración, y pueden conducir a comportamientos peligrosos que se observan en las personas que abusan del consumo de drogas” (NIDA, 2014:5).

Esta definición del NIDA, en la que no se incluyen los factores sociales, pone en evidencia la tendencia reduccionista actual en el ámbito de las adicciones (Apud y Romaní, 2016; Becoña, 2016).

Para entender cómo se llega hasta este punto, hay que focalizarlo desde un espectro más amplio, ya que, además de las adicciones, afecta a más ámbitos del sector sociosanitario. De hecho, según Tizón (2006), este reduccionismo biologicista presente desde hace más de una década se puede explicar por una menor capacidad crítica y autonomía de profesiones que se relacionan con la sanidad. Según señalan varios autores, estas circunstancias actuales pueden ser debidas a una imposición cultural e ideológica, relacionadas también con el poder que poseen las grandes corporaciones relacionadas con el sector sanitario, como son las farmacéuticas (Davenport-Hines, 2003; Tizón 2006; Levin, 2011). De esta reducción al modelo biomédico que predomina en la actualidad, surge un proceso de medicalización que ha sido definido y criticado por numerosos autores a lo largo de las últimas décadas (Conrad, 1992; Foucault, 1974; Lakoff, 2006). En la temática de adicciones en particular, la búsqueda de tratamientos farmacológicos puede conllevar el peligro de ocultar o menospreciar determinantes psicosociales que influyen en la problemática puede impedir o dificultar actuación globales y comprensivas (Epele, 2008).



Concretamente, en el tema de las adicciones, un factor determinante para que se desestabilizase la balanza hacia el modelo biomédico fue la consolidación de la explicación neurobiológica del fenómeno adictivo. Estas explicaciones comienzan a tomar fuerza a partir de los años 70, ya que antes los estudios neurobiológicos no estaban relacionados aún con el fenómeno adictivo y el uso y abuso de sustancias era percibido como un área secundaria que no interesaba a muchos especialistas del campo biomédico (Vrecko, 2010). El inicio del interés lo marcó la primera identificación del neuroreceptor opioide, descubierto por Salomón Snyder y Candance Pert (Pert y Snyder, 1973). A partir de ahí, se inicia una afluencia de recursos humanos y materiales que posibilitan investigaciones en el área de adicciones dentro del campo de las neurociencias, promoviendo una nueva manera de entender la problemática (Becoña, 2016; Tizón 2006).

Como ya se ha mencionado, NIDA fue y es una de las instituciones que, desde su fundación en el año 1974, más ha promocionado el auge de este nuevo modelo centrado en el campo de las neurociencias. A través de la financiación de estudios enfocados en esta línea, varios de sus directores y científicos fueron perfilando la concepción de adicción como enfermedad del cerebro, culminando con la influencia de la Dra. Nora Volkow, actual directora del NIDA, que favorece y estimula la consolidación esta concepción (Becoña, 2016), llegando así a la definición de adicción citada al principio de este apartado, imperante en la actualidad (NIDA, 2014). Aunque es cierto que se mencionan las variables psicosociales y que se reconocen como importantes, paulatinamente han sido relegadas a un segundo plano, girando siempre en torno a la idea central de que la adicción está ligada a los cambios que se producen en la estructura y funcionamiento del cerebro (Volkow y Morales, 2015).

Según Becoña (2016) hay varias explicaciones de por qué ha avanzado tanto este modelo en los últimos años, comenzando en EEUU y expandiéndose a países como España:

1. La financiación. El NIDA es la institución que financia el 85% de los estudios a nivel mundial sobre adicciones, priorizando el modelo médico de la adicción (Hall, Carter y Forlini, 2015). En España se sigue la misma línea, la financiación se dirige sobre todo a investigación biomédica.
2. Intereses de la industria farmacéutica. Los laboratorios han encontrado un ámbito en el que vale la pena invertir esfuerzo, ya que son muchas las personas que padecen trastornos adictivos alrededor del mundo y que pueden ser potenciales consumidoras de nuevos



fármacos, a pesar de que los resultados en la búsqueda de tratamiento farmacológico de las adicciones no hayan sido muy exitosos.

3. Intereses personales de los/as profesionales de la medicina en este modelo. Este hecho se propicia porque, tanto desde la psiquiatría estadounidense como la española, se apuesta claramente por la adicción como enfermedad del cerebro. En España concretamente, el ejemplo más palpable en los últimos años es el auge de la visión de la patología dual, que suele implicar que, si una persona tiene una enfermedad psiquiátrica asociada, el tratamiento farmacológico está doblemente justificado.

