



**UNIVERSIDAD DE GRANADA**

**DPTO. DE PEDAGOGÍA**

Tesis Doctoral

**LOS FACTORES DE PROTECCIÓN, DE RIESGO Y  
LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS EN POBLACIÓN  
DROGODEPENDIENTE: ANÁLISIS  
SOCIOEDUCATIVO DEL PROGRAMA DE  
COMUNIDAD DE *PROYECTO HOMBRE* EN  
GRANADA Y DEL PROGRAMA DE *PYKSIDA* EN  
NICOSIA.**

IOSIFINA MAVROU

**Granada, 2012**

Editor: Editorial de la Universidad de Granada  
Autor: Iosifina Mavrou  
D.L.: GR 3100-2012  
ISBN: 978-84-9028-240-3



UNIVERSIDAD DE GRANADA  
Facultad de Ciencias de la Educación  
Departamento de Pedagogía

***LOS FACTORES DE PROTECCIÓN, DE RIESGO Y LA  
PREVENCIÓN DE RECAÍDAS EN POBLACIÓN  
DROGODEPENDIENTE: ANÁLISIS  
SOCIOEDUCATIVO DEL PROGRAMA DE  
COMUNIDAD DE PROYECTO HOMBRE EN  
GRANADA Y DEL PROGRAMA DE PYKSIDA EN  
NICOSIA.***

**IOSIFINA MAVROU**

**Directora: Dra. FANNY TANIA AÑAÑOS BEDRIÑANA**

**Programa: EDUCACIÓN SOCIAL: FUNDAMENTOS Y METODOLOGÍA**

**Área: TEORÍA E HISTORIA DE LA EDUCACIÓN**

**Granada, 2012**

Cuando emprendas tu viaje hacia Ítaca  
debes rogar que el viaje sea largo,  
lleno de peripecias, lleno de experiencias.  
No has de temer ni a los lestrigones ni a los cíclopes,  
ni la cólera del airado Posidón.  
Nunca tales monstruos hallarás en tu ruta  
si tu pensamiento es elevado, si una exquisita  
emoción penetra en tu alma y en tu cuerpo.  
Los lestrigones y los cíclopes  
y el feroz Posidón no podrán encontrarte  
si tú no los llevas ya dentro, en tu alma,  
si tu alma no los conjura ante ti.  
Debes rogar que el viaje sea largo,  
que sean muchos los días de verano;  
que te vean arribar con gozo, alegremente,  
a puertos que tú antes ignorabas.  
Que puedas detenerte en los mercados de Fenicia,  
y comprar unas bellas mercancías:  
madreperlas, coral, ébano, y ámbar,  
y perfumes placenteros de mil clases.  
Acude a muchas ciudades del Egipto  
para aprender, y aprender de quienes saben.  
Conserva siempre en tu alma la idea de Ítaca:  
llegar allí, he aquí tu destino.  
Mas no hagas con prisas tu camino;  
mejor será que dure muchos años,  
y que llegues, ya viejo, a la pequeña isla,  
rico de cuanto habrás ganado en el camino.  
No has de esperar que Ítaca te enriquezca:  
Ítaca te ha concedido ya un hermoso viaje.  
Sin ellas, jamás habrías partido;  
más no tiene otra cosa que ofrecerte.  
Y si la encuentras pobre, Ítaca no te ha engañado.  
Y siendo ya tan viejo, con tanta experiencia,  
sin duda sabrás ya qué significan las Ítacas.

**Konstantínos Kaváfis.**

“ÍTACA”<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Poema extraído de la página web <http://huespedes.cica.es/aliens/gittcus/kavafis>.

## AGRADECIMIENTOS

La realización de este trabajo no habría sido posible sin la ayuda y el apoyo de todos aquellos que han estado a mi lado antes y durante el desarrollo del mismo. Por ello quiero dedicarles unas palabras de agradecimiento.

En primer lugar, a la Dra. Fanny Añaños Bedriñana, directora de esta tesis, por su ayuda, comprensión y apoyo durante estos años.

Al ex director de la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre en Granada, José María Tortosa Alarcón y los terapeutas Jimmy, José Carlos, Vanesa, Salvador y M<sup>a</sup> Dolores por facilitarme la estancia en la comunidad y apoyarme en mi proceso de aprendizaje. De igual manera, quiero dar las gracias al director de la Comunidad de Pyksida en Nicosia, Nikola Kleidona, y a las terapeutas Cristina, Irene y María.

A todos los/las participantes de ambas Comunidades que me han permitido ser parte de su tratamiento e inmiscuirme en sus vidas.

Quiero dedicar un agradecimiento especial a Luis Pantoja Vargas y Araceli Fernández Iglesias, amigos y animadores en este proceso tan largo y arduo. Gracias por vuestra humanidad y apoyo constante, por enseñarme a creer en mí y en mi potencial.

A mis amigos y amigas de Granada, que han sido mi familia y mi apoyo tanto en los momentos de alegría, como en los de dificultad. Muchas gracias por vuestro apoyo y por animarme constantemente durante la realización de este trabajo. ¡Os quiero y os echaré mucho de menos! Quiero también dar las gracias a mis amigos y amigas de Chipre que, a pesar de la distancia, no han dejado de apoyarme a lo largo de estos años.

Finalmente, quiero expresar mi más profunda y sincera gratitud a mis padres y hermanos. Ellos son las personas a las que más he echado de menos durante todo este proceso. Gracias por vuestra comprensión, amor y apoyo incondicional. Esta tesis no habría sido posible sin vuestra fe en mí. Para concluir, quiero dedicarle un agradecimiento especial a mi madre: Ella fue la primera persona, que me animó a hacer esta tesis, que siempre ha estado a mi lado y nunca ha dejado de creer en mí. Σας αγαπάω πολύ!

*A mis padres,  
Athinodoros y Bárbara*

# ÍNDICE

---

**Título:** “Los factores de protección, de riesgo y la prevención de recaídas en población drogodependiente: Análisis socioeducativo del programa de Comunidad de *Proyecto Hombre* en Granada y del programa de *Pyksida* en Nicosia”

<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>I. PRIMERA PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y ESTADO DE LA CUESTIÓN</b>	
<b>1. Conceptos básicos, factores y prevención en drogodependencias</b>	9
1.1. Conceptos fundamentales en drogodependencias	9
1.2. Programas: tipos de programas de tratamiento	20
1.3. Factores de riesgo y de protección	24
1.4. La Prevención Integral	28
1.5. Niveles de la prevención en drogodependencias	30
1.6. Ámbitos de prevención	33
<b>2. La incidencia de las drogas</b>	37
2.1. Las drogodependencias en el panorama internacional y en España	38
2.2. La situación de las drogas en Chipre	42
2.3. La epidemiología de las drogodependencias en la población española	51
2.4. La perspectiva de género y las drogodependencias	56
2.5. Consecuencias del consumo de drogas	61
<b>3. Acción con personas drogodependientes</b>	65
3.1. Modelos de actuación en drogodependencias	65
3.2. Estudios realizados basados en los modelos de actuación	81
3.3. Recursos de atención en drogodependencias	84
<b>4. La prevención de las recaídas</b>	91
4.1. El modelo de Marlatt y Gordon	95
4.2. Las recaídas en las mujeres drogodependientes: diferencias de género	102
4.3. Las personas en tratamiento y la prevención de recaídas	106

<b>5.</b>	<b>La situación de las Comunidades Terapéuticas</b> .....	115
5.1.	Las Comunidades Terapéuticas ayer y hoy .....	115
5.2.	Comunidades Terapéuticas: visión internacional .....	117
5.3.	Las Comunidades Terapéuticas en España .....	118
5.4.	La Comunidad Terapéutica y la familia .....	124
5.5.	Los Programas de Comunidad de las Asociaciones PATIM, AGIPAD, DIANOVA, EMILIEHOEVE y HOUSE OF METAMORPHOSIS (CASA DE LA METAMORFOSIS) .....	127
<b>6.</b>	<b>El Programa de Comunidad de Proyecto Hombre, España</b> .....	143
6.1.	Fases del programa de Proyecto Hombre .....	147
6.2.	Objetivos por áreas .....	151
6.3.	Evaluación de la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre en España .....	156
6.4.	Personas atendidas en Comunidades Terapéuticas de España y resultados obtenidos .....	159

## II. SEGUNDA PARTE: ESTUDIO EMPÍRICO

<b>7.</b>	<b>Metodología y diseño de la investigación</b> .....	169
7.1.	Términos metodológicos .....	169
7.2.	Diseño de la investigación y análisis de la información .....	185
7.3.	Objetivos.....	197
7.4.	Muestra.....	198
7.5.	Métodos utilizados en la investigación .....	200
7.6.	Fases del estudio de campo .....	203
<b>8.</b>	<b>Análisis socioeducativo de los modelos de intervención de Proyecto Hombre y de Pyksida en el programa de la fase de “Comunidad”</b> .....	205
8.1.	Análisis socioeducativo de los programas de la fase “Comunidad” de Proyecto Hombre (Granada) y de Pyksida (Nicosia) .....	209
8.1.1.	El programa de Comunidad de Proyecto Hombre y de Pyksida .....	211
8.1.2.	Naturaleza del programa .....	216
8.1.3.	Justificación del programa .....	217
8.1.4.	Los objetivos .....	223
8.1.5.	Las Estrategias y Actividades .....	225
8.1.6.	Lugar donde se realiza el programa .....	251



8.1.7. Cobertura del proyecto .....	252
8.1.8. La temporalización/calendario .....	254
8.1.9. Los recursos .....	255
8.2. Otras perspectivas: el género en las Comunidades Terapéuticas de Proyecto Hombre y Pyksida y seguimiento de los/las participantes.....	255
<b>9. Análisis de la población de las Comunidades Terapéuticas de <i>Proyecto Hombre</i>, Granada y de <i>Pyksida</i>, Nicosia .....</b>	<b>269</b>
9.1. Datos descriptivos de los expedientes y cuestionarios de los/las participantes de las Comunidades Terapéuticas de <i>Proyecto Hombre</i> , Granada y <i>Pyksida</i> , Nicosia.....	270
9.1.1. Datos personales .....	270
9.1.2. Situación económica .....	284
9.1.3. Educación y formación laboral .....	296
9.1.4. Estadio sanitario y familiar .....	305
9.1.5. Drogodependencias .....	315
9.1.6. Tratamientos anteriores y recaídas .....	327
9.1.7. El programa de intervención .....	337
9.1.8. Inserción social y laboral de los/las participantes en relación con el programa de Comunidad.....	347
<b>III. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.....</b>	<b>355</b>
<b>IV. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>377</b>
<b>V. RESUMEN EN GRIEGO / ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΓΛΩΣΣΑ.....</b>	<b>403</b>
<b>VI. ANEXOS.....</b>	<b>CD</b>
1. <b>Anexo I</b>	
1.1. Índice de tablas y gráficos .....	3
2. <b>Anexo II</b>	
2.1. Las actividades por áreas de prestación de la Fundación PATIM .....	6
2.2. Áreas de intervención del programa Residencial de DIANOVA .....	7

<b>3.</b>	<b>Anexo III</b>	
	3.1. El horario de la Comunidad de Proyecto Hombre, Granada .....	8
	3.2. Roles asignados en la Comunidad de Proyecto Hombre .....	8
	3.3. Grupos que se realizan durante la estancia en la Comunidad Terapéutica de <i>Proyecto Hombre</i> .....	9
	3.4. Herramientas utilizadas por los/las residentes de la Comunidad de Proyecto Hombre .....	10
	3.5. Las normas educativas específicas y de convivencia .....	10
	3.6. Grupos realizados en la Comunidad de “Pyksida”, Chipre .....	12
<b>4.</b>	<b>Anexo IV</b>	
	4.1. Cuestionario aplicado a los/las profesionales de las Comunidad de Proyecto Hombre, Granada y Pyksida, Nicosia .....	15
<b>5.</b>	<b>Anexo V</b>	
	5.1. Cuestionario aplicado a los/las residentes de la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre, Granada .....	22
	5.2. Cuestionario aplicado a los/las residentes de la Comunidad Terapéutica de Pyksida, Nicosia .....	27
	5.3. Datos de los expedientes de los sujetos de las Comunidades de Proyecto Hombre, Granada y Pyksida, Nicosia .....	33
<b>6.</b>	<b>Anexo VI</b>	
	6.1. Tablas adicionales del capítulo 9: Análisis de la población de las Comunidades Terapéuticas de <i>Proyecto Hombre</i> , Granada y <i>Pyksida</i> , Nicosia.....	55

## INTRODUCCIÓN

---

El tema de las drogodependencias ha conocido un progresivo interés y utilidad las últimas décadas, hecho que ha creado un movimiento significativo a nivel de indagación científica y académica, programas de intervención, etc. Este interés encuentra el apoyo de la Educación Social, ciencia y profesión que estudia las cuestiones inherentes tanto a la socialización de los individuos como a la inadaptación de éstos, y está orientada a la mejora de su calidad de vida desde una perspectiva especial y fundamentalmente práctica (Pérez Serrano, 2005; citado en Añaños Bedriñana, 2010b: 78).

Precisamente, en esta tesis se reúnen varios intereses que definen ámbitos distintos de la investigación en Educación. Por un lado nos planteamos un gran interés por la implicación de la Educación Social en las drogodependencias y concretamente en los centros de tratamiento de drogas, mientras que por otro, pretendemos indagar en la mejora de la calidad de vida de los/las participantes en las Comunidades Terapéuticas y en su reeducación durante su proceso de tratamiento. La unión de estos ámbitos responde a la necesidad de detectar los factores de riesgo y de protección en nuestra población para prevenir las recaídas y alcanzar una abstinencia definitiva o prolongada. Esta necesidad inicial constituye el punto de partida para desarrollar esta tesis y la motivación principal en todo el proceso.

En torno a este punto es hacia donde se han encaminado todos nuestros esfuerzos en este trabajo y es sobre él que hemos desarrollado los contenidos del mismo. El estudio y análisis socioeducativo de los programas de Comunidad de Proyecto Hombre y de Pyksida, llevado a cabo en España y en Chipre como punto de comparación, nos ha llevado a investigar herramientas educativas que pueden servir de apoyo en el fortalecimiento de los factores protectores y disminución de los factores de riesgo de los/las residentes y a la prevención de las recaídas.

Como conocemos, el consumo de drogas ha aumentado en los últimos treinta años; ni las sustancias ni las pautas de consumo ni las motivaciones son las mismas. Han cambiado las circunstancias que rodean a la adolescencia, lo cual ha conducido a situar toda la problemática que le afecta en otro plano y dimensión diferente. Ya no sirven de mucho los esquemas interpretativos que se utilizaron en los años ochenta para

comprender los consumos de drogas (Instituto Deusto de Drogodependencias, 2007: 12).

La drogodependencia afecta directamente la salud de las personas de hoy en día porque tiene que ver mucho con los estilos de vida, hábitos, costumbres, comportamientos o actitudes. El problema de las adicciones, para afrontar su tratamiento, requiere actuar sobre el individuo en su integridad, teniendo en cuenta su aspecto biológico, psicológico y social (Sánchez Castaño, 2004: 29).

En un contexto como el educativo, en que se pretende la promoción de la salud, debe considerarse como la capacidad para desarrollar el potencial personal propio y responder de forma positiva a los retos del ambiente (ídem, 2004: 29).

La Educación Social, de acuerdo con Añaños Bedriñana (2008: 230), se convierte en la esperanza educativa, la vía para conquistar un futuro mejor y más digno, no sólo de los excluidos y de los colectivos con alguna problemática sino también de animación, promoción, desarrollo, etc. en este mundo postmoderno y globalizado. Uno de los campos directos de actuación es la drogodependencia.

Las adicciones y toxicomanías es uno de los campos desarrollados en España desde los años 80, así como la Educación para la Salud en el que aborda de lleno las drogodependencias que es otro campo emergente de la Pedagogía y de la Educación Social (Añaños Bedriñana, 2010a). Se pretende mejorar la calidad de vida de las personas drogodependientes e integrarlos socialmente (Pérez Serrano, 2005; citado en Añaños Bedriñana, 2010a), como por ejemplo, lograr la madurez social, promover las relaciones humanas y preparar al individuo para vivir en la sociedad.

Las personas adictas a las drogas, en nuestro caso las personas en la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre en Granada (España) y en la Comunidad de Pyksida en Nicosia (Chipre), tanto hombres como mujeres, es un colectivo afectado por la exclusión, la marginación o inadaptación, que hasta el momento no ha recibido la atención formativa suficiente de la Educación Social (Pantoja Vargas, 2010: 123). Este colectivo, y con especial atención a las mujeres drogodependientes, demanda una atención educativa integral desde la Educación Social y de profesionales formados como educadores sociales. En este trabajo vamos a centrarnos al análisis socioeducativo del programa de la fase de “Comunidad” de Proyecto Hombre en Granada en relación con los factores de protección, de riesgo y su influencia en las recaídas. Como programa

comparativo presentaremos el programa de Comunidad de Pyksida que se desarrolla en Chipre.

En relación con lo mencionado anteriormente, el grupo de amigos es un elemento muy importante a la hora de analizar el fenómeno de las drogodependencias. En Añaños Bedriñana y Bedmar Moreno (2008: 372) se incluye el concepto de grupo que define Munné (1979) como “una pluralidad de personas interrelacionadas donde cada una desempeña un determinado rol, en función de unos objetivos comunes, compartidos e inter-actuales en función del sistema de pautas establecido”.

El consumo de drogas por parte de los amigos es un factor de riesgo, al contrario, un ambiente social favorable entre los compañeros constituye un factor protector ante el fracaso escolar y el consumo de drogas (ídem, 2008: 373).

El objeto de la educación ante el problema de la drogadicción es (Orte Socias, 1997: 337):

1. Se trata de una pedagogía ante el problema de las adicciones, de conseguir una persona competente capaz no sólo de impedir su entrada en el mundo de la drogadicción, sino, y fundamentalmente, con una personalidad positiva en todos los aspectos y dimensiones de la vida.
2. Se trata de construir una sociedad que, en su estructura, permita abordar los factores de riesgo que posibilitan la drogadicción, y que, además, facilite la integración social de todas las personas y colectivos implicados en las drogodependencias.

Dentro de la construcción de esta pedagogía y del modelo educativo para la resolución de la problemática de las drogodependencias, uno de los elementos fundamentales es el papel de la prevención (ídem, 1997: 337).

Como correctamente destaca Núñez Pérez (2010: 70), la Educación Social viene a postularse como un recurso que posibilite al sujeto en dificultad social saber algo sobre sus posibles intereses y cómo intentar realizarlos desde una perspectiva socialmente admitida o admisible.