Internacionalmente, también surgen voces críticas con este modelo. Una de las más contundentes es la planteada por Hall, Carter y Forlini (2015), que señalan una serie de factores que cuestionan la supremacía del modelo biomédico, reivindicando la importancia de los aspectos psicosociales, y la necesidad de situarlos en, al menos, el mismo nivel de consideración que las explicaciones biológicas. La crítica número uno se centra en el situar la adicción como enfermedad crónica, haciendo hincapié en el hecho de que hay personas que, debido a cambios en sus circunstancias vitales (caso de los soldados de Vietnam¹ o de personas con consumo problemático de alcohol que se recuperan sin tratamiento²), dejan el consumo sin tratamiento, haciendo patente que la adicción crónica podría ocurrir en una minoría de la población adicta y no de forma general. A continuación, también critican las limitaciones que tienen los modelos animales para explicar ciertos hechos, como por ejemplo el efecto de las recompensas, como comida o el contacto con parejas de distinto sexo, hacen que ratones entrenados para la auto-administración de sustancias, se abstengan de consumirlas al preferir refuerzos naturales. En cuanto a la genética de la adicción, argumentan que realmente la adicción no es una problemática reservada solo a personas que tienen los llamados “genes de la adicción” y que, generalmente, la supuesta predicción genética de ciertas personas a tener adicción no ofrece más información que el estudio de la historia familiar de consumo. Sobre los estudios de neuroimagen, destacan que las diferencias que se dan entre los cerebros adictos y los no adictos pueden ser debidas los sesgos por el tamaño de

1.- Soldados americanos que consumían heroína durante la guerra del Vietnam y que luego, al regresar a su país, un alto porcentaje de los que habían sido ‘adictos’ mientras estaban en Vietnam supuestamente la dejarían sin tratamiento, sobreentendiéndose con ello que el ambiente y la situación de estrés eran más determinantes que la propia capacidad adictiva de la heroína (Calafat y Becoña, 2005).

2.- Personas que tenían problemas de consumo de alcohol en distintos niveles y que, debido a cambios en sus circunstancias vitales, así como debido a características sociales de tipo socioeconómico o geográfico, consiguieron dejar el consumo o reducirlo hasta un nivel no problemático, sin necesidad de tratamiento (Sobell et al., 1996).



la muestra y al tamaño de las diferencias, además de no especificar si la adicción es la causa o la consecuencia de las diferencias en las estructuras cerebrales. Finalmente, señalan que la complejidad de la neurobiología de la adicción está en constante aumento, ya que cada vez hay más estructuras cerebrales implicadas, un ejemplo de ello es el prometedor estudio de la Epigenética, según la cual el consumo de sustancias puede modificar la expresión de los genes en función de las variables ambientales, como los problemas laborales, familiares, económicos...

Todo lo comentado en este apartado introductorio, persigue la intención de perfilar brevemente cuál es la concepción actual de la problemática de las adicciones y qué es lo que conduce a la misma. El hecho de que se ponga de relieve la excesiva influencia del modelo biomédico no pretende desestimar la importancia que algunos de sus preceptos posee. Pero interesa destacar que el fenómeno de las adicciones no es exclusivamente biológico, sino un compendio de factores biológicos, sociales y psicológicos, y que, sin esta perspectiva holística, el problema no será comprendido en su totalidad, en detrimento directo para las personas que sufren esta problemática (Hall, Carter y Forlini, 2015; Kalant, 2010; Carter y Hall, 2011; Becoña, 2016).

Por ello, es necesario insistir en que hay otras formas de entender el problema, que ya tuvieron importancia en el pasado, pero que poco a poco fueron situándose en segundo puesto. Una de esas formas es el modelo biopsicosocial, del que se habla a continuación.

2. EL MODELO BIOPSIOSOCIAL: AUGE Y CAÍDA.

En 1946, la Organización Mundial de la Salud definió el concepto de salud como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia.*” (OMS, 1998:10). Este concepto de salud se mantuvo durante el desarrollo de la segunda parte del Siglo XX a través de actos y declaraciones como la de Alma-Ata en 1977 (World Health Organization y Unicef, 1978), la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud de 1986 (Restrepo y Málaga, 2001) o el Programa “Salud para todos en el año 2000” (Mahler, 2009).

Desde que Engel (1977) lo plantea, de manera coherente con el concepto de salud adoptado por la OMS tres décadas antes, el modelo biopsicosocial es una referencia habitual en las investigaciones y propuestas sobre adicciones; muchos de los programas que se desarrollan,



así como gran parte de los trabajos de investigación y revisión que se publican, siguen remitiendo a este modelo como un marco de referencia desde el que se parte. La transformación del obsoleto concepto de salud como “ausencia de enfermedad” en otro más integral, como era el de “estado de bienestar físico, psíquico y social”, obligó a revisar los parámetros desde los que se estaban tratando los problemas de salud, y a establecer un modelo de análisis, actuación e investigación acorde con esa definición, más ajustada a la realidad y que contemplaba la interacción de diversos aspectos del individuo como configuradoras de un estado de salud, desde una perspectiva sistémica.