Esta posibilidad puede plantearse si se entiende la Educación Social en tanto espacios donde un sujeto puede acceder a un entorno cultural plural y realizar actividades exploratorias tales como circular, manipular, elegir, equivocarse, cambiar de objetos, etc., sin que ello signifique una valoración negativa de su persona. Dar

tiempo a ese tiempo que un sujeto necesita para poder elegir, esto es, despertar el interés (ídem, 2010: 70).

Los factores de mayor influencia en el consumo constituyen las circunstancias o características personales, familiares o ambientales que, relacionadas con las drogas, aumentan la probabilidad de que un individuo mantenga o enfatice los consumos (factores de riesgo) o, por el contrario, serían condiciones que protegen al sujeto a tener consumos irresponsables o a no “probar” drogas “duras” (factores de protección) (Añaños Bedriñana, 2005: 115-116).

Es necesario conocer tanto la conducta de consumo de drogas de los individuos como los factores involucrados en el desarrollo de tal conducta, ya que su conocimiento nos posibilitará la construcción de programas de prevención de las drogodependencias. En un primer nivel de intervención, es importante saber el punto del *continuum* en el que se sitúa el sujeto respecto a la escalada de consumo de drogas tanto en lo que se refiere a su nivel de implicación conductual como en lo que se refiere a su nivel de implicación actitudinal, y en lo que se refiere a la funcionalidad que cumple esa conducta en relación a su desarrollo evolutivo (Orte Socas, 1997: 347).

Desde un segundo nivel de intervención, el diagnóstico precoz de las actitudes y conductas relacionadas con el consumo de drogas de los jóvenes es de especial importancia, ya que permite conocer aquellos grupos de riesgo cuyas necesidades en relación al problema son susceptibles de una intervención específica de cambio distinta de la que probablemente sería necesaria para el grupo normativo general.

La conducta de consumo de drogas se configura a partir de numerosas fuentes de influencia: a) el propio individuo; b) su familia; c) la escuela; d) los amigos y e) el amplio ambiente sociocultural donde la persona se desarrolla (ídem, 1997: 347; Añaños Bedriñana, 2005: 115). El espacio de la educación está circunscrito a todos los procesos educativos, independientemente del concepto institucional en el que tiene lugar: familia, empresas, centros de educación de adultos, centros de protección, centros de capacitación, asociaciones laborales y comunitarias, centros recreativos, medios de comunicación, centros terapéuticos, etc. (Añaños Bedriñana, 2006: 121).

Teniendo en cuenta la intervención socioeducativa con personas drogodependientes desde el ámbito de la Educación Social, nos interesa el trabajo que se realiza en los centros de tratamiento de drogas. La mayoría de los tratamientos son terapéuticos y están diseñados y pensados con un carácter generalista, es decir, para cubrir las

necesidades del colectivo que demanda más atención entre la población toxicómana, los hombres. Se ha derivado la idea que la adicción es una cuestión más bien masculina sin pensar que las mujeres drogodependientes convivían con su problema de forma mucho más oculta y alejada de los sistemas de vigilancia sanitaria (Instituto Deusto de Drogodependencias, 2007: 23).

Es importante resolver las dificultades que manifiestan las mujeres para pedir ayuda y, también, implementar programas terapéuticos sensibles a las cuestiones de género (ídem, 2007: 24) para su mejor integración social, laboral, familiar, etc.

Nuestro objetivo es el análisis socioeducativo del programa de la Comunidad de Proyecto Hombre en Granada y de Pyksida en Nicosia e investigar esos elementos que benefician o perjudican la deshabituación prolongada o definitiva de los/las participantes con un análisis socioeducativo de los programas. Este análisis se centrará en cuatro niveles: el nivel personal, sanitario, laboral y socio-familiar. Todos estos niveles estarán relacionados con los factores protectores y de riesgo como también con la prevención de las recaídas.

Las líneas de actuación que propondremos al final de este trabajo serán basadas en el modelo socioeducativo, es decir en actuaciones relacionadas con la Educación Social. El modelo socioeducativo centra su atención en individuos y grupos con problemas relacionados con la exclusión, marginación e inadaptación, independientemente de su edad o género. En este caso, nuestro colectivo son las personas drogodependientes en tratamiento, y concretamente de la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre, Granada y de Pyksida, Nicosia.

Lo que pretendemos es contestar a una serie de preguntas como: ¿Cuáles son los factores de protección y de riesgo de nuestros/as participantes?, ¿Hasta qué punto los programas de Comunidad de Proyecto Hombre y de Pyksida están previniendo la aparición de recaídas?, ¿Cómo la Educación Social puede intervenir en el tratamiento de estas personas otorgando una abstinencia definitiva o prolongada?, ¿Puede el modelo socioeducativo llegar a tener resultados positivos para la gente drogodependiente en los centros de tratamiento?...

El presente trabajo está dividido en dos grandes apartados: la primera hace una fundamentación teórica y, la segunda, orientada a la parte empírica de la investigación. Concretamente, en la primera parte (capítulos 1 y 2), pretendemos explicar las formas de consumo y clasificar las sustancias a nivel social y médico, analizar los términos

relacionados con el consumo y el tratamiento, se presentan tipos de programas de atención a drogodependientes y de reducción del daño, como los programas libres de drogas, programas de objetivos intermedios o de reducción de daños, los factores de riesgo y de protección, los niveles de la prevención en las drogodependencias y los ámbitos de prevención. Igualmente, la incidencia de las drogas en el panorama internacional y en España, dando especial atención a la perspectiva de género y a las consecuencias derivadas del consumo de drogas.

Igualmente, en el segundo capítulo hacemos referencia a la situación de las drogas en Chipre, un estudio que se realizó durante los meses de junio a agosto de 2010 dentro del marco del Doctorado Internacional. El requisito del Doctorado Internacional es, entre otras cosas, realizar una estancia de investigación de mínimo tres meses fuera de España, con el objetivo de conocer la realidad correspondiente. Nuestra investigación se ha realizado en la Comunidad Terapéutica de “Pyksida” en Nicosia, Chipre, país natal de la investigadora con el fin de conocer el programa, el perfil de los/las participantes, las necesidades de los miembros y la opinión de los/las profesionales para contrastarlo con el programa de Comunidad que desarrolla Proyecto Hombre en Granada.

Del mismo modo, se estudia (capítulo 3) la acción con personas drogodependientes: los modelos cognitivos-conductuales, el Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente, la Entrevista Motivacional y el modelo socioeducativo, igual investigaciones realizadas con dichos modelos. Estos modelos nos ayudarán entender la conducta adictiva y nos servirán como referencia para proponer unas líneas de intervención. Asimismo, se presentan algunos recursos de atención en drogodependencias, como por ejemplo, los Centros de Atención Ambulatoria, las Comunidades Terapéuticas, los Centros de Día, etc.

En el capítulo 4 analizamos la prevención de las recaídas, el modelo de Marlatt y Gordon, las recaídas en las mujeres drogodependientes y diferencias de género, como también, las personas en tratamiento y la prevención de recaídas. En el capítulo 5 examinamos las Comunidades Terapéuticas, cómo se han desarrollado, sus objetivos, los criterios de admisión y exclusión, los programas realizados, e igual, una visión internacional. También, se presentan algunos programas de Comunidades Terapéuticas desarrollados de distintas asociaciones, tanto en España como en Europa y Estados Unidos.



En el capítulo 6, nos adentramos en el programa de intervención de Proyecto Hombre en España, concretamente en el programa de la fase de la Comunidad Terapéutica, espacio en el que se sitúa la investigación.

La segunda parte de la investigación está constituida por la metodología del trabajo y el diseño de la investigación: los objetivos, la muestra, los métodos e instrumentos de investigación, el análisis de la información derivada de nuestra investigación y las fases del estudio de campo (capítulo 7).

En el capítulo 8 presentamos el programa de Comunidad del programa de Proyecto Hombre en Granada y el programa que se desarrolla en la Comunidad de Pyksida en Nicosia, Chipre. Junto con el análisis de los programas de las Comunidades estudiamos la opinión de los/las profesionales con el fin de tener una visión global sobre los mismos.

A continuación, analizamos las características de la población de la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre en Granada y de Pyksida, Nicosia, derivadas de los expedientes y de los cuestionarios (capítulo 9). Como último, hacemos una discusión de los datos y de las características de la población de Proyecto Hombre y de Pyksida y un análisis conclusivo.

En definitiva, la presente investigación pretende analizar los programas de intervención de las Comunidades de Proyecto Hombre en Granada y de Pyksida en Nicosia, teniendo presente los factores de prevención y de riesgo y su influencia en las recaídas. Presentaremos el perfil tipológico de los/las participantes en el programa, e intentaremos destacar los motivos que les pueden llevar a una recaída para proponer formas de intervención desde la Educación Social con el fin de mejorar, no sólo el programa de Comunidad, pero también la vida familiar y sociolaboral de los/las participantes.



# 1. CONCEPTOS BÁSICOS, FACTORES Y PREVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS

---

En este capítulo se estudian los conceptos de “drogas”, “consumo” y “tratamiento”, conocimientos básicos en las drogodependencias. En relación con cada concepto se desarrollan los términos más afines e importantes con la intención de comprender las definiciones de la educación sobre las drogodependencias. Son informaciones teóricas de referencia en el marco de la Educación Social. Del mismo modo, analizaremos algunos tipos de programas de atención a drogodependientes, los factores de riesgo y de protección en relación con las drogas, la Prevención Integral y en qué se consiste, los diferentes niveles de la prevención en drogodependencias y los distintos ámbitos de prevención.

## **1.1. Conceptos fundamentales en drogodependencias**

El consumo de diversos tipos de drogas ha sido una constante observada desde la antigüedad en numerosos pueblos y culturas. Se relacionó largo tiempo el uso de muchas sustancias, como por ejemplo, el cannabis (marihuana y hachís), con las ceremonias religiosas y la meditación (F.A.D., 1997: 47). Pero el fenómeno de la drogadicción en España sólo ha alcanzado una extraordinaria importancia en las últimas décadas.

La drogodependencia viene considerándose desde la década de los años setenta una auténtica epidemia y uno de los problemas socio-sanitarios más graves, debido al coste que representa en términos de vidas, comorbilidad con patologías psicosomáticas, delitos contra la sociedad, descenso de la productividad laboral, conflictos familiares, etc. (Martín del Moral y Lorenzo Fernández, 2009a: 3).

El interés del siguiente apartado, se centra en unos conceptos fundamentales que consideramos que se deben conocer y comprender. Son unas informaciones teóricas de referencia en el marco de la Educación Social.

### 1.1.1. ¿Qué son las drogas?

Añaños Bedriñana (2005), resalta dos características definitorias de las drogas: su capacidad para crear habituación (dependencia) y la modificación de las funciones del organismo. Los efectos, las consecuencias y las funciones están condicionados, sobre todo, por las definiciones sociales, económicas y culturales que generan los conjuntos sociales que las utilizan. En la tabla 1 se presentan otras definiciones.

**Tabla 1: ¿Qué son las drogas?**

Definición de la droga
<i>Droga</i> es toda sustancia que, introducida en el organismo, es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central del individuo y puede modificar una o más funciones de éste, es capaz de generar dependencia, por modificaciones y otras reacciones que comprenden siempre el impulso a tomar la sustancia de un modo continuado o periódico, a fin de obtener sus efectos y, a veces, de evitar el malestar de su falta (Godoy Prada y Martínez Morcillo, 2005: 12).
El Plan Nacional sobre Drogas define las drogas como aquellas sustancias que reúnen las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"><li>• Una vez dentro de nuestro organismo, se dirigen a través de la sangre hacia nuestro cerebro, cuyo ecosistema modifican de manera variable. Su uso regular puede generar procesos conocidos como:</li><li>• Tolerancia: a medida que el organismo se va adaptando a la presencia regular de la sustancia, se necesita una mayor cantidad para producir los mismos efectos.</li><li>• Dependencia: tras un uso habitual más o menos prolongado, la persona necesita consumir la sustancia de que se trate:<ol style="list-style-type: none"><li>1. Para no experimentar síntomas de abstinencia, como veremos al hablar de la dependencia física.</li><li>2. Para afrontar su vida cotidiana, como veremos al hablar de la dependencia psicológica (Plan Nacional Sobre Drogas, 2001: 11).</li></ol></li></ul>

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo con todas las aportaciones ofrecidas sobre el término, llegamos a la conclusión de que **droga** es toda sustancia que una vez introducida en el organismo puede provocar cambios en las percepciones de la persona, en las emociones y actitudes y que generan dependencia física, psíquica o ambas.

### 1.1.2. Formas de consumo

Las diferencias en las relaciones entre los individuos y las diversas drogas se establecen mediante una clasificación a partir de las características que definen a las distintas tipologías de consumo y éstas, a su vez, de los efectos atribuidos a las sustancias que se concretan en diversos

beneficios percibidos sean orientados a la salud, al ámbito psicológico y/o social que el sujeto espera conseguir a través de la ingesta (Añaños Bedriñana, 2005: 149).

Las **cuatro formas de consumo** son: el experimental, el ocasional, el habitual y el compulsivo. Martín del Moral y Lorenzo Fernández (2009a: 16-17) y Ruiz Osuna y Doncel Berlanga (2005: 16) nos ofrecen las siguientes definiciones:

El consumo **experimental** es un consumo casual y durante un período de tiempo muy limitado. La droga se puede probar una o más veces, pero ya no se vuelve a consumir.

El **ocasional** es un consumo intermitente, cuya principal motivación es la integración grupal gracias a la desinhibición personal que se consigue. Este consumo se caracteriza porque la persona discrimina cuál es el tipo de droga que prefiere y dónde quiere usarla.

El **habitual** es un consumo que tiene lugar a diario y presenta un doble propósito. Por un lado, aliviar el malestar psico-orgánico que la persona padece (dependencia física y/o psicológica) y, por otro, mantener un rendimiento constante (caso de los consumidores diarios de cocaína). Existen alteraciones del comportamiento menores.

El **compulsivo** es un consumo muy intenso, varias veces al día. Existe un trastorno muy importante del comportamiento que da lugar a un sinnúmero de consecuencias sociales (pérdida de trabajo, rupturas afectivas, vagabundeo, actos delictivos, etc.). El consumidor suele no ser capaz de enfrentarse a los problemas básicos de la vida diaria mediante modelos normalizados de conducta.

Las dos primeras (experimental y ocasional) son formas episódicas de consumo y las dos últimas son formas crónicas en las cuales existen características de dependencia claras. Los consumos habitual y compulsivo también reciben el nombre de consumos sistemáticos. Los consumidores compulsivos son los llamados “drogodependientes”. Son personas que hacen un uso muy frecuente y prolongado de la droga que conduce al síndrome de dependencia, manifestándose claramente la tolerancia y el síndrome de abstinencia (Ruiz Osuna y Doncel Berlanga, 2005: 16).

El colectivo de nuestro estudio pertenece al grupo de personas denominadas como “drogodependientes”, es decir, personas que se caracterizan por un consumo compulsivo de sustancias, como correctamente destacan Ruiz Osuna y Doncel Berlanga (2005). Todos empezaron con un consumo experimental y ocasional los fines de semana con sus amigos y

colegas del trabajo (factores de riesgo) y con el tiempo se generó una dependencia que les llevó al consumo compulsivo. La mayoría de estas personas consumen desde hace varios años y las sustancias principales de dependencia son la cocaína, heroína y alcohol.

### 1.1.3. Clasificación social y médica de las drogas

Según la **clasificación social** de las drogas, la sociedad distingue las sustancias en legales e ilegales, es decir, las que están socialmente aceptadas y a las que no. Drogas legales son: el alcohol, el tabaco, el café, las anfetaminas, etc., sustancias que están legalmente disponibles mediante prescripción médica o en algunas ocasiones también sin ella, en una determinada jurisdicción (F.A.D., 1997).

Al contrario, drogas no institucionalizadas son todas las sustancias a las que se puede acceder a través del mercado negro, como el cannabis, la cocaína, los opiáceos (heroína), las drogas de síntesis (éxtasis, speed, popper), los alucinógenos (LSD, hongos), etc.

De acuerdo con la **clasificación médica**, las diversas sustancias están formadas en tres ramas: drogas **depresoras** del sistema nervioso central, drogas **estimulantes** y drogas **perturbadoras**. En la tabla 2 se explica a qué grupo pertenece cada sustancia, tanto legal como ilegal, a nivel médico.

**Tabla 2: Clasificación médica de las sustancias**

**Drogas depresoras del sistema nervioso central:** Sustancias que tienen en común su capacidad para entorpecer el funcionamiento habitual del cerebro, provocando reacciones que pueden ir desde la desinhibición hasta el coma, en un proceso progresivo de adormecimiento cerebral. Las más importantes de este grupo son el alcohol, los opiáceos (heroína, morfina, metadona, etc.), los tranquilizantes e hipnóticos (Ruiz Osuna y Doncel Berlanga, 2005: 23-25).

**Drogas estimulantes del sistema nervioso central:** Grupo de sustancias que aceleran el funcionamiento habitual del cerebro, provocando un estado de activación que puede ir desde una mayor dificultad para dormir tras el consumo de café, hasta un estado de hiperactividad tras el consumo de cocaína o anfetaminas. Entre estas drogas, podemos destacar por su relevancia las siguientes (ídem, 2005: 23-25): los estimulantes mayores (anfetaminas y cocaína), estimulantes menores (nicotina) y las xantinas (cafeína, teobromina, etc.).

**Drogas perturbadoras del sistema nervioso central:** Sustancias que trastocan el funcionamiento del cerebro, dando lugar a distorsiones perceptivas, alucinaciones, etc. (ídem, 2005: 23-25). Las principales son: alucinógenos (LSD, mescalina, etc.), los derivados del cannabis, y las drogas de síntesis (éxtasis, Eva, etc.). (Plan Nacional Sobre Drogas, 2001: 12-13).

Fuente: Elaboración propia

Los/as participantes de este estudio han sido consumidores de sustancias tanto legales como ilegales, combinando también drogas de las tres distintas ramas, según la clasificación médica.

En el segundo apartado de este trabajo vamos a ver la prevalencia de consumo de los miembros de la Comunidad de Proyecto Hombre Granada, las diferencias de consumo entre los dos sexos, la frecuencia de consumo, las recaídas, los factores de protección y de riesgo en relación con el consumo, etc.

Igualmente, en el capítulo 2 vamos a presentar la situación de las drogas tanto en España y Chipre como en Europa y mostrar los datos, según el Observatorio Español y Europeo, de las sustancias más consumidas y las drogas principales por las cuales la población adicta acude a tratamiento.