Llegados a este punto, es importante señalar los avances teóricos que se produjeron, relacionados con una conceptualización tan amplia de la salud. El propio concepto de “salud social” fue desarrollado en diversos trabajos, y se veía relacionado con el concepto de “estilo de vida”, que era definido por la OMS (1998:27) como *“una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales-individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales”*. Este concepto abre enormemente las puertas a la labor de la Educación Social y el Trabajo Social en el ámbito de la salud y, concretamente, de las adicciones.

En un trabajo posterior, se establecían los principios generales del enfoque biopsicosocial aplicado a las adicciones (Kumpfer, Trunell y Whiteside, 1990), entre los cuales destacaban:

- La causación es multidireccional, multicausal, probabilística y sensible a las dependencias iniciales.
- Los cambios en un aspecto del sistema pueden repercutir a través del sistema en su totalidad, y se dan transacciones recíprocas entre la persona y el entorno.
- La persona está influenciada por eventos futuros y está orientada a metas; no siempre se mueve hacia un estado ideal, también puede ser autodestructiva.
- Para poder entenderse, la persona debe ser estudiada pragmáticamente en la relación con su entorno, que es único, incluyendo factores históricos, actuales y futuros.
- Se deberían entender los significados de los eventos para la persona.
- Los intentos de estudiar y medir el sistema persona/entorno cambian el propio sistema, por ello no existe como tal la observación independiente.



- Los métodos de investigación longitudinales, vinculados al desarrollo, etnometodológicos y antropológicos se necesitan para estudiar sistemas tan organicísticos y transaccionales.
- Aun cuando pueda darse una gran síntesis de teorías generales, es muy probable que se den muchas excepciones, basadas en la complejidad del sistema.

En la década de los 80, especialmente en su segunda mitad, España puso en marcha una estructura de respuesta a los problemas asociados al consumo de droga basada en este modelo, pero con una cierta tendencia a lo psicológico, especialmente de orientación conductista. Aun así, se crearon toda una serie de instituciones estatales (PNsD), autonómicas y locales, que contaban con planteamientos de partida y dotación de recursos humanos de carácter multidisciplinar, partiendo de la premisa de que la adicción era un problema multicausal y, por ello, requería de una visión desde diferentes disciplinas vinculadas a este ámbito. En este modelo implantado, el papel tanto del Trabajo Social como de la Educación Social resultaba relevante, dado que ambas disciplinas estaban presentes en muchos equipos de trabajo, y aportaban desde su campo de conocimiento una visión socializadora de la problemática, imprescindible para la rehabilitación e incorporación social de los sujetos afectados.

Un análisis de la literatura científica más reciente sobre adicciones en nuestro país evidenciaría que la mayoría de la producción que se está dando en este ámbito no responde a estos principios en absoluto. Se están ignorando tanto la redefinición del concepto de salud anteriormente reflejado como el propio modelo biopsicosocial, y se sigue centrando la atención en el concepto de “enfermedad”, manteniendo una visión reduccionista (Fernández Hermida et al, 2007). Esto supone con una clara tendencia a la investigación parcelada y conceptualizando de manera mecanicista al sujeto como un mero organismo, sin tener en cuenta las relaciones que establece con su entorno afectivo, lúdico, laboral y social (Bernard y Krupat, 1994).

En el caso de las adicciones, la crisis económica de la etapa 2008-2014 ha supuesto una reducción significativa en el personal de atención directa a las adicciones, siendo las más perjudicadas de este proceso las profesiones más centradas en los aspectos psicosociales del problema. Tanto la crítica al modelo biomédico dominante, como la tendencia que se está dando en estos últimos años a recuperar el modelo biopsicosocial como marco de referencia,



implica que profesiones como el Trabajo Social y la Educación Social se posicionen de una manera abierta y que no deje lugar a la confusión. Este posicionamiento supone la redefinición de las parcelas de trabajo que les son más propias, transmitiendo sus objetivos y estrategias de trabajo y generando modelos colaborativos que permitan que el ámbito social de los sujetos con consumos problemáticos de drogas y con otras adicciones pueda ser atendido de la manera más adecuada posible, con garantías de calidad profesional.

3. EL TRABAJO SOCIAL EN ADICCIONES: BREVE RECORRIDO HISTÓRICO.

148

El Trabajo Social es una disciplina cuya intervención en el ámbito de las adicciones tiene una trayectoria de más de medio siglo. Prueba de ello son textos como el de Tobin (1952) de la University of British Columbia, que en aquel momento ya publicaba sobre el rol del Trabajo Social en el tratamiento de las adicciones, haciendo referencia a las variables contextuales relacionadas con los factores sociales, como la familia, el trabajo y el grupo de iguales.