#### ***1.1.4. Conceptos relacionados con el consumo***

En este subcapítulo vamos a analizar términos específicos que se relacionan con el consumo de sustancias, por ejemplo, “uso”, “abuso”, etc. y distinguir las diferencias entre ellos.

##### ***1.1.4.1. Uso /Abuso***

**Uso** es aquel tipo de relación con las drogas en el que, bien por su cantidad, por su frecuencia o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, no se detectan consecuencias inmediatas sobre el consumidor ni sobre su entorno (Plan Nacional Sobre Drogas, 2001: 14). Según Martín del Moral y Lorenzo Fernández (2009a: 4), es el consumo, utilización y gasto de esa sustancia sin que se produzcan efectos médicos, sociales, familiares, etc.

Al contrario, **abuso** es aquella forma de relación con las drogas en la que, bien por su cantidad, por su frecuencia y/o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, se producen consecuencias negativas para el consumidor y/o su entorno (Plan Nacional Sobre Drogas, 2001: 14). Se considera abuso cualquier consumo de droga que dañe o amenace con dañar la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, de diversos individuos o de la sociedad en general (Martín del Moral y Lorenzo Fernández, 2009a: 4). También, una persona que abusa de las drogas frecuentemente sufre una serie de consecuencias negativas relacionadas con el deterioro de su organismo o de naturaleza psicosocial (Asociación “SOS Drogas”, 2009).

Más allá de ideas preconcebidas, en cada caso tenemos que analizar los diversos elementos referentes a las sustancias, a las pautas de consumo y al contexto personal y social en el que el

consumo tiene lugar, antes de decidir si nos encontramos en presencia de una situación de uso o abuso (Plan Nacional sobre Drogas, 2001: 15-16).

De los conceptos analizados sobre el uso se concluye que **uso** es *la forma de consumo cuando no se producen consecuencias negativas para el consumidor y/o su entorno*. Al contrario, el **abuso** es *la forma de consumo que genera consecuencias negativas al consumidor y su entorno*. Una de las tareas más importantes de los programas preventivos en general es la educación de los jóvenes sobre las drogodependencias con el fin de formar actitudes reflexivas, positivas y/o críticas hacia el mantenimiento de la salud y en contra del abuso de drogas.

#### ***1.1.4.2. Dependencia***

Siguiendo lo dicho por la Organización Mundial de la Salud, entendemos por **dependencia** “aquella pauta de comportamiento en la que se prioriza el uso de una sustancia psicoactiva frente a otras conductas consideradas antes como más importantes” (Plan Nacional Sobre Drogas, 2001: 16). El consumo de drogas pasa a convertirse así en una conducta en torno a la cual se organiza la vida del sujeto. Este dedicará la mayor parte de su tiempo a pensar en el consumo de drogas, a buscarlas, a obtener financiación para comprarlas, a consumirlas, a recuperarse de sus efectos, etc.

El concepto genérico de dependencia integra dos dimensiones: la dependencia física y la psíquica.

La **dependencia física** es cuando el organismo del sujeto se va adaptando al tóxico, con la necesidad de repetir la dosis para mantener la realidad en la que está inmerso (ídem, 2001: 17). Es un estado adaptativo característico por la aparición de trastornos físicos intensos cuando suspendemos la administración de la droga (Ruiz Osuna y Doncel Berlanga, 2005: 14). Tales trastornos forman un síndrome de abstinencia que se compone de signos y síntomas somáticos y psíquicos que son característicos del tipo de droga de que se trate.

Al contrario, la **dependencia psíquica** es la compulsión por consumir periódicamente la droga en cuestión, para experimentar un estado afectivo agradable (placer, bienestar, euforia, sociabilidad, etc.) o librarse de un estado afectivo desagradable (aburrimiento, timidez, estrés, etc.). (Plan Nacional Sobre Drogas, 2001: 17). Como destaca la F.A.D. (1997: 17), aparece un



deseo imperioso de utilizar repetidamente la sustancia. El sujeto tiene el convencimiento de que necesita la droga, exista o no dependencia física, y se ve impulsado a su administración.

Según todo lo dicho, “**dependencia**” es el resultado de unos síntomas conductuales, cognitivos y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia. En nuestro trabajo, toda población ha experimentado dependencia física y psíquica, hecho que les llevó a recibir tratamiento.

#### ***1.1.4.3. Tolerancia, Síndrome de Abstinencia (S.A.) y Policonsumo***

**Tolerancia, Síndrome de Abstinencia y Policonsumo** son términos básicos en la drogodependencia. En la tabla 3 se explican estos conceptos de acuerdo con varios autores y la F.A.D.

La mayoría de nuestros/as participantes han experimentado el Síndrome de Abstinencia y también han sido policonsumidores. Una de las características de los adictos a las drogas es el consumo de diferentes sustancias al mismo tiempo con el objetivo de conseguir el efecto deseado, para sustituir drogas que no tienen o para debilitar los efectos de otra sustancia. Por ejemplo, toman alcohol o fuman cannabis para reducir los efectos de la cocaína.

#### ***1.1.5. Conceptos relacionados con el tratamiento***

El objetivo general en el tratamiento de las drogodependencias es la modificación de la conducta patológica que experimenta el adicto, dotándole de una capacidad de control de las situaciones y circunstancias personales y ambientales que le inducen al consumo de la droga (Martín del Moral y Lorenzo Fernández, 2009b: 49-50). El tratamiento de una drogodependencia es complejo y multidimensional: en una primera fase se valora, además de la situación del consumidor, sus circunstancias familiares y sociales, y posteriormente se establece un plan de tratamiento individualizado (ídem, 2009b). La meta ideal en todo tratamiento de una drogodependencia es conseguir la erradicación total de la droga de la vida del individuo (“eliminar el daño”), si bien este objetivo puede ser imposible a corto plazo, siendo a veces necesario plantearse como un objetivo a largo plazo, y requiriéndose instaurar entre tanto medidas terapéuticas de mantenimiento (“minimizar el daño”).

Los términos más básicos del tratamiento son los siguientes que vamos a explicar con detalle:

**Tabla 3: Definiciones de los conceptos “Tolerancia”, “Síndrome de Abstinencia” y “Policonsumo”**

<p><b>Tolerancia</b></p>	<p>La tolerancia presenta los siguientes síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.</li> <li>- El efecto de las mismas cantidades de la sustancia disminuye claramente con su consumo continuado (Martín del Moral y Lorenzo Fernández, 2009a: 14-15).</li> </ul> <p>Es el estado de adaptación del organismo a la acción de un fármaco psicoactivo. Se caracteriza por la bajada de los efectos inmediatos y de su intensidad frente o igual a dosis del mismo, creando la necesidad de aumentar la dosis en el individuo, para obtener los mismos efectos (Ruiz Osuna y Doncel Berlanga, 2005: 15).</p> <p>Es el proceso que permite al organismo admitir progresivamente una mayor cantidad de droga. Se caracteriza por una disminución general del efecto de la sustancia al ser ésta admitida repetidas veces, de tal forma que el sujeto consumidor debe elevar la dosis para conseguir la sensación deseada (F.A.D., 1997: 17).</p> <p>El fenómeno conocido como <b>tolerancia cruzada</b> es el estado de adaptación a los efectos de una sustancia no por haberle tomado sino porque la tolerancia es específica a otra. Uno de los ejemplos más claros lo constituye la tolerancia a los tranquilizantes que desarrollan los alcohólicos (F.A.D., 1997: 17; Martín del Moral y Lorenzo Fernández, 2009a: 16).</p>
<p><b>Síndrome de Abstinencia</b></p>	<p>Es el conjunto de síntomas psíquicos y físicos que aparecen al retirar o disminuir el consumo de una determinada droga, de la que se ha generado dependencia (F.A.D., 1997: 17-18).</p> <p>La abstinencia presenta los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Se administran la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.</li> <li>b) La sustancia es administrada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de los que inicialmente se pretendía.</li> <li>c) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.</li> <li>d) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.</li> <li>e) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.</li> </ol> <p>Se continúa administrando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos, físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (Martín del Moral y Lorenzo Fernández, 2009a).</p> <p>Es el síndrome específico para cada sustancia tóxica, que aparece tras la supresión brusca de una droga con capacidad adictiva. Se caracteriza por la aparición de signos y síntomas físicos y psicopatológicos, los cuales ceden tras la administración de la droga o con un tratamiento psicofarmacológico adecuado. La intensidad del síndrome de abstinencia depende de la sustancia, la dosis, el tiempo de interrupción, el significado del consumo para el toxicómano, etc. (Ruiz Osuna y Doncel Berlanga, 2005: 15).</p>
<p><b>Policonsumo</b></p>	<p>Es el consumo de diferentes sustancias al mismo tiempo y se trata de un hábito cada vez más generalizado. Los/las drogodependientes que realizan una demanda profesional, a menudo tienen la convicción de que sólo les causa problemas la droga que ha sido dominante en su proceso de adicción, lo que se convierte en una compilación más a la hora de pautar un tratamiento y de prever futuras recaídas (F.A.D., 1997: 21).</p> <p>El <b>politoxicómano</b> como la persona que consume varias drogas simultáneamente o en distintos momentos. Con frecuencia, el abuso y dependencia incluyen muchos tipos de sustancias; las personas con una dependencia de la cocaína toman frecuentemente alcohol, ansiolíticos o opiáceos para contrarrestar los síntomas persistentes de la ansiedad (Ruiz Osuna y Doncel Berlanga, 2005: 18).</p>

Fuente: Elaboración propia

### **1.1.5.1. Motivación**

La **motivación** hace referencia a la voluntad del sujeto de abandonar el consumo de drogas y el estilo de vida que la dependencia conlleva. La decisión del sujeto de iniciar un tratamiento nunca es contundente; su motivación se caracteriza por dos notas fundamentales: bajo nivel (de motivación) y carácter fluctuante.

Estos rasgos no se deben concebir como inherentes al sujeto drogodependiente, sino como una peculiaridad propia de su estado, susceptible de ser modificada (F.A.D., 1997).

Los factores básicos que influyen en la motivación del individuo para plantearse al abandono del consumo son (ídem, 1997):

- *La privación*: falta de dinero o de disponibilidad de la sustancia. Normalmente esto acarrea demandas urgentes de tratamiento y un compromiso muy débil para iniciarlo.
- *Estimulación nociva*: concepto muy amplio que incluye problemas legales, orgánicos, laborales, expulsión del hogar...
- *Existencia de incentivos*: se basa en las compensaciones que va a tener el sujeto a cambio de su dependencia.

En este sentido, la familia, los amigos, profesionales o cualquier figura cercana al drogodependiente tienen un papel fundamental pues su actitud y posicionamiento respecto al problema influirán en el grado de motivación y de compromiso del mismo.

La motivación es uno de los elementos más importantes para las personas drogodependientes a la hora de acudir a tratamiento. Muchos de los/las participantes en este estudio, especialmente los/las que son padres/madres, han querido entrar en el programa de Proyecto Hombre para poder tener una vida sana con sus hijos/as. Para otros/as la influencia de su pareja, de sus familiares y especialmente de sus padres ha sido determinante para tomar tal decisión. Como veremos luego, la motivación juega un papel muy importante, no sólo a la hora de entrar en tratamiento pero también para no recaer. También, la familia, los/as hijos/as y/o la pareja pueden funcionar como factores protectores y pueden motivar a estas personas a conseguir una abstinencia definitiva o prolongada.

### **1.1.5.2. Desintoxicación y Deshabitación**

La **desintoxicación** está orientada a que la persona deje de consumir la droga, sin que llegue a padecer un síndrome de abstinencia agudo. La desintoxicación es un primer paso dentro del tratamiento global, especialmente en la dependencia a las drogas cuya retirada desencadena un manifiesto síndrome de abstinencia (heroína) (Martín del Moral y Lorenzo Fernández, 2009b: 50-51; Pons Díez, 2004: 116; Bobes García, Casas Brugué, Gutiérrez Fraile, 2003).

La duración y gravedad de la desintoxicación varía en función del tipo de sustancia, la frecuencia, dosis y vía de administración, el tiempo de consumo, existencia o no de patologías asociadas, etc. Dos son las formas más frecuentes de llevarla a cabo: en régimen hospitalario y en régimen ambulatorio o domiciliario. Según Pons Díez (2004), normalmente los tratamientos de tipo psicológico, de autoayuda, centros de día o comunidades terapéuticas son introducidos en este momento. Al igual que la desintoxicación, puede realizarse desde distintos ámbitos: Centro ambulatorio, Centro de día y Comunidad Terapéutica (C.T.).

**Deshabitación** es la fase posterior a la desintoxicación, de mayor duración cuyo objetivo es terminar con los hábitos de vida mantenidos a lo largo de la dependencia (F.A.D., 1997: 23). Durante la *deshabitación*, el individuo va incorporando nuevas capacidades y habilidades que le permiten, por una parte, no consumir, y por la otra, la reconstrucción de su vida personal y social. Ayuda a la persona a afrontar su dependencia psicológica y tiene como finalidad prevenir las recaídas y ayudarla en su reintegración social (Pons Díez, 2004: 116). Los objetivos de esta fase son: ruptura con los hábitos de consumo, refuerzo de la autonomía personal y aprendizaje de estrategias adecuadas para afrontar el problema. (Bobes García et al, 2003).

La deshabitación está orientada a que el/la drogodependiente se enfrente al problema (su consumo de droga) con esperanzas de éxito. Esto se hace a través de estrategias que logren neutralizar aquellos factores que le llevaron al consumo. La deshabitación es un proceso multidimensional en el que se ponen en juego medidas farmacológicas, higiénicas, psicoterapéuticas, socioterapéuticas, etc. Requiere de un ambiente adecuado y, a veces, precisa de un régimen de internamiento (hospitalización, C.T., etc.) (Martín del Moral y Lorenzo Fernández, 2009b: 51).

Estos conceptos se explican con más detalle en el capítulo 3 donde nos enfocamos en los programas de tratamiento para personas drogodependientes.

### 1.1.5.3. Recaída e inserción - Reinserción social

La tabla 4 revela algunas definiciones sobre los conceptos de **recaída e inserción y reinserción social**, según varios autores.

**Tabla 4: Recaída e inserción - Reinserción social**

Recaída	Inserción - Reinserción social
<p>Se entiende por recaída el retorno al consumo de drogas, y al consecuente estilo de vida, después de un período de abstinencia y de cambio en la manera de subsistir (F.A.D., 1997).</p> <p>En verdad, las recaídas forman parte de la propia evolución del drogodependiente en su intento por mantenerse abstinentes. Éste es un proceso que pocas veces se da de manera lineal, sino más bien de forma dinámica y en espiral; las recaídas deben integrarse como un elemento más en dicha transformación (F.A.D., 1997; Bobes García et al, 2003).</p> <p>Por otra parte, no se deben interpretar en términos absolutos pues pueden presentarse de muy diversas maneras. Así, diversos autores consideran estas manifestaciones como un continuum: en un extremo se situaría el desliz o consumo puntual y en el otro la verdadera recaída. Los componentes afectivos, cognitivos y conductuales estarían presentes desde el momento en que ocurre dicho desliz, pero su frecuencia e intensidad son mucho más sutiles que en la auténtica reincidencia.</p> <p>Algunos indicadores que pueden anticipar una inminente recaída son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Situaciones de alto riesgo, que se convierten en excelente caldo de cultivo; por ejemplo frecuentar puntos de venta y de consumo de la sustancia de la que se dependía.</li> <li>▪ Estados de ánimo negativos (tristeza, sensación de “vacío”, hastío, etc.).</li> <li>▪ Actitudes, pensamientos y sentimientos que propicien nuevos consumos (recuerdo de la sustancia e idealización de sus efectos, celos hacia su tratamiento y recuperación, necesidad de gratificaciones inmediatas, etc.).</li> <li>▪ Presencia de otros factores de riesgo como alteraciones psiquiátricas, eventos vitales, pautas de supervisión familiar contraproducentes, etc.</li> </ul> <p>Por ello, se hace imprescindible durante el proceso de deshabitación trabajar aspectos personales como la competencia ante la angustia, autocontrol, posibles conflictos emocionales o personales, etc., con el fin de disminuir las posibilidades de recaída al aparecer los indicadores antes citados (F.A.D., 1997).</p>	<p>La inserción o integración social es, de acuerdo con Rodríguez Álvarez (2007: 189), “la mejora del grado de autonomía personal y de participación social del individuo en su entorno, como sujeto de derechos y deberes. Por tanto, la inserción social de la persona drogodependiente, va a exigir, por un lado una intervención integral que incida en los distintos planos de la persona: salud, consumo, vivienda, ingresos, red social y familiar, recursos familiares y psicológicos, situación legal y formación y empleo, por un lado y por otro, una actuación sobre el entorno social que ha excluido al drogodependiente y que tiene la responsabilidad de articular los medios necesarios para facilitarle el acceso”.</p> <p>La reinserción implica promover una situación de estabilidad personal y social que facilite al sujeto desarrollar aquellas dimensiones de su vida, que quedaron bloqueadas como consecuencia del consumo de drogas. Es decir, persigue posibilitar la participación e interacción del drogodependiente en las siguientes áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Laboral: capacitarle para poder entrar en el mercado laboral con las mismas posibilidades que cualquier otro individuo.</li> <li>▪ Formativa: por ejemplo, fomentar su participación en actividades de tipo cultural.</li> <li>▪ Tiempo libre: despertar el interés por otro tipo de alternativas capaces de satisfacerle.</li> <li>▪ Salud: inculcar hábitos de vida que preserven el bienestar y la integridad de la persona.</li> <li>▪ Social: potenciar el encuentro con los amigos desvinculados del consumo de drogas.</li> </ul> <p>En el período de reinserción el sujeto debe ir integrándose de manera progresiva en su medio familiar y social, de forma que pueda hacer una vida autónoma, sin la presencia de drogas. Puesto que las dependencias se consideran enfermedades crónicas, no puede aplicarse el concepto médico de curación, ya que nuevos consumos ocurridos tras largos períodos de abstinencia reactivan el proceso. Los objetivos de este período son: reordenamiento de la dinámica familiar, de la interacción grupal y facilitación de la inclusión social (Bobes García et al, 2003).</p>

Fuente: Elaboración propia

Con el concepto de recaída nos vamos a ocupar en el capítulo 4 donde explicaremos en qué consisten, presentaremos el modelo de Marlatt y Gordon y algunas investigaciones realizadas sobre la prevención de recaídas. Del mismo modo, hablaremos en el segundo apartado sobre las recaídas de nuestros/as participantes, qué es lo que provocó estos retrocesos y la relación con los factores de riesgo.

A continuación, vamos a presentar algunos de los programas de atención a drogodependientes y de reducción del daño, como también, analizar el tema de la prevención de las drogodependencias en relación con la educación, los factores de riesgo y de protección, la prevención integral y los diferentes niveles y ámbitos de la prevención en drogodependencias.

Una de las metas de la Educación Social es la prevención de las drogodependencias que incluye acciones dirigidas a individuos y grupos. La vía educativa de prevención pretende el desarrollo de habilidades y capacidades, así como el fomento de valores y actitudes relacionados con los factores de riesgo y protección (Díez Sánchez, 2005: 339-340). De acuerdo con Vega Fuente (2008: 415-416), el fenómeno de las drogodependencias ha cambiado mucho los últimos años. Han cambiado los patrones de conducta relacionadas con las drogas. Se trata de consumos relacionados con el ocio y el fin de semana, sin conciencia de riesgo, frente al consumo de marginación y delincuencia. Por eso, es necesario revisar las estrategias preventivas hasta ahora desarrolladas y adaptarlas a la nueva situación, con especial hincapié en las políticas de prevención y educación para la salud en la edad escolar.

Según Parra Garcés (2002: 4), *“prevención es la capacidad que posee el ser humano y su grupo social para anticiparse a la posible presencia de hechos que les pueden ocasionar bienestar o daño, permitiéndoles así, crear y/o fortalecer con antelación, y de manera participativa los conocimientos, actitudes, estrategias, habilidades, valores, sentimientos y acciones que les ayudarán, de una parte, a impedir o minimizar el daño previsto o a fortalecer el logro del bienestar esperado y, de otra, a asumir los riesgos que la situación les depare”*.

## **1.2. Programas: tipos de programas de tratamiento**

A lo largo de estos años se han ido incorporando una serie de programas que tenían como objetivo reducir los riesgos y los daños producidos por las drogas. Se caracterizan por mantener

estrategias y acciones tanto individuales como colectivas, en las áreas sanitaria, social y psicológica, encaminadas a minimizar los efectos negativos relacionados con el consumo de drogas (Defensor del Pueblo Andaluz, 2002: 234-235).

Este apartado desarrolla brevemente el tratamiento farmacológico de la dependencia a opiáceos que son tratamientos realizados con productos de igual acción biológica – agonistas opiáceos-, administrados en programas de mantenimiento y en condiciones controladas (Ballesteros, 1997: 11). Nos centramos en este tipo de programas porque nuestros/as participantes presentan problemas de adicción, principalmente con sustancias como es la heroína.

De acuerdo con Leza Cerro y Muñoz Madrigal (2009: 143), el tratamiento farmacológico de la adicción opiácea puede realizarse bajo tres enfoques diferentes:

- a) Tratamientos sustitutivos con agonistas opiáceos: metadona y levo-alfa-acetilmadol (LAAM) son los más importantes.
- b) Tratamientos con antagonistas opiáceos: naltrexona.
- c) Tratamientos con agonistas parciales: buprenorfina.

Este método presenta indudables ventajas, pero también algunos inconvenientes, que condicionan su uso. Según Bobes García et al (2003: 222), el principal inconveniente de los programas con agonistas opiáceos es que, dada su larga duración (de 7 a 21 días según el consumo y el agonista utilizado), aumentan los riesgos de recaídas en el consumo durante el tratamiento, disminuyendo su efectividad. Así, se reduce el porcentaje de éxito de estos programas que se sitúa entre el 40 y 60% según se realicen en medio ambulatorio u hospitalario.

La desintoxicación ambulatoria con metadona se trata de un método que se ha probado y utilizado en muchos lugares y es el método preferido para aliviar los síntomas de abstinencia (Seidenberg y Honegger, 2000: 175). La mayoría de los/las participantes, una vez que han empezado con la metadona, sólo quieren pasar el periodo de desintoxicación con esta sustancia. En realidad, la utilización a corto plazo de la metadona no es imposible desde el punto de vista farmacológico, pero los/las participantes sufren un síndrome de abstinencia prolongado en razón de su gran acumulación.

La desintoxicación ambulatoria con buprenorfina (agonista parcial) se utiliza como medicación de mantenimiento en tratamientos a largo plazo. En comparación con la metadona, la buprenorfina suele inducir interrupciones más frecuentes de los tratamientos, especialmente durante las primeras semanas (ídem, 2000: 175-176).

Hay tres tipos de programas para la desintoxicación de drogas: Programas libres de drogas; Programas de reducción de daños que son los programas de mantenimiento con metadona, de heroína y LAAM; Programas de recaídas.

### 1. Programas libres de drogas

Los *programas libres de drogas (P.L.D.)* se tratan de estrategias asistenciales cuya meta es mantener la abstinencia de drogas en cada uno/a de sus participantes (Defensor del Pueblo Andaluz, 2002: 198; F.A.D., 1997). De acuerdo con el Defensor del Pueblo Andaluz (2002), los programas libres de drogas no sólo plantean como objetivo la abstinencia, sino que intentan mejorar la calidad de vida de la persona y, en definitiva, su normalización dentro de su entorno familiar y personal más próximo. Los objetivos de estos programas parten de asegurar la desintoxicación de los/las participantes, lograr su deshabituación y prevenir las recaídas. Al mismo tiempo, pretenden fortalecer toda una serie de habilidades sociales que les permiten afrontar situaciones de consumo o de alto riesgo, problemas cotidianos, y así conseguir que éstos no lleguen a convertirse en situaciones frustrantes (ídem, 2002).

En un estudio comparativo entre programas libres de drogas y un programa de mantenimiento con metadona en adictos a opiáceos, Rodríguez Molina (2007: 370) llega a la conclusión que, el P.L.D., basado en técnicas de modificación de conducta con apoyo de Naltrexona, tiene éxito para retener a las personas en tratamiento, hacer que haya pocos consumos tanto de opiáceos como de otras sustancias y además, esto se produce en mayor medida con estos individuos que con los que llevan a cabo un P.M.M. Afirma que ambos grupos, el P.M.M. y el P.L.D. disminuyen el consumo de heroína pero no en la misma medida: los del P.M.M. siguen teniendo nueve veces más positivos que los del P.L.D. Se justifica el empleo de una droga como la metadona para mantener a las personas en tratamiento y para evitar los riesgos asociados al consumo de heroína. Sin embargo, en ambas variables, retención y consumo de heroína, el grupo del P.L.D. obtuvo mejores resultados: hubo más sujetos que se mantuvieron en tratamiento y menos consumos de heroína en el P.L.D. que el P.M.M. (ídem, 2007: 370). Una potencial explicación está en la ausencia de terapias psicológicas sistematizadas en los P.M.M. De los centros de P.M.M. estudiados sólo el 10% aplican a todos sus usuarios tratamiento psicológico sistemático. Sólo el 36% de los mismos tenían psicólogo e incluso, no siempre hacían terapia, sino a veces sólo seguimiento (ídem, 2007).

### 2. Programas de objetivos intermedios o de reducción de daños

Los *Programas de objetivos intermedios o de reducción de daños* se caracterizan por mantener estrategias y acciones, tanto individuales como colectivas, en las áreas sanitaria, social y psicológica encaminadas a minimizar los efectos negativos relacionados con el consumo de drogas. Parten del reconocimiento y aceptación de determinados consumos problemáticos, la capacidad de atracción y retención de los usuarios de drogas en los dispositivos asistenciales, su protagonismo en los programas de actuación, la integración y articulación con los programas libres de drogas, su capacidad de integración en la red asistencial, etc. (Defensor del Pueblo Andaluz, 2002). A partir de las limitaciones de los programas libres de drogas como única vía de tratamiento para todos los usuarios y para todos los momentos, han ido cobrando fuerza aquellas estrategias orientadas a mejorar la calidad de vida y las condiciones de salud del drogodependiente (F.A.D., 1997). Así las cosas, con la intención de adecuar las estrategias asistenciales a las necesidades terapéuticas del drogodependiente, han surgido diferentes formas de intervención, con muy diversos objetivos. En esta línea se encuentran los programas de intercambio de jeringuillas y reparto de preservativos, los denominados “centros de emergencia” en los que se ofrece una mínima asistencia profesional a la vez que permiten utilizar ciertos servicios como lavandería, duchas, etc. (F.A.D., 1997: 25-26). De acuerdo con el Plan Nacional Sobre Drogas (2008), los programas de reducción de daños tienen una finalidad sociosanitaria encaminada a minimizar los daños a nivel del estado de salud (transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana, de las hepatitis B y C, etc.) asociados al consumo de drogas pero que también realizan intervenciones de carácter social y psicológico.



Dentro de los *Programas de reducción de daños* se incluyen los Centros de Emergencia Social, las Unidades Móviles (autobuses, furgonetas, coches), las Oficinas de Farmacia, los Programas de intercambio de jeringuillas (PIJS) y las Salas de inyección segura o de venopunción.

Otros tipos de programas de reducción de daños son los programas de mantenimiento con metadona, con sustitutivos LAAM, con heroína y los programas de recaídas. A continuación, se describe brevemente el programa de recaídas que está estrechamente asociado con el objeto de nuestro estudio y población.

### ***1.2.3. Programa de recaídas***

Se entiende por **recaída** el retorno al consumo de drogas, y al consecuente estilo de vida, después de un período de abstinencia y de cambio en la manera de subsistir. Esta situación obedece a la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. La contribución específica de cada uno de estos elementos, en un individuo concreto, dependerá de su historia de aprendizaje, su estado físico, su situación psicológica y su entorno. En realidad, las recaídas forman parte de la propia evolución del drogodependiente en su intento por mantenerse abstinente. Éste es un proceso que pocas veces se da de manera lineal, sino más bien de forma dinámica y en espiral; las recaídas deben integrarse como un elemento más en dicha transformación (F.A.D., 1997; Bobes García et al, 2003).

Por otra parte, no se deben interpretar en términos absolutos, pues pueden presentarse de muy diversas maneras. Así, diversos autores consideran estas manifestaciones como un continuo: en un extremo se situaría el desliz o consumo puntual y en el otro la verdadera recaída. Los componentes afectivos, cognitivos y conductuales estarían presentes desde el momento en que ocurre dicho desliz, pero su frecuencia e intensidad son mucho más sutiles que en la auténtica reincidencia.

Algunos indicadores que pueden anticipar una inminente recaída son: Situaciones de alto riesgo, que se convierten en excelente caldo de cultivo; Estados de ánimo negativos (tristeza, sensación de “vacío”, hastío, etc.); Actitudes, pensamientos y sentimientos que propicien nuevos consumos; Presencia de otros factores de riesgo como alteraciones psiquiátricas, eventos vitales, pautas de supervisión familiar contraproducentes, etc.

Tanto para el/la participante como para el profesional es útil considerar la recaída como una experiencia de aprendizaje: reflexionar acerca de la situación de riesgo que le ha llevado a abandonar la abstinencia, analizar las respuestas que pudo haber utilizado frente a esa coyuntura, intentar mantener el control sobre la sustancia...Son medidas que pueden ayudar a los/las drogodependientes a afrontar nuevos consumos o a poderlos anticipar. Evidentemente es esencial que el/la terapeuta considere al sujeto como un enfermo, tanto desde el punto de vista emotivo como intelectual, y evite toda actitud moralizante o reprobatoria (García Rodríguez, 1993: 82). Al mismo tiempo, deberá ayudar al participante a hacer frente a la realidad y a aceptar la responsabilidad de sus actos, pero sin adoptar un tono de repulsa, que sólo serviría para acentuar sus sentimientos de culpabilidad, aislamiento y desesperación, y para consolidar su inadaptación a la vida y su tendencia a abusar de las drogas.

### **1.3. Factores de riesgo y de protección**

La gente joven consumidora tiene unas características personales y sociales que incrementan la posibilidad de implicarse en usos problemáticos de drogas. Estas características se llaman **factores de riesgo** y hacen la persona propensa al consumo de drogas. Según dicen varios autores, (Arbex, 2005: 77; Becoña Iglesias, 2002; Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2008: 49), el riesgo o la vulnerabilidad de este grupo de jóvenes es por *situaciones socioculturales*, es decir, los entornos sociales en los que se están socializando, por ejemplo, crecer en entornos de alto riesgo (delincuencia, barrios o zonas donde se consumen drogas, etc.), con familias problemáticas (poca comunicación, escasa afectividad, consumidores, etc.), jóvenes excluidos socialmente, inmigrantes con problemas de integración social, etc. También, por su *particular riesgo personal*, que viene determinado por su historia de inadaptación y fracaso escolar, hijos de alcohólicos o drogodependientes, niños con una experimentación temprana con drogas, baja autoestima, inseguridad y timidez, problemas psicológicos (depresión), etc.

Los rasgos de personalidad son factores individuales que explican la dependencia psicológica. Cuatro de las características principales que se dan en la gente adicta son: 1) la baja autoestima y un autoconcepto negativo, 2) carencia en habilidades sociales, 3) inestabilidad emocional y, 4) inmadurez emocional (Pons Díez, 2004: 73-76).

Molina Galindo (2005: 326-327) destaca como **factores de riesgo** del individuo los siguientes:

- 1. Historia familiar de alcoholismo:** dentro de la familia, la historia de alcoholismo de alguno de sus miembros, suele citarse como un factor que puede predecir el abuso de drogas.
- 2. Pautas educativas:** los déficits o los excesos de disciplina, la excesiva implicación de uno de los padres acompañada del desentendimiento o permisividad del otro, son factores asociados al uso indebido de drogas. Aparecen características comunes en los padres de adolescentes que abusan de las drogas: la baja comunicación familiar, la inconsistencia en las normas, límites poco claros y expectativas poco realistas sobre sus hijos. Las bajas expectativas académicas de los padres hacia sus hijos predicen el inicio en el consumo. Por otro lado, la supervisión de los padres, el fomento del autocontrol o la toma de decisiones por parte de los hijos son factores de prevención.
- 3. Actitudes y modelos de conducta:** las actitudes positivas de los padres hacia el uso de drogas, aparecen asociadas al uso indebido de sustancias por parte de los hijos en numerosas investigaciones.
- 4. Conflictos familiares:** predice mejor los problemas de conducta que la propia estructura de la familia. Además, la ausencia de lazos familiares y la baja implicación de la madre hacia sus hijos predice el inicio del consumo.
- 5. Fracaso escolar:** en el caso de la escuela, todos aquellos factores que alienan de alguna forma al individuo también son factores de riesgo: el fracaso escolar es el principal de ellos. Una buena adaptación escolar en la adolescencia reduce el uso frecuente de drogas.
- 6. Factores de personalidad:** desde las primeras etapas de la infancia se puede detectar el riesgo, especialmente si el niño/la niña presenta agresividad, hiperactividad, rebeldía, pobre autocontrol, búsqueda de sensaciones, dificultad para relacionarse, etc. Los programas de prevención deben detectar precozmente estas situaciones para intervenir de forma preventiva.
- 7. Grupo de iguales:** la asociación con pares consumidores es uno de los factores más asociados con el uso de drogas. En la elección del grupo influyen una serie de variables de diferente índole: la comunicación familiar y valoración positiva de los padres hacia los

amigos parece ser clave. Corregir la sobreestimación del consumo de drogas de los compañeros debe ser uno de los objetivos de las intervenciones preventivas con adolescentes y jóvenes.

La **edad de inicio de consumo** se convierte en un potente factor de riesgo para el consumo de drogas de acuerdo con Martínez González, Trujillo Mendoza y Robles Lozano (2008: 21). Muchos estudios han analizado la relación entre la edad de inicio del consumo de alcohol y los problemas relacionados con éste. Estos estudios coinciden en indicar la existencia de una fuerte relación entre los patrones de consumo de alcohol, los problemas relacionados con éste y la edad en la que se inició el consumo. La edad de inicio en el consumo de alcohol es por tanto un excelente factor de predicción del tipo de consumo que habrá después, de modo que cuanto más inferiores sean las edades a las que se inician en el consumo de alcohol las personas más problemas asociados al consumo de alcohol presentarán.

Según destacan los mismos autores (ídem, 2008), la relación entre la edad de inicio de drogas y el uso abusivo de las mismas ha llevado al diseño de estrategias preventivas que intentan retrasar el primer contacto con la sustancia para una menor implicación en el consumo y una mayor discontinuidad en el uso.

Al contrario, **factor de protección** es “toda variable cuya presencia en una persona o en su entorno disminuye la probabilidad de aparición de una determinada conducta desajustada” (Pons Díez, 2004: 71).

Igual, como destacan Martínez González et al (2008: 25), los factores de protección se han definido como “aquellas variables que contribuyen a modular, prevenir o limitar (reducir) el uso de drogas”, es decir, son factores que moderan o mediatizan los efectos de la exposición a riesgos.

Los **factores de protección**, son los elementos o características a nivel personal, familiar o social que impiden o evitan que una persona experimente y/o mantenga el consumo de alguna droga. Según Becoña Iglesias (2002: 214), la protección familiar es el polo opuesto de los factores de riesgo; protege a las personas de no consumir drogas, de no implicarse en otras conductas problemáticas, de conseguir una mejor estabilidad emocional y un adecuado desarrollo para pasar a la niñez, a la adolescencia y a la edad adulta de un modo adaptado.

La intervención desde los espacios socioeducativos se plantea como objetivo fundamental el minimizar los factores de riesgo, pero sobre todo, fortalecer los factores de protección. La investigación sobre estos factores sirve para guiar las estrategias preventivas, que consistirán básicamente en reforzar los factores de protección y en minimizar los factores de riesgo (Pons Díez, 2004: 72).

De acuerdo con el Youth Justice Board (2005: 25), el término “factores protectores” define la ausencia de riesgo que evita que los niños y jóvenes caigan en el abuso de drogas o que participen en actos violentos y/o crímenes, u otros comportamientos antisociales. Los niños/as y jóvenes con un temperamento flexible, con un sentido de autoeficacia, una actitud positiva, abierta y con una gran inteligencia, están protegidos/as contra el riesgo de consumir drogas o delinquir. Los lazos afectivos con los padres y madres ayuda a los jóvenes a fortalecerse y las experiencias positivas en la escuela aumentan su autoestima y autoeficacia. El sentido de autoeficacia, a su vez, está vinculado a la capacidad de planificar el futuro, de prever las consecuencias y buscar soluciones positivas a los problemas (ídem, 2005: 27).