A nivel español, el Trabajo Social en adicciones está presente desde los inicios de la profesión y evoluciona con ella hasta que alcanza el rango universitario en el año 1983 (Gutiérrez, 2007). Siguiendo a Gutiérrez (2007:184), se puede definir el Trabajo Social en el ámbito de las adicciones como:

“Forma especializada de Trabajo Social que, mediante un proceso de acompañamiento social, tiene por objetivo el estudio y abordaje de los factores sociales que pueden propiciar la aparición de conductas adictivas, contribuir a su mantenimiento y/o favorecer su abandono; reduciendo los factores de riesgo del contexto social e incrementando los recursos del sujeto de naturaleza interactiva y psicosocial”.

El “contexto” mencionado en la anterior cita, también llamado “entorno” o “ambiente”, es uno de los principales factores que influyen en las adicciones, junto con la “sustancia” y el “individuo” (Kramer y Cameron, 1975; Romani, 2011) (ver figura 1). Por las características de su profesión, el Trabajo Social pone el entorno en el punto de mira de su actuación, dividiéndolo en tres conceptos (Mayor, 1995; Gutiérrez, 2007): el *microsistema* (familia, escuela y grupo de iguales), *macrosistema* (valores, sistema social, políticas educativas, legislación, dimensión transcultural, medios de comunicación y publicidad) y *mesosistema* (roles, estatus, trabajo, ocio y hábitat).





Figura 1. Tríada de elementos que intervienen en la adicción. Fuente: Elaboración propia a partir de Zinberg (1984).

Principalmente, el Trabajo Social en adicciones se lleva a cabo desde los Servicios Sociales especializados, que pueden ser públicos o privados. Básicamente, los Servicios Sociales especializados son: centros ambulatorios, comunidades terapéuticas, centros de día, pisos tutelados, talleres ocupacionales, unidades de desintoxicación hospitalaria, unidades de mantenimiento con antagonistas, centros de dispensación de agonistas y unidades móviles. Pero, además, también es importante destacar la actuación más directa que tiene lugar en los Servicios Sociales Comunitarios/Básicos, ya que suelen ser la puerta de entrada a los servicios especializados, y un sitio estratégico para hacer una primera detección de una problemática de adicciones.

Tanto en el plano internacional como nacional, el Trabajo Social en adicciones se relaciona con los ámbitos de prevención, tratamiento y reinserción social, trabajando con poblaciones diana como los/as jóvenes, las familias, las personas privadas de libertad, las mujeres o las personas con patología dual, que se encuentran englobados dentro del espectro más amplio que supone la concepción de individuo, grupo y comunidad (Castilla, 2016; Cree et al., 2016; Forrester y Harwin, 2011; Gómez- Moya, 2000; Karoll, 2010; Proctor, 2002; Sánchez, 1998; Tyuse y Linhorst, 2005; Vakharia y Little, 2017). Sin embargo, aunque los tres pilares son importantes (prevención, tratamiento y reinserción), es interesante hacer hincapié especial en

la reinserción social como uno de los objetivos más importantes del Trabajo Social en el ámbito de las adicciones, ya que se trata de una intervención esencialmente social cuyo objetivo es integrar en la comunidad a las personas con problemas de adicciones. La inserción social o reinserción social engloba una serie de estrategias psicoterapéuticas, educativas, sanitarias y sociales que apuntan a los individuos, familias y comunidad como sujeto de intervención. La inserción social es, pues, cualquier intervención social cuyo objetivo sea integrar en la comunidad a las personas con problemas de adicciones, basándose en tres abordajes: el alojamiento, la educación y el empleo (Gutiérrez, 2007).

4. LA EDUCACIÓN SOCIAL EN ADICCIONES: BREVE RECORRIDO HISTÓRICO.

Al igual que el Trabajo Social, la Educación Social acumula una historia dentro de la atención a las adicciones en España, existiendo referencias que ubican a Educadores y Educadoras Sociales en los primeros centros de tratamiento en España, a principios de los años 70. En la Educación Social, se fusionan tres profesiones existentes previamente, diferentes pero estrechamente relacionadas entre ellas: la animación sociocultural, la educación para adultos y la educación especializada, y, especialmente la última, engloba el trabajo con adicciones, que sigue siendo un ámbito clave de actuación de la Educación Social una vez consolidada como titulación universitaria (Bas-Peña, 2014).

Resulta poco discutible lo apropiado de que la Educación Social sea una de las disciplinas con más presencia en el abordaje de las adicciones; en la mayoría de los casos, el proceso de socialización se ha visto alterado por comportamientos que promueven la asociación diferencial (Sutherland, 1993) o por el aislamiento social, suponiendo déficits en el desempeño social de los individuos. El proceso de socialización hace referencia a la relación establecida por el sujeto con los diversos aspectos del entorno social. Romaní (1993) propuso un planteamiento que denominó “Reconstrucción del modus vivendi” referido a consumidores de drogas en situación de abandonar el consumo, en el que reflejaba aspectos del entorno importantes para ese proceso como la familia, los amigos, el barrio, la vivienda, el ocio, y el trabajo y la economía. Este planteamiento de re-construcción ha de producirse necesariamente después o al mismo tiempo que un proceso de de-construcción. Y para el acompañamiento en un proceso de estas características, la tarea socioeducativa es básica, partiendo de los objetivos que aparecen en la definición de Educación Social de ASEDES (2007): en primer lugar, la incorporación del sujeto de la educación a la diversidad de las redes sociales,



entendida como el desarrollo de la sociabilidad y la circulación social; y, en segundo lugar, la promoción cultural y social, entendida como apertura a nuevas posibilidades de la adquisición de bienes culturales, que amplíen las perspectivas educativas, laborales, de ocio y participación social. Este modelo de trabajo, heredero del Modelo de Potenciación (Costa y López, 1992), aparece ampliamente explicado en trabajos anteriores (Olivar, 2005; Olivar y Tembrás, 2007).

La presencia de la Educación Social en la historia de la atención a las adicciones en España aparece en diversas publicaciones (Carretero et al, 1988; Jordá, 1989; AA.VV., 1991; Aguilar, 1995; Asoc. Épsilon, 1996; Camacho et al, 1997; Olivar, Sanchís y Ros, 2008). Pero, a pesar de que los/as educadores/a sociales son el colectivo profesional más presente en el trabajo en adicciones, esa presencia no se corresponde con su estatus, manifestándose en aspectos como la frecuente ambigüedad en sus funciones, asumiendo tareas por debajo de su cualificación, y –especialmente, en un contexto dominado por el enfoque biomédico- una menor presencia en la toma de decisiones en comparación otras profesiones relacionadas con este ámbito (Olivar, 2005). Esta situación ya manifestada en aquel momento se ha agudizado con la crisis económica de los años recientes.

En el ámbito de adicciones en el contexto español, la presencia de educadores y educadoras sociales está generalizada en todos los espacios de atención, y muy especialmente en recursos residenciales o semi-residenciales, y en programas de actuación en el medio comunitario, preventivos, de tratamiento y reinserción. Desde el trabajo en medio residencial en lo cotidiano en espacios como Comunidades Terapéuticas, hasta el trabajo en medio abierto, actuando con menores en riesgo con intención preventiva, el educador y la educadora social desarrollan su tarea, utilizando estrategias socioeducativas orientadas a la incorporación social del sujeto para superar los problemas asociados a las adicciones.

5. LA NECESIDAD DE COLABORAR PARA RECUPERAR EL TIEMPO PERDIDO Y EL ESPACIO NECESARIO.

Como se ha venido comentando en los apartados anteriores, el ámbito de las adicciones precisa de la intervención social dentro de su marco de actuación. Es preciso remarcar que, aunque en los últimos años es la perspectiva biomédica la que domina el modo de trabajar en adicciones, eso no significa que lo social haya dejado de ser relevante o que pueda ser sustituido, sino que viene a suponer que la intervención esté siendo incompleta y desequilibrada (Apud y Romaní, 2016).



Dentro del ámbito social, la Educación Social y el Trabajo Social son dos de las disciplinas con amplia trayectoria en el campo de adicciones que actualmente no reciben el reconocimiento que corresponde, hecho que se traduce en menores y peores recursos para poner en marcha su trabajo, tanto materiales como humanos. Esta situación se da en España, pero también hay constancia que suceden contextos internacionales, tal y como mencionan Paylor et al., (2012) en su libro *Social Work and drug use*, focalizado en el contexto británico. En dicho libro, los autores intentan recolocar las adicciones como una problemática con factores que son intrínsecamente sociales, a pesar de la predominancia actual de la perspectiva médica.

Por esta razón, ambas profesiones deben concienciarse de que su espacio de intervención en el ámbito de las adicciones es imprescindible y no menos importante que el de las profesiones de perfil sanitario. Esta concienciación es importante para actuar en consecuencia y reivindicar el espacio perdido. Para ello, es preciso comenzar clarificando el hecho de que si en España conviven las dos profesiones (Educación Social y Trabajo Social) es por algo. Es decir, no tiene sentido ni en la práctica profesional ni en la teoría derivada de la investigación que intenten solaparse, ya que son profesiones distintas que nacen con diferentes objetivos (Quintana, 1994; Serrano, 2012). Otra cuestión es admitir que existe un campo de trabajo común para ambas, y que esta parcela compartida pueda verse abordada desde dos posturas distintas: la colaboración interdisciplinar o el conflicto disciplinar, asociado a aspectos como el intrusismo profesional. La representación de esta realidad se puede observar en la figura 2.