Hawking, Catalano y Miller (1992), sugieren desarrollar estrategias preventivas en la medida en que se va consiguiendo la reducción de riesgos. Hacen referencia a programas de prevención multicomponentes en los que se atiende tanto a los factores de riesgo como a los de protección, ajustando el diseño preventivo a las necesidades del momento. Esto lleva a que los programas preventivos deban estar en función de estrategias individualizadas, adecuadas al grupo, debiéndose realizar una evaluación continuada del vínculo entre factores de riesgo y protección.

En relación con los **factores de protección y el género**, observamos que algunos de los factores protectores están más presentes en alguno de los géneros, a la vez que otros factores podrían estar presentes en las personas sin depender de esta variable. Por ejemplo, las mujeres suelen presentar más miedo a las drogas, asisten a actividades de la parroquia, valoran más la salud que los hombres, tienen más capacidad de autosuperación, valoran más las leyes y normas de la comunidad o de la escuela, suelen tener una buena formación escolar, más apego a los hijos y están más pendientes a la directividad en la educación de sus vástagos y cumplen con los compromisos. De todos modos, estos factores pueden ser compartidos por ambos géneros (Martínez González et al, 2008).

Las diferencias de género con respecto a determinados factores de riesgo se han detectado en un trabajo que realizó Amaro en 2001 (ídem, 2008: 32-33), donde se detectó la existencia de factores que afectan a ambos géneros pero de forma diferente, como por ejemplo: el apoyo social, déficit en el autocontrol, depresión, rendimiento académico, estilo educativo autoritario de los padres y pobreza. Entre los factores de riesgo que afectan más a las mujeres se encuentran: la autoimagen y una autoestima negativa, preocupación por el peso y la dieta, trastornos de alimentación, abuso físico y sexual, llegada a la pubertad demasiado pronto, ansiedad alta, depresión y consumo de drogas de la pareja. Los factores de protección más específicos para las mujeres tienen que ver con el hecho de que el ambiente familiar modera el impacto negativo de las dificultades escolares y sociales en niñas de 14-15 años con el apoyo de los padres y la disciplina consistente y autocontrol.

En nuestro estudio vamos a detectar cuáles son los factores de protección y de riesgo de nuestros/as participantes con el objetivo de prevenir un futuro consumo de drogas y, como consecuencia, una recaída después de su tratamiento en el programa de Proyecto Hombre y de Pyksida. El análisis de los expedientes y de los cuestionarios nos ayudará a detectar los factores de riesgo y de protección de nuestros/as participantes y cómo estos les han afectado para llegar a un consumo abusivo.

#### **1.4. La Prevención Integral**

El concepto de **Prevención Integral** evolucionó en España a mediados de los ochenta y tuvo como resultado la estructuración y el desarrollo del primer “Plan Nacional de Prevención de la Drogadicción” en 1985 (Parra Garcés, 2002: 3; Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2008: 39).

La prevención integral en el área de drogas implica la observación de los individuos, desde un punto de vista que nos permita verlos no sólo como seres racionales, sino también afectivos, emocionales, lúdicos, sexuales, etc. (Red Ucevista de preventores en drogas, Ciudad Universitaria de Caracas, 2009). Desde esta perspectiva, se entiende por prevención integral el conjunto de procesos dirigidos a promover el desarrollo integral del ser humano, la familia y la

comunidad, a través de la disminución de los factores de riesgo y el fortalecimiento de los factores de protección.

De acuerdo con la Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD) (2007: 15), la prevención debe estar basada en la educación, ya que la educación permitirá a los menores y a los jóvenes enfrentarse con éxito al fenómeno de las drogas con una autonomía suficiente para adoptar las posiciones más favorables a su propia libertad. En cualquier caso no debe olvidarse que los menores y los jóvenes viven su vida de una manera integral, y que el ámbito escolar, familiar o de ocio no son lugares estancos sin conexión entre sí. La prevención basada en la educación debe tener en cuenta esa realidad pluridimensional de los niños y adolescentes.

La **prevención integral** se define como el proceso mediante el cual se busca lograr un cierto nivel de desarrollo humano a través de la formulación y ejecución de un conjunto de políticas y estrategias tendentes a promover el fortalecimiento de la capacidad de las comunidades para comprender e intervenir globalmente en la reducción de un conjunto de problemas conexos, ofreciendo, entre otras alternativas, las de tipo preventivo, terapéutico y de reinserción social. En este sentido, se dirige la mirada hacia el contexto, y la perspectiva socio-cultural entra a jugar un papel importante (Bermúdez Peña, 2010).

Lo que más interesa fortalecer con cada persona o comunidad es su comprensión integral de realidad y la elaboración de criterios en los que ha de fundamentar su capacidad de anticiparse, de promoverse hacia estados superiores de bienestar, de construir una vida con mayor calidad, de ejercer su poder como transformación y creador de cultura y asumirse como ser histórico (Parra Garcés, 2002: 4).

De acuerdo con el Plan Nacional Sobre Drogas (2009a), la prevención de las drogodependencias tiene como meta sensibilizar y movilizar a la sociedad para generar una cultura de rechazo a las drogas mediante el fomento de sus propios valores y recursos. También, informar y educar a nuestros ciudadanos, especialmente niños y jóvenes, para que desarrollen estilos de vida positivos, saludables y autónomos.

En nuestro estudio, la Comunidad Terapéutica como marco de acción ante las drogas y como centro de tratamiento, debe disponer de un Proyecto Educativo Individualizado para poder responder a las necesidades específicas de cada participante como es el género, la edad, el nivel

educativo, etc. Con un tratamiento integral se pueden reforzar los estilos de vida sanos, el sentido de la responsabilidad individual, familiar y social en relación con la salud, que posibilita el pleno desarrollo físico, psíquico y social de los/las participantes y que favorece las buenas relaciones de los miembros con sus familiares, parejas, hijos/as, etc.

### **1.5. Niveles de la prevención en drogodependencias**

En el campo de la prevención de las drogodependencias de acuerdo con Calafat Far y Becoña Iglesias (2005: 310), hasta hace unos años se hacía la diferenciación de la prevención en tres tipos a partir de la propuesta hecha por Caplan en 1980 en prevención primaria, secundaria y terciaria. Esta diferenciación equivalía, de modo muy sintético a prevenir, curar y rehabilitar. En los últimos años una nueva terminología y concepción se ha ido imponiendo. Es la que diferencia la prevención en tres tipos: la universal, la selectiva y la indicada.

Según la nueva definición que se dio de prevención de las drogodependencias en los años noventa, los programas de prevención de drogas se dirigen **en relación con el grado de riesgo de la población adicta**. En la actualidad se ha clasificado en Prevención Universal, Selectiva, Indicada y Determinada (Pantoja Vargas y Añaños Bedriñana, 2010: 119-120).

- **Prevención Universal:** para población en general.
- **Prevención Selectiva:** para las personas en situación de riesgo.
- **Prevención Indicada:** para grupos en situación de alto riesgo que ya consumen o presentan otras problemáticas.
- **Prevención Determinada:** Dirigida a personas seriamente imbuidas en un problema (consumidores crónicos a los que les es imposible dejar el consumo o no desean dejar de consumir). La finalidad de la prevención determinada es mejorar las condiciones de vida y reducir el daño lo más posible (ídem, 2010).

#### **I. Prevención Universal:**

La **Prevención Universal** es la intervención que va dirigida a todas las personas sin distinción, sin contemplar si algunos presentan mayor número de riesgos individuales que los que conllevan al inicio y abuso de drogas. En esta intervención preventiva, se considera que los



miembros de la población pueden compartir los mismos factores de riesgo relacionados con las drogas, pero que el riesgo puede ser variable para cada individuo (Centro de Integración Juvenil, 2008).

Los programas de prevención universal se basan en actuaciones dirigidas a la población en general o a un grupo amplio de personas no identificadas sobre la base de ningún factor de riesgo individual o si los hay, no son críticos. Lo que intentan estos programas es la adquisición o refuerzo de capacidades personales, valores, actitudes positivas frente a la salud, la vida, la sociedad, etc. (Pantoja Vargas y Añaños Bedriñana, 2010: 120).

El objetivo de la prevención universal es posponer o prevenir el abuso de drogas en los individuos a partir de la presentación de información específica y actualizada. Básicamente, la operación de los programas de prevención universal se enfoca al mejoramiento ambiental, al establecimiento de habilidades de resistencia personales y al fortalecimiento de otros aspectos positivos en la población participante.

## **II. Prevención Selectiva:**

La **Prevención Selectiva** es el conjunto de acciones de trabajo que se dirigen a ciertos subgrupos de la población que han sido identificados como participantes en alto riesgo para el abuso de sustancias tóxicas (Centro de Integración Juvenil, 2008). Tiene como objetivo acompañar y favorecer el desarrollo madurativo de los menores/adolescentes que por características personales, del entorno familiar, del grupo de iguales y/o del entorno socio-cultural, se hallan expuestos a diversos factores de riesgo capaces de generarles problemas con las drogas. Pueden ser personas que están consumiendo drogas o personas que no tienen relación alguna con ellas. Se les ofrece apoyo, recursos y alternativas y requieren su participación directa en actividades preventivas adecuadas a su situación.

La intencionalidad es por una parte, la modificación de las condiciones o factores que facilitan o precipitan el uso problemático de drogas haciendo a los menores/adolescentes cada vez más vulnerables, y por otra, la reconducción de conductas, habilidades, valores y actitudes hacia la normalización (Pantoja Vargas y Añaños Bedriñana, 2010: 120).

Se aplican actividades de prevención selectiva cuando se identifiquen o se considere que ciertos grupos de la comunidad se encuentran en mayor riesgo para iniciar el consumo de drogas

(Arbex, 2005; Centro de Integración Juvenil, 2008; Calafat Far y Becoña Iglesias, 2005: 311). Dentro de la prevención selectiva, los grupos en riesgo pueden identificarse a partir de los siguientes factores que, se conoce, están asociados con el abuso de sustancias:

- Biológicos: predisposición genética, etc.
- Psicosociales: la disfunción familiar, la falta de compromiso escolar, etc.
- Ambientales: comunidades desorganizadas, normas que toleran el consumo, etc.

### **III. Prevención Indicada:**

La **Prevención Indicada** es un tipo de prevención más individualizada, dirigida a personas que ya están realizando consumos sistemáticos de drogas, con importantes trastornos de conducta y autocontrol, además de déficits adaptativos significativos (Arbex, 2005; Calafat Far y Becoña Iglesias, 2005: 311). De acuerdo con el Centro de Integración Juvenil (2008), los programas de prevención indicada no sólo pretenden reducir el primer evento del abuso de drogas, sino también disminuir a lo largo del tiempo la continuación de señales; retardar el inicio del abuso y/o reducir la severidad del consumo excesivo de drogas.

Los programas de prevención indicada se emplean para las personas que usan y/o abusan de las drogas, sobretodo, porque presentan algunos factores de riesgo que aumentan las probabilidades de que desarrollen problemas asociados al consumo de sustancias, por ejemplo: fracaso escolar, problemas sociales interpersonales, delincuencia, otras conductas antisociales, depresión, ideación suicida, etc.

Las actividades de trabajo se enfocan a los factores de riesgo asociados con el individuo (por ejemplo, baja autoestima, problemas de conducta, alejamiento con los padres, etc.), otorgando un menor énfasis a la consideración y modificación de las influencias ambientales como, por ejemplo, las normas comunitarias. En este tipo de intervenciones, es de gran importancia realizar una evaluación precisa sobre el riesgo personal en el que se encuentran los individuos, así como del nivel de conductas problemáticas relacionadas, en lugar de centrar la atención en la pertenencia de un individuo en cierto grupo de alto riesgo.

La operación de los programas preventivos implica periodos de tiempo más largos (meses), una frecuencia de contacto mayor entre el especialista y la persona de interés (horas, días), así

como un gran esfuerzo por parte del participante, en comparación con las estrategias de trabajo universales y selectivas.

#### **IV. Prevención Determinada:**

La **Prevención Determinada** tiene como objetivo reducir los riesgos y mitigar los daños en personas con drogodependencias. Este ha sido una de las metas del 5º Plan Vasco de Drogodependencias para la promoción de la salud y la reducción de daños para los años 2004-2008 (V Plan Vasco de Drogodependencias, 2010).

De acuerdo con Pantoja Vargas y Añaños Bedriñana (2010: 120), los programas de prevención determinada son dirigidos a aquellos individuos que viven definitivamente en el mundo del abuso de drogas, que han convertido a éstas en su vida y que son reacios a abandonar su situación. La finalidad de estos programas es prevenir los riesgos sociales y sanitarios, y específicamente reducir los daños o minimizar las consecuencias negativas consiguientes del abuso de drogas mejorando la calidad de vida, sin dejar el consumo.

Esta situación, como señalan los autores, puede ser vista también como una invitación a la humildad, al abandono de la situación de poder y como una oportunidad para poner en práctica el discurso de la diversidad de estar ahí, simplemente, junto a esas personas diferentes y con situaciones especiales, y dar con ellos algunos pasos cortos de regreso hacia la normalidad. También, según Pantoja Vargas y Añaños Bedriñana (ídem, 2010: 120), lo consideran como educación social.

#### **1.6. Ámbitos de prevención**

La acción preventiva de drogas se basa, principalmente, en cuatro ámbitos fundamentales: la familia, la escuela, la comunidad y el grupo de iguales. La educación ha de transmitir y poner en práctica valores que favorezcan la libertad personal, la responsabilidad, la ciudadanía democrática, la solidaridad, la tolerancia, la igualdad, el respeto y la justicia, así como también, que rechacen cualquier tipo de discriminación (Vega Fuente, 2008: 426). Al mismo tiempo, el sistema educativo ha de ser flexible para adecuar la educación a la diversidad de aptitudes,

intereses, expectativas y necesidades del alumnado, igual que a los cambios que experimentan el alumnado y la sociedad.

Otro ámbito que debe incorporarse en los programas de prevención son los programas personales, estrategias de afrontamiento del problema a nivel individual y grupal que todavía no se han puesto en marcha ya que no hay modelos diseñados. Como destaca Añaños Bedriñana (2010b: 96): “es la persona y su amplia y compleja realidad la que marca las pautas de la actuación”. Por eso, surge la necesidad de trabajar en dos perspectivas interdependientes:

- Desde la individualización/personalización de la intervención-actuación, servicios e infraestructura adaptadas a la situación, en este caso, de nuestros/as participantes, teniendo en cuenta la perspectiva de género, la prevención de las recaídas en relación con los factores de riesgo y de protección, etc.
- Desde el enfoque sistémico-prevención integral, que pone de relieve la interdependencia continúa entre los factores de riesgo, los factores mantenedores del problema y los protectores. Son cuestiones personales, interpersonales (familiares, grupos de iguales, etc.) y contextuales. Y supone un planteamiento que toma forma, educativamente hablando, en la denominada “prevención integral”. La intervención personalizada puede resultar insuficiente, puesto que los cambios de la persona adicta pueden producir cambios en su contexto (ídem, 2010b: 96-97).

Como también destacan García Martínez y Sánchez Lázaro (2005: 223), una intervención socioeducativa basada en el modelo crítico de Educación para la Salud debería contar entre sus estrategias a desarrollar los siguientes aspectos:

- a. Promocionar y desarrollar todas aquellas capacidades y recursos que el sujeto tiene y puede utilizar para una mayor capacitación personal. Se trata de trabajar en una línea de actuación integral en la que el sujeto encuentra en sí mismo las respuestas necesarias para responder a las distintas situaciones que se le presentan.
- b. Crear estructuras y condiciones sociales que permitan el desarrollo de entornos y espacios ambientales que, lejos de impedir o limitar las actuaciones del individuo, en uso de su libertad, posibiliten la participación activa de éste en la construcción de estilos de vida saludables.

La propuesta para intervenir desde un modelo socioeducativo lo presentamos más analíticamente en el tercer capítulo donde presentamos varios modelos de acción con personas drogodependientes. Teniendo en cuenta las sugerencias de los autores (Añaños Bedriñana, 2010b; García Martínez y Sánchez Lázaro, 2005) y nuestra población, en el programa de Comunidad de Proyecto Hombre deberían incorporarse modelos y estrategias de afrontamiento a nivel individual y grupal como son, por ejemplo, la situación personal, familiar y laboral del sujeto, la perspectiva de género, la prevención de las recaídas, etc., con la intención de mejorar el programa y también la vida personal y familiar de la persona en cuestión.

Hay que mencionar que los niveles de prevención con los que debemos trabajar con nuestros individuos van desde la prevención indicada, que como hemos mencionado está dirigida a grupos en situación de alto riesgo que ya consumen o presentan otras problemáticas, hasta la prevención determinada, dirigida a seriamente imbuidos en un problema, cuya finalidad es la de mejorar las condiciones de vida y reducir el daño lo más posible (Pantoja Vargas y Añaños Bedriñana, 2010).



## 2. LA INCIDENCIA DE LAS DROGAS

---

El uso de drogas para obtener efectos euforizantes y psicodélicos se conoce desde siempre. Todas las culturas han utilizado sustancias psicoactivas con fines religiosos y/o con fines curativos y, a través de las obras de algunos médicos hemos conocido las realidades y los mitos de las drogas.

A partir del siglo XIX en América y en Europa las drogas dejaron de ser vegetales mágicos, ligados a ritos y sacramentos. El alcohol y el tabaco empezaron a producir problemas y a partir del opio, la coca o el café entre otras plantas, con efecto psicótropo se sintetizaron la morfina (1805), la codeína (1832), la atropina (1833), la cafeína (1841), la cocaína (1860), la heroína (1874), la mescalina (1888) y los barbitúricos (1903) (Pascual, 2009: 13).

Durante la década de los sesenta aumentó de forma considerable el número de consumidores de otras drogas aparte del alcohol, extendiéndose el fenómeno a las clases medias de la sociedad e incorporándose al consumo sustancias como la heroína, la cocaína, los alucinógenos y otros fármacos psicoactivos. Sin embargo, este fenómeno sólo tuvo repercusiones en el ámbito inmediato de los afectados, que se tradujeron en trastornos de conducta y en consecuencias sociales, pero sin causar alarma en el conjunto de la sociedad que siguió viendo el fenómeno del consumo de drogas como algo ajeno y lejano (San Molina, 2005: 9).

Diversos tratados, aprobados bajo los auspicios de las Naciones Unidas, exigen a los gobiernos que fiscalicen la producción y distribución de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, luchen contra el uso indebido y el tráfico ilícito de drogas y presenten informes a los organismos internacionales sobre las medidas adoptadas. Estos tratados son los siguientes: *La Convención Única sobre Estupefacientes (1961)*; *El Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas (1971)*; *La Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas (1988)* (Naciones Unidas, Oficina contra las Drogas y el Delito, 2011).