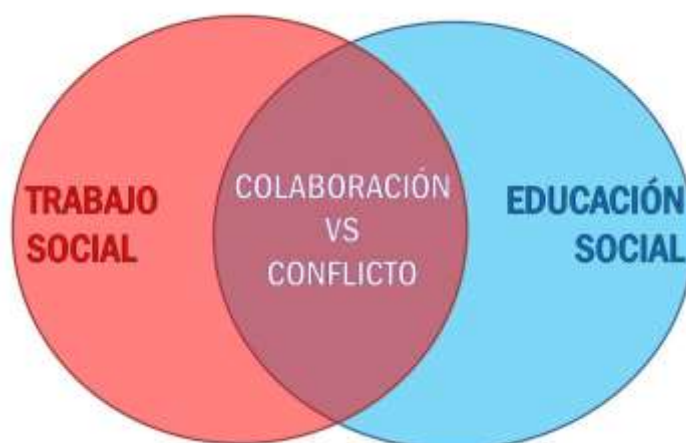


Figura 2. Espacios compartidos e independientes de la Educación Social y el Trabajo Social: colaboración vs conflicto. (Elaboración propia).

Una vez aceptado que el papel de la Educación Social y el Trabajo Social en adicciones es imprescindible y que ambas profesiones deben respetar sus competencias evitando el intrusismo, es importante asumir que la tarea de reivindicación del espacio de lo social debe ser conjunta para que funcione. Igual que no tiene sentido el solapamiento entre ellas, tampoco lo tiene que demanden ese espacio por separado. La evidencia científica también ratifica este hecho, como se puede comprobar en un estudio de Carpenter et al., (2003), que investiga sobre el trabajo multidisciplinar en equipos de salud mental. En este estudio se destaca que las profesiones sociales experimentan más conflictos de roles que las sanitarias, pero que, una vez que estos roles están definidos y los conflictos por este tema se diluyen, el funcionamiento de los grupos es mejor, reafirmando la importancia de poner énfasis en la claridad de roles para garantizar resultados positivos para los equipos multidisciplinarios.

Por otro lado, aunque es interesante saber dónde empieza y dónde acaba la intervención de cada una, es importante buscar puntos de unión entre ambas, ya que eso facilita la comunicación y el intercambio de experiencias. Creemos firmemente que la combinación de nuestras diferentes capacidades y competencias profesionales dan como resultado un trabajo mucho más enriquecedor, tanto para el sujeto como para nosotros.

Dentro del ámbito concreto de adicciones, resulta básica una visión transdisciplinar, que permita que todos los profesionales que trabajan dentro de este campo, pongan en común sus ideas y puedan compartir una perspectiva colectiva sobre el problema, sin que unas impongan su visión sobre otras. Esta forma de organizar la visión transdisciplinar aparece representada en la figura 3.



Figura 3. Visión transdisciplinar de la problemática. Fuente: Elaboración propia a partir de Olivar (2007).

La existencia de equipos multiprofesionales que desarrollen una labor de carácter interdisciplinar es imprescindible, de manera que el sujeto pueda beneficiarse de una actuación multidimensional que se beneficia de la sinergia entre sus diferentes componentes. Esto supone, implícitamente, la obligación de que en la práctica profesional los/as profesionales de la Educación Social y el Trabajo Social se soliciten mutuamente. Es decir, que entiendan que la presencia de las dos profesiones enriquece la intervención, haciéndola más fuerte, lo que supone un beneficio directo para las personas con problemas de adicciones.

Frente a la actual postura de entender la problemática de las adicciones como un asunto exclusivamente biomédico, es importante establecer nuevos métodos de intervención y acción social, y consolidar los actuales de manera que se puedan validar y contrastar, para que se sepa si funcionan. Para ello, la investigación es imprescindible, ya que no vale sólo con hacer las cosas, sino que hay que difundirlas, y de la manera más extensa posible. En este sentido, la Educación Social y el Trabajo Social tienen un amplio potencial de trabajo conjunto, puesto que pueden crear líneas de investigación integradoras que favorezcan a ambas profesiones.

Asociado a este planteamiento anterior, es básico incidir en la imperiosa necesidad de que desde la Universidad se fomente en el alumnado este espíritu colaborativo entre la Educación Social y el Trabajo Social, para que así lo tengan presente en un futuro laboral, ya sea desde el ámbito de la investigación o desde la intervención.

6. CONCLUSIONES CONJUNTAS

Para finalizar, debemos dejar constancia, como autores de este trabajo, de que para nosotros es más importante encontrar cómo podemos complementarnos que acentuar nuestras diferencias. El presente artículo, un trabajo conjunto entre una trabajadora social y un educador social, es una prueba de ello. Además, mencionar que en el momento actual, estamos a la espera de poder desarrollar un espacio de formación conjunto entre profesionales de Educación Social y Trabajo Social orientado al ámbito de las adicciones, que permita transformar todos los planteamientos aquí presentados en una realidad tangible. Creemos firmemente en el potencial de colaboración y coordinación entre nuestras dos profesiones, no solo por el beneficio que conlleva para ellas mismas, sino también para todas las profesiones con las que se relacionan en el trabajo diario. Pero muy especialmente, por delante de todo lo anterior y de acuerdo con nuestras obligaciones deontológicas y profesionales, entendemos



que se benefician las personas con problemáticas asociadas a las adicciones. Porque no debemos olvidar que ellas siempre fueron la prioridad. Finalmente, creemos que este modelo de pensamiento y esta actitud colaborativa no solo debe ser aplicada en el ámbito de las adicciones, sino en todos los campos de lo social.