La resolución del Consejo General de la ONU del 23 de febrero de 1990 destaca repetidas veces en los párrafos dedicados al tratamiento, a la rehabilitación y a la integración social del drogadicto, el papel de la Organización Mundial de la Salud en el apoyo a cada uno de los

gobiernos, no sólo en relación con el desarrollo de políticas sanitarias que consigan contener la infección por el VIH entre los drogadictos (Baratta, 1995: 182-183).

## **2.1. Las drogodependencias en el panorama internacional y en España**

El consumo y el tráfico de drogas ilegales son fenómenos mundiales que amenazan la salud y la estabilidad social. Las estadísticas indican que aproximadamente uno de cada tres jóvenes europeos ha probado alguna droga ilegal y que al menos un ciudadano europeo muere cada hora por sobredosis (OEDT, 2009). En 1993 se creó el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT). Inaugurado en Lisboa en 1995, el Observatorio es una de las agencias descentralizadas de la Unión Europea (OEDT, 2010a).

De acuerdo con el último Informe Anual publicado por el OEDT (2010b) a nivel europeo, se dispone de información sobre cerca de 383.000 consumidores de drogas que recibieron tratamiento en régimen ambulatorio en Europa en 2008. La mayoría de ellos fueron atendidos por servicios especializados en el tratamiento de drogodependencias y muy pocos países disponen de datos sobre los participantes que inician tratamiento de la mano de un médico de familia o de servicios de bajo umbral.

Más de la mitad de los/las participantes que inician **tratamiento** (53%) mencionan los opiáceos, en especial la heroína, como principal droga consumida, mientras que el 22% mencionan el cannabis y el 18% la cocaína. La vía más frecuente de acceso a tratamiento es la presentación voluntaria (36%), seguida de la derivación por el sistema judicial penal (20%). El resto de los/las participantes son derivados por los servicios sociales o sanitarios, o por redes informales, incluida la familia y los amigos (OEDT, 2010b: 34).

Los consumidores de drogas que inician un tratamiento en régimen ambulatorio son predominantemente varones jóvenes con una edad media de 31 años, siendo la proporción entre varones y mujeres de casi cuatro a uno. Los/las participantes que inician tratamiento por primera vez y las mujeres son, por término medio, algo más jóvenes. La edad media es también algo más baja entre los consumidores de cannabis y de estimulantes distintos a la cocaína, pero más alta entre los que consumen principalmente cocaína y opiáceos (ídem, 2010b: 35).



El consumo de **cannabis** se concentra principalmente en los adultos jóvenes, siendo los jóvenes de 15 a 24 años los que generalmente indican la prevalencia más alta de consumo en el último año. El consumo de cannabis es generalmente mayor entre los varones que entre las mujeres (ídem, 2010b: 49).

En relación con el consumo de **anfetaminas**, la proporción de consumidores de drogas que inician tratamiento como droga principal es relativamente pequeña (inferior al 5%) en la mayoría de los países europeos, pero importante en Suecia (32%), Finlandia (20%) y Letonia (15%). Otros cinco países (Alemania, Bélgica, Dinamarca, Hungría, Países Bajos) indican que entre un 6% y un 10% de los/las participantes que inician tratamiento por drogadicción mencionan la anfetamina como droga principal consumida; en otros países, esa proporción es inferior al 5%.

La **edad media** de los/las consumidores de anfetaminas que inician un tratamiento es de 30 años, y menor en los participantes más jóvenes que reciben tratamiento en régimen de ingreso hospitalario (28 años). La proporción entre varones y mujeres consumidores de anfetamina (2:1) es menor que para cualquier otra droga ilegal (ídem, 2010b: 62).

El consumo de **éxtasis** se concentra principalmente en los adultos jóvenes (15 a 34 años), con un nivel más alto de consumo entre los varones que entre las mujeres en todos los países, salvo en Suecia y Finlandia (ídem, 2010b: 63).

La **cocaína** sigue siendo la segunda droga ilegal más consumida en Europa después del cannabis, aunque los distintos países presentan grandes diferencias en términos de niveles de consumo (ídem, 2010b: 71). Las encuestas realizadas a muestras transversales de la población y a grupos específicos han demostrado que el consumo de cocaína se asocia a determinados estilos de vida y ambientes, por ejemplo, entre jóvenes de 16 a 24 años que acuden a locales nocturnos (ídem, 2010b: 71).

La proporción de varones y mujeres entre los consumidores de cocaína que inician **tratamiento** es de las más altas (cinco varones por cada mujer) y su **edad media** es también de las más altas (alrededor de 32 años). Ello es especialmente así en algunos países que refieren cifras altas de consumo de cocaína como droga principal, especialmente en Italia, donde la proporción entre varones y mujeres es de 6:1 y la edad media alcanza los 34 años. Los participantes que consumen cocaína como droga principal declaran una edad mayor en el momento de iniciar dicho consumo (22,3 años, 87% antes de los 30 años de edad) en

comparación con los consumidores de otras sustancias como droga principal, y el intervalo medio transcurrido entre el inicio del consumo de cocaína y el inicio del primer tratamiento es de unos nueve años (ídem, 2010b: 76).

Los **opiáceos** siguieron citándose como principal droga consumida por la mayoría (53%) de los/las participantes que iniciaron tratamiento especializado por consumo de drogas en 2008 en Europa, mientras que la heroína lo fue por el 48%. Muchos consumidores de opiáceos participan en programas que ofrecen tratamientos de larga duración, en concreto tratamientos de sustitución. Eso significa una mayor proporción de consumo de opiáceos como droga principal entre los consumidores de drogas que llevan años en tratamiento por drogodependencia (ídem, 2010b: 84).

Los participantes que inician un **tratamiento ambulatorio** por consumo de opiáceos como droga principal tienen una edad media de 34 años, siendo en general más jóvenes las mujeres y los que reciben su primer tratamiento. Casi todos los países refieren un **aumento de la edad media** de los consumidores de opiáceos en tratamiento. La proporción entre varones y mujeres en los participantes que reciben tratamiento ambulatorio por consumo de opiáceos es de 3,5: 1, si bien la proporción de mujeres es mayor en los países septentrionales (como Finlandia y Suecia) y menor en los países meridionales (como España, Grecia e Italia).

Este perfil de consumidores de opiáceos presenta tasas más altas de *desempleo*, *niveles más bajos de educación* y cifras más altas de *trastornos psiquiátricos* que los consumidores de otras drogas como sustancia principal. Casi todos reconocen haber empezado a consumir drogas antes de los 30 años de edad y casi la mitad, antes de los 20 años. El lapso de tiempo que transcurre entre la primera vez que se consumen opiáceos y el primer contacto que se tiene con un tratamiento por consumo de drogas es, por término medio, de unos diez años (ídem, 2010b: 86).

En relación con las **enfermedades**, a finales de 2008, la incidencia de diagnósticos nuevos de VIH entre los consumidores de droga por vía parenteral siguió siendo baja en la mayoría de los países de la Unión Europea, y la situación general de la UE es relativamente positiva si se compara con el resto del mundo. La **mortalidad** relacionada con el consumo de drogas incluye las muertes causadas directa o indirectamente por dicho consumo. Se incluyen las muertes por sobredosis (muertes inducidas por drogas), el VIH/sida, los accidentes de tráfico, sobre todo cuando se combina el consumo de drogas y alcohol, la violencia, el suicidio y las enfermedades

crónicas derivadas del consumo continuo (como problemas cardiovasculares entre los consumidores de cocaína) (ídem, 2010b: 91).

En España, durante los años 60 y 70 hubo una **expansión epidémica de drogas** hasta el punto de que llegó a ser una de los primeros problemas que preocupan la sociedad española. Se incrementó el consumo de alcohol, analgésicos, hipnóticos y sedantes. Su presentación era frecuente en mujeres y personas de edad, con expresividad clínica y social menos llamativa. Igual, el consumo de estimulantes se relacionaba con frecuencia con el consumo de analgésicos en los grupos de población mencionados. Otro grupo de gente consumidora de estimulantes eran los jóvenes en fase de estudios y oposiciones y menos frecuentemente en adultos. El consumo de estimulantes se mantuvo en niveles relativamente bajos (Santodomingo Carrasco, 2009: 37-54).

A finales de los años 70 y principios de los 80 se presentó una **expansión del consumo de heroína intravenosa** y empezaron a presentarse cuadros de dependencia de heroína en recién nacidos en los hospitales. Se empezó a hablar de una “epidemia de heroína” que afectaba a sectores amplios de la población: edades adultas, mujeres, niveles económicos y culturales cada vez más extendidos (ídem, 2009).

En los años 80 apareció una nueva enfermedad que estaba relacionada con las drogas y especialmente con la heroína, el **SIDA**. El año 1985, se pone en marcha el Plan Nacional Sobre Drogas, “que vino a cumplir su papel de gestor, colaborador o estimulador para el afrontamiento de los muchos problemas creados en los años 80 por las drogas y el alcohol en una España que por otra parte había evolucionado social y económicamente” (ídem, 2009: 55).

En los años 90 empezaron a desarrollarse **técnicas y programas de intervención preventiva** con objetivos limitados, los “programas de reducción de daños”. El problema fue disminuyendo sólo que a partir del 2001 se produjo un aumento de metadona en ex-consumidores de heroína, igual que del consumo de codeína, buprenorfina, tramadol, etc.

Durante estos años en España se crearon muchas revistas, asociaciones, fundaciones y otras entidades sociales relacionadas con el problema de drogas (ídem, 2009: 81). También, se organizaron cursos específicos, “Masters” y cursos de doctorado sobre alcohol y drogodependencias en diversas universidades.

España creó muchas Comunidades Terapéuticas de la red pública y privada, contando con muchos participantes desde los años 80. Desde entonces el modelo y la estructura de las

Comunidades han cambiado, no sólo en aspectos cuantitativos sino también cualitativos en su funcionamiento y rol asistencial (ídem, 2009: 62).

Asimismo, se crearon grupos de profesionales, psiquiátricos y también clínicos en general, con frecuencia de carácter multiprofesional que desarrollaron y pusieron en marcha experiencias asistenciales específicas para adicciones. Paralelamente, se desarrollaron técnicas de tratamiento con agonistas y antagonistas opiáceos en España durante los años 70 para la desintoxicación de opiáceos y hasta los años 90 empezaron a utilizarse para el tratamiento de la dependencia de alcohol (ídem, 2009: 63).

## **2.2. La situación de las drogas en Chipre**

En este apartado vamos a presentar el fenómeno de las drogas en Chipre, donde se describe brevemente la evolución de las instituciones públicas responsables de coordinación del campo; se señala la epidemiología, la gente que acude a tratamiento, etc. La razón por la que nos centramos en Chipre es porque ha sido el país elegido, dentro del marco del Doctorado Europeo, para la realización de la investigación en un centro de tratamiento de drogas, en este caso en una Comunidad Terapéutica. Intentaremos hacer una comparación, hasta una cierta medida, con la situación de las drogas en España y el tratamiento ofrecido por la Comunidad de Proyecto Hombre.

Chipre es una isla situada en el Mediterráneo, entre Europa, Asia y África. Ganó su independencia en 1960 del Reino Unido pero desafortunadamente, en 1974 Turquía invadió y ocupó la mitad de la isla, la cual sigue ocupada hasta el día de hoy. El idioma oficial de Chipre es el griego y el turco. En la parte Sur de la isla, la parte greco-chipriota, habitan aproximadamente 1.000.000 personas, un número que va aumentando muy rápido los últimos años desde la entrada de Chipre en la Unión Europea en 2004 y con la ola de emigración (Wikipedia, 2011).

Esta parte de la investigación se desarrolló de junio a agosto de 2010. Durante nuestra estancia en Chipre hemos encontrado algunas dificultades a la hora de acudir a la Comunidad y coleccionar los datos necesarios para este trabajo. Esta problemática se debe principalmente a los mismos centros de tratamiento y a sus restricciones, las cuales prohíben la revelación de los datos personales de sus participantes. También, según las normas de esta Comunidad

Terapéutica, la cual es pública, los/las mismos/as participantes pueden elegir si quieren o no un/a observante durante el desarrollo de los grupos de terapia. De igual forma, ellos/as podían elegir si querían participar en este estudio y contestar o no el cuestionario aplicado. De hecho, sólo la mitad de ellos/as quisieron contestarlo.

A continuación presentamos el fenómeno de las drogas en Chipre como se presenta los últimos años y según los datos ofrecidos por el Consejo Antidrogas de Chipre y del Centro Nacional Chipriota de Observación e Información sobre Drogas y Drogadicción.

### ***2.2.1. El fenómeno de las drogas en Chipre***

El **Consejo Antidrogas de Chipre**, entidad legal con derecho público, se creó en 2000. Es el órgano superior de coordinación en el ámbito de la dependencia de sustancias en los tres niveles de la prevención como la define la Organización Mundial de la Salud.

El **Centro Nacional Chipriota de Observación e Información sobre Drogas y Drogadicción**, fue fundado en 2003 y está bajo la supervisión administrativa del Consejo Antidrogas de Chipre. Es miembro de Reitox, la Red Europea de Información contra la Droga y las Toxicomanías del Observatorio Europeo y el organismo oficial del Estado responsable del inventario de sustancias adictivas en Chipre.

Las líneas principales de su actividad son los cinco indicadores epidemiológicos clave y los cuatro indicadores indirectos que se han establecido como prioridad por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT). Estos indicadores son la base para el desarrollo de una imagen válida, objetiva y factual del fenómeno de las drogodependencias.

A continuación se presenta el último informe sobre la situación del consumo de drogas en la población general de Chipre realizado en 2009 por la Universidad de Nicosia para el Consejo Antidrogas de Chipre.

### ***2.2.2. El consumo de drogas en Chipre***

De acuerdo con el Informe Final de 2010 realizado por la Universidad de Nicosia (2010) para el Consejo Antidrogas de Chipre, “*Información sobre la población general de Chipre para el tabaco, el alcohol y otras sustancias psicoactivas*”, los resultados obtenidos sobre el consumo de sustancias legales e ilegales son los siguientes:

La **muestra** está compuesta por 44,8% de hombres y 55,2% de mujeres de entre 15 y 64 años. En relación con las **drogas legales**, el 58,5% de toda la población había fumado *tabaco* al menos una vez en su vida y el resto, 41,5% no había fumado nunca. La **edad media** en la que se empieza a fumar es 17,8 años. Respecto al *alcohol*, el 77,4% ha consumido alcohol por lo menos una vez en su vida y el 22,6% nunca. De los que suelen beber, el 81,3% consume alcohol cuando está con amigos, el 2,3% cuando está solo/a y el 16,4% bebe tanto cuando está solo/a como cuando está con amigos. *Tranquilizantes e hipnóticos* ha consumido recientemente el 6,5% de la población con un 1,7% que hace un uso de cuatro o más veces a la semana.

Pasando a las **drogas ilegales**, el porcentaje de la gente que ha probado por lo menos una vez en su vida *cannabis* es 11,5% frente al 88,5% que manifiesta no haberlo probado nunca. En comparación con los resultados del 2006, hay un aumento de 4,9% (el 2006 lo había probado sólo el 6,6% de la población), lo que demuestra que en los últimos tres años hubo un aumento significativo del número de personas que han probado *cannabis* en su vida. Los últimos 12 meses había consumido *cannabis* el 4,3% de la población, cuando en 2006 en la misma pregunta, había contestado afirmativamente sólo el 2,1%. Esto, como se explica en el Informe, no significa aumento de los nuevos usuarios sino una continuación del uso por parte de los consumidores antiguos.

En relación con las *anfetaminas*, ha consumido el 3% de la población y el 3% de la gente encuestada ha probado cocaína al menos una vez en su vida. La edad de primer uso de cocaína es a los 18 años. Los últimos 12 meses había consumido cocaína el 1,6% de la población cuando en 2006 había consumido sólo el 0,6%. Se puede observar que hay un aumento de 1% en el uso de cocaína tres años después.

De los encuestados sólo el 0,4% admite que hizo uso de *heroína* y 99,6% no la probó nunca. En 2006 el porcentaje de las personas que habían probado *heroína* era más alto, 0,9%. La edad media del primer uso de *heroína* es de 19 años.

De acuerdo con el consumo de *LSD*, el 1,3% de los encuestados contesta afirmativamente y el 98,7% negativamente. En la misma pregunta en 2006 el 0,9% había consumido *LSD*, 0,4% más en 2009 que en 2006.

En relación con el **género**, se observa que los hombres consumen más drogas, tanto legales como ilegales, que las mujeres. En la tabla siguiente (5) se pueden ver las cifras en relación con

la sustancia, el uso y el género. Al contrario, las mujeres consumen más tranquilizantes que cualquier otro tipo de drogas, un elemento que se presenta también en la población española.

**Tabla 5: Sustancias y número de consumidores en relación con el género en Chipre**

Sustancia e índice de uso	Número de consumidores		Válido % de usuarios en cada categoría	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Tabaco-durante la vida	1261	717	74.9	42.4
Tabaco-uso reciente	912	490	54.3	28.9
Tabaco-uso actual	871	461	52.0	27.2
Alcohol-durante la vida	1578	1179	93.2	69.2
Alcohol- uso reciente	1403	889	83.5	53.2
Alcohol- uso actual	1235	630	73.6	37.7
Tranquilizantes- uso reciente	77	135	4.7	8.1
Tranquilizantes- uso actual	53	92	3.2	5.5
Cannabis- durante la vida	301	91	18.0	5.4
Cannabis- uso reciente	123	25	7.3	1.5
Cannabis- uso actual	71	13	4.2	0.8
Éxtasis- durante la vida	56	11	3.4	0.7
Éxtasis- uso reciente	16	3	1.0	0.2
Éxtasis- uso actual	9	1	0.5	0.1
Anfetaminas- durante la vida	19	5	1.2	0.3
Anfetaminas- uso reciente	7	4	0.4	0.2
Anfetaminas- uso actual	5	1	0.3	0.1
Cocaína- durante la vida	80	22	4.8	1.3
Cocaína- uso reciente	33	8	2.0	0.5
Cocaína- uso actual	18	4	1.1	0.2
Heroína- durante la vida	9	4	0.5	0.2
Heroína- uso reciente	4	1	0.2	0.1
Heroína- uso actual	4	1	0.2	0.1
LSD- durante la vida	35	8	2.1	0.5
LSD- uso reciente	11	4	0.9	0.2
LSD- uso actual	6	1	0.4	0.1

Fuente: Universidad de Nicosia, 2010: 108.