Bibliografía

- Aguilar, I. (coord.) (1995). *El educador social y las drogodependencias*. Madrid: GID.
- Apud, I., Romani, O. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Health and Addiction*, 16(2), 115-125.
- ASEDES (2007). *Documentos profesionalizadores*. Barcelona: ASEDES.
- Asociación Épsilon (1996). *La práctica socioeducativa en la incorporación social de drogodependientes*. Madrid: Asociación Épsilon.
- Autores Varios (1991). *I Encuentro Estatal de Educadores Sociales en Drogodependencias: Evaluaciones y conclusiones*. Madrid: CREFAT.
- Bas-Peña, E. (2014). Educación Social y formación en drogodependencias. *Salud y drogas*, 14 (1), 71-83.
- Becoña, E. (2016). La adicción “no” es una enfermedad cerebral. *Papeles del Psicólogo*, 37 (2), 118-125.
- Bernard, L y Krupat, E. (1994). *Health psychology: Biopsychosocial factors in health and illness*. New York: Harcourt Brace College Publishers.
- Calafat, A y Becoña, E. (2005). ¿Se puede prevenir el consumo de heroína? *Adicciones*, 17, 299-320.
- Camacho, A; Castillo, A y Monge, I. (1997). *Intervención socioeducativa sobre drogodependencias en Andalucía*. Sevilla: Comisionado para las Drogodependencias, Junta de Andalucía.
- Carpenter, J; Schneider, J; Broman, T y Wooff, D. (2003). Working in multidisciplinary community mental health teams: the impacto in Social Workers and Health professionals of integrated health care. *British Journal of Social Work*, 33, 1081-1103.
- Carretero, C; Fernández, T y Bayarri, M. (1988). Función de la asamblea en un sistema abierto: La comunidad terapéutica. *Revista Española de Drogodependencias*, 13 (3): 183-191.
- Carter, A y Hall, W. (2011). Proposals to trial deep brain stimulation to treat addiction are premature. *Addiction*, 106, 235-37.
- Castilla, P. (2016). La prevención de recaídas en drogodependencias desde el modelo de Marlatt. Aportaciones desde el Trabajo Social. *Trabajo Social Hoy*, 77, 109-133.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual review of sociology*, 18, 209-232.



- Costa, M.; López, E. (1992). *Manual para el Educador Social*. Madrid. Ministerio de Asuntos Sociales.
- Cree, V; Jain, S y Hillen, P. (2016). The challenge of measuring effectiveness in Social Work: a case study of an evaluation of a drug and alcohol referral service in Scotland. *British Journal of Social Work*, 46, 277-293.
- Davenport-Hines, R. (2003). *La búsqueda del olvido. Historia global de las drogas, 1500-2000*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 8, 196(4286):129-36.
- Epele, M. (2008). *Usos y abusos de la medicalización en el consumo de drogas: Sobre economías, políticas y derechos*. Buenos Aires: Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico.
- Fernández Hermida, J; Carballo, J; Secades-Villa, R y García-Rodríguez, O. (2007). Modelos teóricos de la conducta adictiva y recuperación natural. Análisis de la relación y consecuencias. *Papeles del psicólogo*, 28 (1), 2-10.
- Forrester, D y Harwin, J. (2011). *Parents who misuse drugs and alcohol: effective intervention in Social Work and child protection*. Chichester: Wiley – Blackwell.
- Foucault, M. (1974). Historia de la medicalización. *Educación Médica y Salud*, 11 (1), 3-25.
- Gómez-Moya, J. (2000). La construcción del alcoholismo como problema social. *Revista de Treball Social*, 159, 45-64.
- Gutiérrez, A. (2007). *Drogodependencias y Trabajo Social*. Madrid: Ediciones Académicas.
- Hall, W; Carter, A. y Forlini, C. (2015). The brain disease model of addiction: is it supported by the evidence and has it delivered on its promises? *Lancet Psychiatry*, 2, 105-110.
- Jordá, M. (1989). El educador en el tratamiento de toxicomanías. *Revista Española de Drogodependencias*, 14 (1): 53-56.
- Kalant, H. (2010). What neurobiology cannot tell us about addiction? *Addiction*, 105, 780–89.
- Karoll, B. (2010). Applying Social Work approaches, harm reduction, and practice wisdom to better serve those with alcohol and drug disorders. *Journal of Social Work*, 10 (3), 263-281.
- Kramer, J y Cameron, C. (1975). *Manual sobre la dependencia de las drogas*. Ginebra: OMS.
- Kumpfer, K; Trunnell, E y Whiteside, A. (1990). The Bio-psychosocial Model: Application to the additions field. In Engs R. C. (Ed.). *Controversy in the addiction field* (pp. 55-66). Dubuque: Kendall/Hunt.
- Lakoff, A. (2006). Liquidez diagnóstica: enfermedad mental y comercio global de ADN. *Apuntes de investigación*, 11, CECyP.
- Levin, L. (2011). La construcción de la adicción como problema de conocimiento neurobiológico y las perspectivas de tratamientos, una crítica del modelo hegemónico. *Redes*, 17 (32), 95-132.
- Levine, H. (1978). The Discovery of Addiction: Changing Conceptions of Habitual Drunkenness in America. *Journal of Studies on Alcohol*, 15, 493–506.



- Mahler, H. (2009). The meaning of "Health for all in the year 2000". *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(4), 2-28.
- Mayor, J. (1995). Las drogas como objeto del Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 8, 213-239.
- NIDA. (2014). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción*. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion> . Consultado el 02/11/2017.
- Olivar, A. (2005). La educación social en el tratamiento de drogodependencias. *Revista Peruana de Drogodependencias*, 3(1), 159-186.
- Olivar, A; Sanchís, E y Ros, S. (2008). El educador social en comunidad terapéutica: situación actual, reflexiones y propuestas. *Revista Española de Drogodependencias*, 33 (3), 333-347.
- Olivar, A y Tembrás, A. (2007). La educación social en el tratamiento de drogodependencias (II): estrategias y procedimientos. *Revista Peruana de Drogodependencias*, 5, 213-248
- OMS (1998). *Glosario sobre promoción de la salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo: Madrid.
- Paylor, I; Measham, F y Asher, H. (2012). *Social Work and Drug Use*. Maidenhead: Open University Press.
- Pert, C y Snyder, S. (1973). Opiate receptor: demonstration in nervous tissue. *Science*, 179, 1011-1014.
- Proctor, E. (2002). Social Work, school violence, mental health and drug abuse: a call for evidence practices. *Social Work Research*, 26 (2), 67-69.
- Quintana Cabanas, J. (1994). Trabajo Social y Pedagogía Social: relaciones entre sus campos y competencias profesionales. *Revista Interuniversitaria de Pedagogía Social*, 9, 173-183.
- Restrepo, H; Málaga, H. (2001). *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*. Bogotá: Pan American Health Org.
- Robinson, A; Nestler, E. (2012). Transcriptional and Epigenetic Mechanisms of Addiction. *Nature Review of Neuroscience*, 12 (11), 623-637.
- Romaní, O. (1993): Asistencia y relaciones informales: la integración social de los drogodependientes. En VV.AA.: *Las drogodependencias: perspectivas sociológicas actuales*. Ilustre Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología: Madrid.
- Romaní, O. (2011). La epidemiología sociocultural en el campo de las drogas: Contextos, sujetos y sustancias. Epidemiología sociocultural. *Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*, organizado por Jesús Armando Haro, 89-113.
- Sánchez, M. (1998). El Trabajo Social en las adicciones grupales con padres y madres ante el fenómeno de las drogodependencias: necesidad de una metodología participativa. *Cuadernos de Trabajo Social*, 8, 181-200.
- Serrano, F. (2012). Educación Social para la salud: proyección, acción y profesionalización. *Revista Médica de Risalda*, 19 (1), 75-80.



- Sobell, L; Cunningham, J; Sobell, M. (1996). Recovery from alcohol problems with and without treatment: prevalence in two population surveys. *Am J Public Health*, 86 (7), 966-972.
- Sutherland, E. (1993). Differential association. Edwin Sutherland: *On Analyzing Crime*.
- Tizón, J. (2006). A propósito del modelo biopsicosocial, 28 años después: epistemología, política, emociones y contratransferencia. *Atención Primaria*, 39 (2), 93-97.
- Tobin, J. (1952). *The role of Social Work in recognition and treatment* (tesis doctoral). University of British Columbia, Canada.
- Tyuse, S y Linhorst, D. (2005). Drug courts and mental health courts: implications for Social Work. *Health and Social Work*, 30 (3), 233-240.
- Vakharia, S y Little, J. (2017). Starting where the client is: harm reduction guidelines for clinical social work practice. *Clinical Social Work Journal*, 45, 65-76.
- Volkow, N y Morales, M. (2015). The brain on drugs: from reward from addiction. *Cell*, 162, 712-725.
- Vrecko, S. (2010). Birth of a disease: Science, the state and addiction neuropolitics. *History of the Human Sciences*, 23, 52-67.
- World Health Organization y Unicef. (1978). Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.
- Zinberg, N.E. (1984). *Drug, Set, and Setting*. New York: Human Sciences Press.

Datos de contacto:

Andrea Sixto-Costoya: Andrea.Sixto@uv.es

Álvaro Olivar Arroyo: alvolivar@gmail.com