Examinando la **edad** y el consumo de sustancias, se observa que de 15-24 años se han aumentado las tasas en el uso de tabaco tanto de los últimos usos (46,1% entre los jóvenes en comparación con el 40,4% de los mayores) como del uso actual (43,1% en comparación con el 38,7% de los mayores).

Los **jóvenes** presentan mayores tasas de uso con el alcohol e incluso en mayor medida en los tres indicadores (uso durante la vida, uso reciente y uso actual). Entre las drogas ilegales, el *cannabis* y el *éxtasis* sólo tienen tasas significativamente más altas entre los

jóvenes. La única actitud en que los más jóvenes tienen menos interferencia es el uso de sedantes. Esta relación es de hecho muy fuerte: 3,8% frente al 7,1% entre los mayores para el uso reciente de sedantes y 2,3% en comparación con el 4,9% para el uso actual.

El **nivel educativo** tiene una relación positiva con el consumo de tabaco y del alcohol. Las personas con un nivel educativo más alto, presentan una participación más alta en los indicadores específicos (uso durante la vida, uso reciente y uso actual), elemento que se observó también en 2006. Estadísticamente es muy significativo, como en el 2006, el uso de sedantes que parece ser más prevalente entre las personas menos educadas.

El **cannabis** constituye un caso interesante. Aunque parece que la gente más educada ha probado el cannabis en su vida en mayor proporción que la gente con un nivel educativo menor (algo que ocurrió en 2006), los que hacen uso diario son los menos educados. Las demás drogas ilícitas muestran una imagen homogénea. Generalmente las personas más educadas tienen una mayor participación en el consumo de éxtasis, cocaína, heroína y LSD. Sin embargo, debemos tener en cuenta la variable de la formación: en tres años el nivel educativo de la muestra tiene un crecimiento natural y muchos de los jóvenes participantes serán más educados.

Por último, en relación con los **recursos económicos**, vemos que los que provienen de familias menos ricas es menos probable que fumen en su vida. Para los sedantes pasa lo contrario: personas de familias con menos recursos económicos parecen abusar más esta sustancia que la gente que tiene un nivel económico más alto.

#### ✓ *Demanda de tratamiento*

En 2010 el Centro Nacional Chipriota de Observación e Información sobre Drogas y Drogadicción (2010a) presentó la situación sobre la demanda de tratamiento en Chipre para los años 2001-2009. En la siguiente tabla se muestra el número de personas por año que acudieron a centros de tratamiento. De estas personas el 14% eran mujeres y el 86% hombres.

**Tabla 6: Número de personas en tratamiento por año**

Año	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Número de personas	215	242	265	450	423	560	778	641	785

Fuente: Centro Nacional Chipriota de Observación e Información sobre Drogas y Drogadicción, 2010a.



Como se puede observar en la tabla 6, hay un aumento significativo en el número de personas que acuden a tratamiento cada año, especialmente los años 2004, 2006, 2007 y 2009. En 2008 hubo un pequeño descenso cuando en 2009 el número de personas en tratamiento se aumenta de nuevo. Este ascenso demuestra la problemática que hay los últimos años en Chipre y la necesidad de implementar unas estrategias preventivas en todos los ámbitos y niveles.

El **perfil de la persona que acude a tratamiento** en Chipre es hombre Greco-chipriota, tiene 30,5 años, desempleado, la sustancia principal de abuso es la heroína inyectada y está consumiendo ocho años. Los que más piden tratamiento son jóvenes de 25 a 29 años (31,1%) y de 20 a 24 años (23,5%). Las personas que superan los 40 años piden tratamiento con menos frecuencia; esto puede ser debido a la situación personal y familiar de cada uno/a, a la estigmatización social que pueden sufrir, al rechazo de su entorno sociofamiliar, etc. Los que menos acuden a centros de tratamiento son la gente de mayor edad, de 60 a 64 años.

La **sustancia principal por la cual pidieron tratamiento** en 2009 fue la heroína con 55%, el cannabis con 29,8%, la cocaína con 13,6%, tranquilizantes/hipnóticos 0,8%, éxtasis 0,3% y otras sustancias 0,5%.

En la siguiente tabla se presenta el porcentaje de la gente que consume heroína por vía intravenosa y es positiva al virus de la hepatitis B y C. Se ha multiplicado el número de la gente infectada desde el 2004, hecho que nos enseña el descuido por parte de los heroinómanos y la falta de información sobre el peligro del intercambio de jeringuillas.

**Tabla 7: Porcentaje de heroinómanos por vía intravenosa positivos al virus de la Hepatitis (B y C)**

Año	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Porcentaje de personas positiva al virus	4,3%	11,5%	15,4%	20,7%	23,2%	28,5%

Fuente: Centro Nacional Chipriota de Observación e Información sobre Drogas y Drogadicción, 2010a.

Este hecho nos demuestra la necesidad de incorporar en la sociedad chipriota programas de intercambio de jeringuillas, oficinas de farmacia, centros de emergencia social, etc.

Las muertes causadas por las drogas presentan un número descendente los años 2008 y 2009 en comparación con el 2007 y con los años anteriores (tabla 8). El perfil de los muertos es hombre de 28,4 años, Greco-chipriota y consumidor de opiáceos (policonsumidor).

**Tabla 8: Muertes directas e indirectas causadas por las drogas**

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010*
<b>Directas</b>	12	8	7	12	11	12	6
<b>Indirectas</b>	5	6	10	10	2	3	4
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>14</b>	<b>17</b>	<b>22</b>	<b>13</b>	<b>15</b>	<b>10</b>

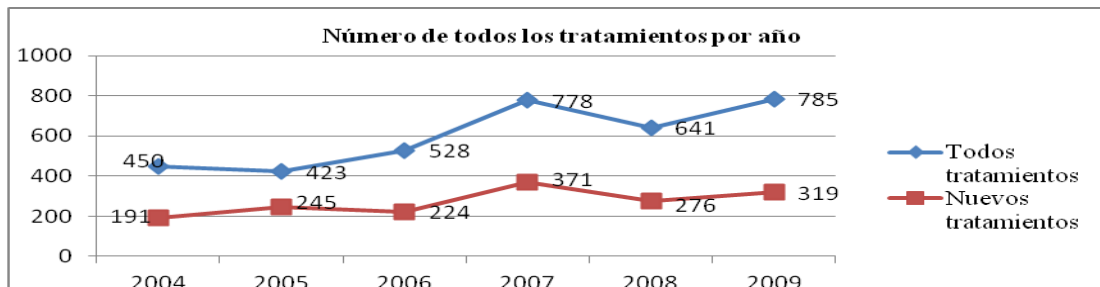
\*Hasta septiembre de 2010

Fuente: Centro Nacional Chipriota de Observación e Información sobre Drogas y Drogadicción, 2010a.

Se presenta una disminución de las muertes indirectas causadas por las drogas los últimos años; las muertes directas, al contrario, que siguen en el mismo nivel que han estado desde el 2004. Por lo general, las muertes se han estabilizado bastante aunque siguen siendo muchas para la sociedad de Chipre.

A continuación vamos a presentar unos gráficos según el Centro Nacional Chipriota de Observación e Información sobre Drogas y Drogadicción relacionados con el **tratamiento y el género**. La información ofrecida es inédita y contiene datos del 2003 hasta el 2009 (Centro Nacional Chipriota de Observación e Información sobre Drogas y Drogadicción, 2010b).

**Gráfico 1: Número de todos los tratamientos por año**



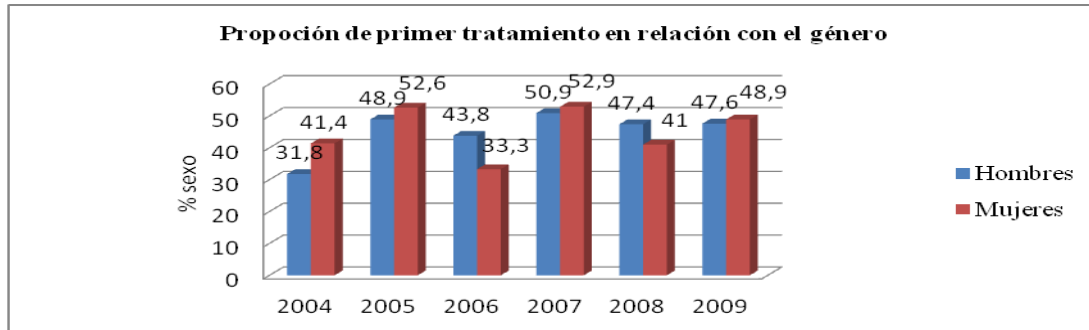
Fuente: Centro Nacional Chipriota de Observación e Información sobre Drogas y Drogadicción, 2010b.

Antes de sacar conclusiones basadas en las tendencias presentadas en el gráfico 1, lo que hay que aclarar son las cifras para todos los tratamientos de los años 2007-2009 donde se incluye también el tratamiento continuo, que no fue registrado antes de ese año (52 en 2007, 46 en 2007 y 115 en 2009). Además, hay que tener en cuenta los cambios en la disponibilidad de tratamiento, en particular el establecimiento de un centro de desintoxicación a finales de 2005, el establecimiento de una clínica privada y del centro de sustitutos en 2007. Se observa un incremento en el número de personas que acuden a tratamiento en 2009 en comparación con los

demás años, tanto de los tratamientos continuos (n=785) como de los nuevos ingresos (n=319). De todos modos, en 2007 hubo un número mayor de nuevos ingresos que en el 2009 con 371 casos.

En cuanto al **sexo**, en 2009 acudieron a centros de desintoxicación para un primer tratamiento más mujeres que hombres con 48,9% y 47,6% respectivamente. En general, se observa que en casi todos los años las mujeres piden más que los hombres tratamiento en unidades de desintoxicación. Más pedido por parte de los hombres hubo en 2008 con 47,4% y en 2006 con 43,8%.

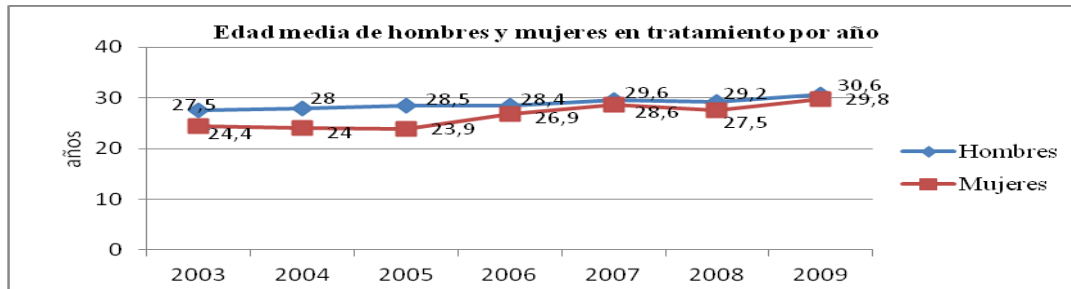
**Gráfico 2: Proporción de primer tratamiento en relación con el género**



Fuente: Centro Nacional Chipriota de Observación e Información sobre Drogas y Drogadicción, 2010b.

En relación con la **edad media** de los hombres y mujeres en tratamiento (gráfico 3), a primera vista se observa que los hombres tienen más edad que las mujeres pero la diferencia no es muy significativa. Lo que más llama la atención es el contraste que se presenta en la edad media de las mujeres del 2003 al 2009. Como se ve en el gráfico, las mujeres tenían cinco años menos en 2003 (24,4 años) que en el 2009 (29,8 años). Esto puede ser debido al rechazo y al prejuicio que existe en la sociedad chipriota. Para las mujeres esto puede ser aún más intenso porque representan la imagen de la familia, de la estabilidad, etc.

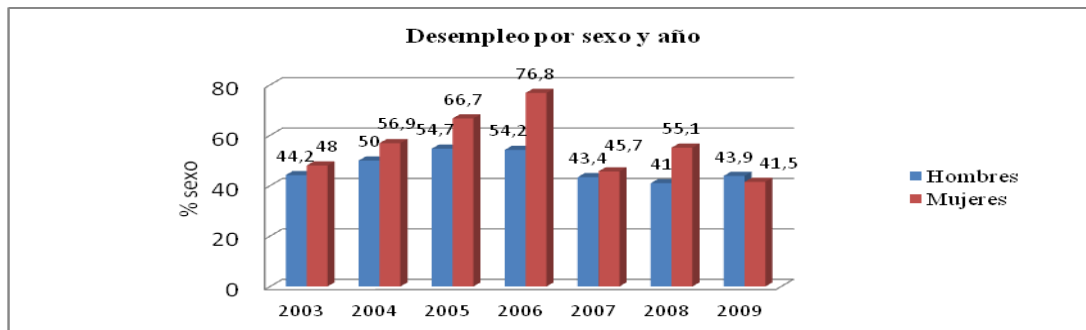
**Gráfico 3: Edad media de hombres y mujeres en tratamiento por año**



Fuente: Centro Nacional Chipriota de Observación e Información sobre Drogas y Drogadicción, 2010b.

En el gráfico siguiente se presenta el porcentaje de hombres y mujeres drogodependientes **desempleados/as**. De acuerdo con el Centro Nacional Chipriota de Observación e Información sobre Drogas y Drogadicción (2010b), la proporción de mujeres desempleadas era tradicionalmente superior a la correspondiente a los hombres y, por primera vez, en 2009 fue menor. Se presenta una disminución significativa de desempleo entre las mujeres que entraron en tratamiento en el año 2009 y este aumento se trata con cierto escepticismo.

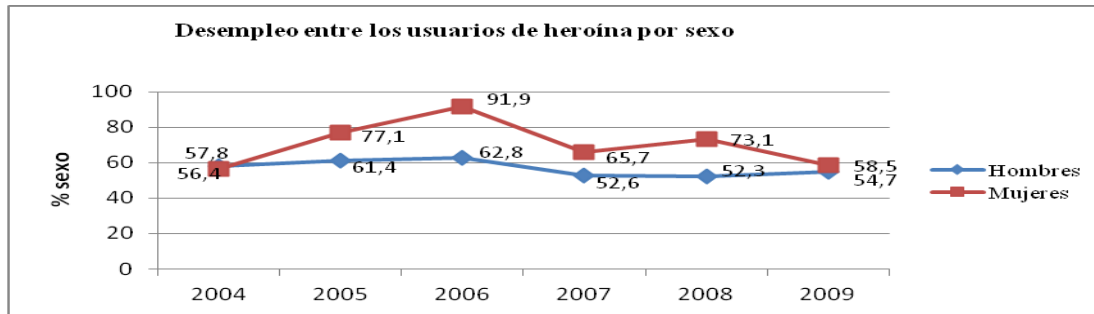
**Gráfico 4: Desempleo por sexo y año**



Fuente: Centro Nacional Chipriota de Observación e Información sobre Drogas y Drogadicción, 2010b.

En particular, lo que se observa es un aumento considerable en la clasificación de las mujeres como económicamente inactivas (de 2,6% en 2008 al 21,3% en 2009), que se cree una disminución artificial de desempleo entre ellas. Sin embargo, las razones para esto son aún desconocidas y por eso el Centro Nacional Chipriota realizará una investigación para dar respuestas a estas cuestiones.

**Gráfico 5: Desempleo entre los usuarios de heroína por sexo**



Fuente: Centro Nacional Chipriota de Observación e Información sobre Drogas y Drogadicción 2010b.

Para los **heroínómanos**, tanto hombres como mujeres, el porcentaje de desempleo para el 2009 es bastante alto (58,5% para los hombres y 54,7% para las mujeres). Todos los años, desde el 2004 hasta el 2009, las mujeres presentan porcentajes más altos que los hombres, especialmente los años 2006 y 2009. No hay una explicación sobre este fenómeno ni por qué las mujeres tienden a presentar porcentajes más altos que los hombres en relación con el desempleo.

Esta información la contrastaremos luego con la situación de las drogas en España con el fin de encontrar algunas similitudes o diferencias sobre el consumo de sustancias en ambas países.

### **2.3. La epidemiología de las drogodependencias en la población española**

En este apartado vamos a presentar la epidemiología de las drogodependencias en la población española según los últimos Informes y Memorias publicadas por el Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD) que fue fundado en 1985 y, el Observatorio Español sobre Drogas (OED) que fue creado en 1997. Lo que se pretende es mostrar en cifras la situación de la toxicomanía en la población española dando especial atención a las sustancias más consumidas y a la gente que acudió a tratamiento los últimos años. Uno de los datos más llamativos es el descenso del uso de la heroína y del número de la gente que pidió tratamiento por dependencia de esta sustancia los últimos años.

De acuerdo con el Observatorio Español sobre Drogas y el Informe del 2009, la evolución del consumo y los problemas de drogas en España en los años más recientes son los siguientes (OED, 2009: 8):

- 1) Se ha detenido el descenso de consumo de tabaco observado hasta 2007.

- 2) Está estabilizada o en descenso la proporción de consumidores de bebidas alcohólicas, aunque ha aumentado la frecuencia de episodios de consumo intensivos (borracheras).
- 3) Se ha detenido el descenso del número de inyectadores de drogas admitidos a tratamiento.
- 4) Continúa descendiendo lentamente la mortalidad directamente relacionada con drogas ilegales, aunque persiste un número elevado de muertes de este tipo (más de 800 en 2006).
- 5) En los inyectadores de drogas persisten altos niveles de infección por VIH y virus de la hepatitis, y de conductas de riesgo sexuales y de inyección, aunque ha disminuido mucho el número de nuevos diagnósticos de VIH en esta población.
- 6) Se ha estabilizado el consumo de heroína, e incluso ha comenzado a ascender.
- 7) Se han estabilizado o pueden haber comenzado a descender el consumo de cocaína y cannabis y los problemas asociados, tras muchos años de aumento continuado.
- 8) Ha aumentado el consumo de hipnosedantes, mientras continúan descendiendo el consumo y los problemas por éxtasis, anfetaminas y alucinógenos.

### ***2.3.1. El fenómeno de las drogas en España***

De acuerdo con el Observatorio Español sobre Drogas e Informe de 2009, la situación del consumo de drogas en España es la siguiente:

El tamaño de la **muestra** ha aumentado desde sus inicios. Así, en 2007 fue de 23.715 personas, mientras que entre 1995 y 2003 entre 8.000 y 15.000, dependiendo de la encuesta (ídem, 2009: 16).

En 2007 las sustancias psicoactivas más extendidas entre la población española de 15 a 64 años fueron el alcohol y el tabaco. Entre las drogas de **comercio ilegal**, las más extendidas fueron el cannabis, la cocaína y el éxtasis, todas con prevalencias en los últimos 12 meses que sobrepasan el 1% (10,1% para cannabis, 3,0% para cocaína y 1,1% para éxtasis). El uso de otras drogas de comercio ilegal fue menos común. La prevalencia de uso de tranquilizantes (6,9%) y somníferos (3,8%) con o sin receta médica en los últimos 12 meses, sólo se ve superada por el alcohol, el tabaco y el cannabis (ídem, 2009: 20).

En cuanto a las drogas de **comercio legal**, la prevalencia de consumo es también mayor entre los hombres. Por ejemplo, la prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días fue de 71,4% en hombres y de 49,0% en mujeres, y la de tabaco de 42,6% y 34,7%, respectivamente, en

la población de 15-64 años. En el caso de las drogas de comercio ilegal las mayores prevalencias de consumo se encuentran entre los hombres de 15-34 años (ídem, 2009: 24).

En 2007, la **edad media de inicio** en el uso de drogas varía sustancialmente según el tipo de droga. Las drogas que se consumen por término medio a una edad más temprana son las de comercio legal, como el tabaco (edad media 16,5 años) y las bebidas alcohólicas (16,8 años). La droga ilegal cuyo consumo se inicia más tempranamente es el cannabis (18,6 años). Por el contrario, las que se empiezan a consumir más tardíamente son los hipnosedantes (tranquilizantes y/o somníferos), con 33,8 años. El uso del resto de las drogas se inicia por término medio entre los 19 y los 22 años (ídem, 2009: 20).

En referencia al **sexo**, excepto en el caso de los *hipnosedantes* (tranquilizantes y/o somníferos), en 2007 en España, la extensión del uso de drogas en la población de 15-64 años fue bastante mayor entre los hombres que entre las mujeres, especialmente en el caso de las drogas de comercio ilegal, donde la prevalencia entre los hombres fue varias veces más elevada que entre las mujeres. Refiriéndonos al consumo en los últimos 12 meses destacan las diferencias en el uso de cannabis (13,6% en hombres y 6,6% en mujeres) y de cocaína (4,4% en hombres y 1,5% en mujeres) (ídem, 2009: 22).

Las **diferencias intersexuales** en el consumo de drogas y los problemas asociados, como los presenta el OED, los *hipnosedantes* son las únicas drogas consideradas en que la prevalencia de consumo es más elevada en las mujeres que en los varones. En cuanto al tabaco y el alcohol, aunque las diferencias se han reducido en los últimos años, las prevalencias continúan siendo más altas en los varones.

En los jóvenes de 15-34 años las diferencias intersexuales relativas se reducen mucho, llegando en los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, a ser claramente más alta la prevalencia de consumo de tabaco diario de las mujeres que la de los hombres (16,4% frente a 13,3% en 2008) (ídem, 2009: 12).

En cuanto a la **infección por VIH**, continúa descendiendo el número de nuevos diagnósticos de VIH en inyectadores de drogas. Así, en un grupo de 8 comunidades autónomas, dicho número pasó de 231 en 2003 a 82 en 2007, año en que la transmisión por inyección de drogas suponía ya sólo el 7,8% de los nuevos diagnósticos de VIH. Este descenso es atribuible a varios factores, pero sobre todo al descenso del número de inyectadores de drogas. Sin embargo, una proporción

muy alta de los inyectadores de drogas están infectados por VIH (20%-30%), por el virus de la hepatitis B –VHB– (20%-35%) o el virus de la hepatitis C (VHC) (65%-90%).

Entre los inyectadores, la prevalencia de infección por VIH es bastante más alta en las mujeres que en los hombres. En la tabla 9 aparece la evolución de la situación para cada una de las drogas según el Observatorio Español sobre Drogas en su último Informe (ídem, 2009).

A pesar de la expansión y elevada cobertura de los programas de provisión de material de inyección estéril y preservativos, entre los inyectadores de drogas la prevalencia de **conductas de riesgo** sexuales y de inyección sigue siendo muy alta.

**Tabla 9: Prevalencias de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años según sexo (%). España, 1995-2007**

Tabla 1.1.7. Prevalencias de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años según sexo (%). España, 1995-2007.														
	1995		1997		1999		2001		2003		2005		2007	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Tabaco			55,0	38,7	50,3	39,2	51,5	40,5	53,0	42,6	47,2	37,5	46,0	37,6
Alcohol	79,3	58,0	86,4	70,5	83,2	67,2	85,2	70,9	84,5	68,4	84,0	69,2	80,4	66,4
Cannabis	10,7	4,4	10,7	4,7	9,6	4,3	13,0	5,5	16,2	6,3	15,7	6,6	13,6	6,6
Éxtasis	1,9	0,7	1,2	0,5	1,2	0,5	2,8	0,7	2,0	0,8	1,8	0,6	1,6	0,5
Alucinógenos	1,1	0,4	1,4	0,4	0,8	0,4	1,2	0,2	0,9	0,3	1,1	0,4	0,9	0,3
Anfetaminas/ speed	1,3	0,7	1,4	0,4	1,0	0,4	1,6	0,6	1,1	0,5	1,4	0,5	1,3	0,3
Cocaína en polvo	2,7	1,0	2,6	0,6	2,3	0,8	3,8	1,3	4,1	1,2	4,6	1,3	4,4	1,5
Cocaína base	0,2	0,0	0,2	0,0	0,4	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,3	0,0	0,7	0,1
Heroína	0,8	0,3	0,4	0,1	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0
Inhalables	0,2	0,1	0,3	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,3	0,1
Tranquilizantes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,6	5,2	4,7	9,1
Somníferos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,8	4,3
Tranquilizantes sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,9	0,9
Somníferos sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	0,8

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Fuente: Observatorio Español sobre Drogas, 2009: 23.

De hecho, entre los inyectadores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de heroína o cocaína en 2003-2004, un 21,4% había usado en el último año jeringas usadas por otros y un 16,6% había cogido droga disuelta en una jeringa usada. Además, del conjunto de admitidos por



estas drogas, un 69,8% no había usado sistemáticamente preservativo en las relaciones vaginales o anales con parejas esporádicas (ídem, 2009: 13-14).

En 2007 se notificaron 50.555 **admisiones a tratamientos** por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluidos alcohol y tabaco), procedentes de 506 centros declarantes de las 17 comunidades autónomas y de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. El número de admisiones notificadas fue similar al de los últimos años (49.012 en 2003, 52.128 en 2004, 50.630 en 2005 y 49.283 en 2006). Si se observan los datos a más largo plazo, puede observarse que entre 1987 y 1996 se produjo un aumento ininterrumpido del número global de admisiones a tratamiento en España, y a partir de entonces con algunos altibajos se han mantenido relativamente estables.

Esta relativa estabilidad es una combinación del efecto de varios factores como son el descenso del consumo de heroína y el impacto de los tratamientos de larga duración (programas de sustitutivos opioides que disminuyen la rotación de usuarios por los diferentes servicios asistenciales) que actuarían disminuyendo el número de admisiones; así como del aumento reciente del consumo de cocaína y de cannabis, que actuarían aumentándolo.

Con respecto a las **drogas que motivan el tratamiento**, la situación ha cambiado radicalmente en los últimos años. Al contrario con los datos expuestos en Chipre, la heroína dejó de ser por primera vez en 2005 la droga que motivaba un mayor número de admisiones a tratamiento para ceder el puesto a la cocaína. De hecho, esta última motivó 23.037 (45,6%) admisiones a tratamiento, frente a 18.904 (37,4%) motivadas por heroína. A continuación se situó el cannabis con 5.936 admisiones (11,7%). La proporción de admisiones a tratamientos por otras sustancias psicoactivas fue muy baja: opioides distintos a heroína o sin especificar (1,9%), hipnosedantes (1,6%), anfetaminas (0,8%), éxtasis y otros derivados de las feniletilaminas (0,4%), alucinógenos (0,1%) y sustancias volátiles (0,1%) (ídem, 2009: 136).

La gran mayoría (84,7%) de los admitidos a tratamiento en 2007 fueron varones, igual que en la población chipriota. La proporción más alta de mujeres se observó entre los tratados por hipnosedantes (40,3%) y la más baja entre los tratados por inhalables volátiles (12,0%) y cocaína base (12,7%) (ídem, 2009: 140).

En relación con la **educación** de los consumidores, un 46,0% de los admitidos a tratamiento en 2007 no había llegado a completar ninguna etapa de enseñanzas secundarias, siendo esta

proporción mayor entre los tratados previamente que entre los tratados por primera vez en la vida, y en los hombres que en las mujeres. El **nivel de estudios** presentaba diferencias importantes según la droga principal de admisión a tratamiento. En 2007 las mayores proporciones de personas sin ninguna etapa de enseñanzas secundarias completada correspondió a inhalables volátiles (81,1%), metadona (61,2%), cocaína base (56,5%) y heroína (54,3%), y las menores a alucinógenos (26,1%), MDMA (33,4%) y anfetaminas (33,8%). Un 33,4% de los admitidos a tratamiento en 2007 estaban **parados**, siendo esta proporción más alta entre los que habían sido tratados previamente. Como sucedía con el nivel de estudios, la proporción de parados presentó también diferencias importantes según la droga principal de admisión a tratamiento, correspondiendo las cifras más altas a heroína (44,5%) y cocaína base (52,7%), y la más baja a cannabis (27,6%) (ídem, 2009: 149).

Como observamos y como correctamente destaca Gamella Mora (2005: 67), ya no puede asumirse que los transgresores, es decir, los que consumen drogas ilegales, sean “desviados”, “disociales” o enfermos. De hecho, uno de los cambios más notables de las últimas décadas en Occidente es la normalización del consumo de fármacos ilícitos como forma de experimentación y diversión juvenil.

Nuestra población presenta un perfil muy similar a la población general de España. La mayoría en las Comunidades Terapéuticas donde hemos realizado nuestra investigación son hombres, de unos 32 años aproximadamente, parados y con un nivel muy bajo de estudios. Su droga principal de consumo es la cocaína en España y la heroína en Chipre. En el segundo apartado de este trabajo presentaremos los datos de nuestros/as participantes correlacionados con los factores de protección y de riesgo y la presencia de recaídas a lo largo de sus vidas.

#### **2.4. La perspectiva de género y las drogodependencias**

La investigación sobre toxicomanías desde la perspectiva de género empezó en los años ochenta en Estados Unidos (Klee, 1995; citado en Urbano Aljama y Arostegi Santamaría, 2004: 17). Ocurrió fundamentalmente por el aumento de mujeres adictas en todo el mundo y por la necesidad de ofrecer un tratamiento adecuado a esta población. Ellinwood, Smith y Vaillant fueron los primeros en señalar las diferencias existentes entre hombres y mujeres consumidores

de opiáceos cuando buscan tratamiento. Vieron que los problemas económicos y de apoyo social eran más comunes en las mujeres y que ellas tenían más facilidad para mostrar trastornos neuróticos (Instituto Deusto de Drogodependencias, 2007: 24; Blanco Zamora, Sirvent Ruiz y Palacios Ajuria, 2005: 86). También, la historia personal de las mujeres presentaba en su pasado mayores niveles de incesto y abuso sexual.

Alemania fue el primer país Europeo que empezó a investigar sobre los programas de tratamiento y prevención de drogas para mujeres en los principios de los años ochenta. A continuación, Francia encontró que con los aumentos de los casos de VIH el embarazo era una de las causas que abandonaban el consumo para luego recaer, una vez que daban a luz (Urbano Aljama y Arostegi Santamaría, 2004: 18).

Como destacan Blanco Zamora, Palacios Ajuria y Sirvent Ruiz (2002; citado en Urbano y Arostegi, 2004: 18), en España empezó la observación de este fenómeno en los años noventa cuando se reconoció el exceso del consumo problemático de sustancias tóxicas entre las mujeres.

Entre las principales preocupaciones observadas por la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer en septiembre de 1995, para luchar contra la discriminación de la mujer a nivel mundial fueron: una persistente y creciente carga de la pobreza, disparidad, insuficiencia y desigualdad de acceso a la educación, a la capacitación, a la atención en salud y servicios conexos y, por último la violencia (Defensor del Pueblo Andaluz, 2006: 66).

En 1997, y después de varios años de estudios e investigaciones que se habían llevado a cabo en la Unión Europea, se organizó la Conferencia Ministerial del Grupo Pompidou donde se decidió prestar más atención en el nuevo Plan de Acción al colectivo específico de mujeres en el área del tratamiento. La mayor parte de estos abordajes se han centrado en tres aspectos: el embarazo, la maternidad y las mujeres drogodependientes prostitutas (Instituto Deusto de Drogodependencias, 2007: 25).

Según el Observatorio Europeo de la Droga y la Toxicomanía (OEDT) una persona de cada cuatro que acude a tratamiento y uno de cada cinco muertos provocados de abuso de drogas son mujeres (OEDT, 2009: 3). De acuerdo con el Informe de la Organización Mundial de Salud, “*Women and Health: Today’s Evidence, Tomorrow’s Agenda*” (OMS, 2009), el consumo de alcohol en Europa ha incrementado entre las chicas adolescentes entre el 1993 y 2003.

La negligencia y el abuso sexual en la niñez son unas características comunes en las historias personales de muchas mujeres drogadictas. La negligencia paternal, así como el trauma debido al abuso sexual, hacen las mujeres más vulnerables a problemas de drogas. Sin el apoyo adecuado, pueden llegar a un consumo mucho más agresivo. Al contrario, el apoyo apropiado de familias y compañeros puede ayudar a prevenir el consumo abusivo (OEDT, 2009: 6). Es importante destacar que entre el 50% y el 80% de las mujeres adictas sufren abusos sexuales en la infancia (Llopis, Castillo, Rebollida y Stocco, 2005: 142).

Igual, en el caso de las mujeres con problemas de adicción al alcohol u otras drogas, suelen empezar el tratamiento por vergüenza. Les cuesta mucho más acudir a tratamiento porque no les acompaña nadie la mayoría de las veces, al contrario con los hombres. Cuando es el hombre el alcohólico, su mujer le arrastra, cuando es la mujer, el marido se desentiende. La mujer suele asumir la drogadicción de su marido/pareja cuando el hombre no (Urbano Aljama y Arostegi Santamaria, 2004).

Una de las conclusiones más notables de muchos autores, es que las mujeres adictas a las drogas tienen niveles más bajos de autoestima y niveles más altos de depresión y ansiedad que los hombres dependientes de las drogas y que las mujeres que no lo son (Instituto Deusto de Drogodependencias, 2007: 24; García Más, 2005; Blanco Zamora, Sirvent Ruiz y Palacios Ajuria, 2005: 85; OMS, 2009: 44). También, es más probable que las mujeres adictas a las drogas sean infectadas de enfermedades de transmisión sexual porque no utilizan protección cuando tienen contactos sexuales. Esto suele pasar más con las mujeres adictas que ejercen la prostitución (OMS, 2009: 44).

Las mujeres consumidoras de drogas cometen menos delitos contra la propiedad que los hombres y con más frecuencia mantienen sus hábitos de drogodependencia a través del comercio sexual; la prostitución es una fuente de ingresos establecida para casi el 60% de las mujeres consumidoras (OEDT, 2000: 41).

De acuerdo con Romo Avilés y Gil García (2006), en las mujeres existen tres discursos diferentes con respecto al consumo de psicofármacos y éstos se relacionan con la edad. En todos ellos la utilización de psicofármacos se realiza cuando perciben “malestar” asociado a falta de modelos, sobrecarga de trabajo y/o sobrecarga emocional, pero también aparece como consecuencia del estrés ocasionado por la toma de decisiones. El consumo se lleva a cabo

mediante dos estrategias diferentes: la prescripción y el autoconsumo. Concluyen diciendo que los diversos elementos que forman la construcción de género influyen en la forma de inicio y de continuar el consumo de sustancias psicofármacos, y tiene relación con la permisividad social de la sustancia. El contexto social favorece diferencias de género en la forma de consumir y en las expectativas sociales que los consumidores generan (ídem, 2006).

El Instituto de la Mujer (2007: 18-19), destaca los siguientes *factores de riesgo* de las mujeres consumidoras:

- a) En el *ámbito familiar*: el consumo abusivo de alcohol u otras drogas por parte de los padres, el estrés que producen las tareas de la casa, después de haber cumplido una jornada laboral fuera de la casa, la mala situación económica y las malas relaciones con la pareja, predispone un abuso de alcohol, tranquilizantes e hipnóticos.
- b) En el *ámbito personal*: el agobio y tensión, de no poder superar sus dificultades y problemas, la pérdida de confianza en sí mismas y la insatisfacción. Para evadirse de sus preocupaciones abusan de sustancias como el alcohol y el tabaco, llegando muchas veces a abusar de los tranquilizantes.
- c) En el *ámbito social*: hay dos tipos de situaciones problemáticas, por una parte las mujeres que tienen un acceso fácil a las drogas (las consumen en su grupo, conocen a otros consumidores...) y que tienen fuertes consumos en cannabis y otras drogas ilegales (cocaína, alucinógenos, drogas de síntesis...). Por otra parte, la importancia que dan muchas mujeres al dinero, la insolidaridad y la no participación social pueden llevar a estas mujeres a un consumo abusivo de alcohol e hipnosedantes.
- d) En el *ámbito laboral*: son mujeres frustradas en su trabajo (insatisfacción en la función o el trato) o temerosas ante su futuro laboral, en las que los consumos prevalentes son el alcohol abusivo y los hipnosedantes. También, las mujeres que soportan situaciones de trabajo bastante duras o de agobio y estrés.

Al contrario de los factores de riesgo, los factores protectores son menos investigados y numerosos. Anteriormente, el hecho mismo de ser mujer era un factor de protección frente al consumo de drogas. Hoy en día se puede afirmar que ser mujer se ha convertido en un factor de riesgo para la experimentación con determinadas sustancias. Como destaca el Instituto Deusto de

Drogodependencias (2007: 46), conociendo tanto los factores de riesgo como los factores protectores se reduce la ocurrencia de un comportamiento desviado, se potencian los atributos individuales, los factores y las condiciones sociales que pueden favorecer el alejamiento de esta conducta.

Lozano Aparicio, Miana Fernández y Campos Remiro (2010), en un estudio realizado en una Comunidad Terapéutica mixta, llegaron a la conclusión que hay marcada dificultad por parte de las mujeres para manejarse en la convivencia grupal con su mismo género. Buscan la valoración y el conocimiento sexual en la figura masculina, lo que les hace entrar en competencia entre ellas. Además, se repiten los patrones relacionales de su vida pasada, en un intento de llenar su necesidad de afecto.

La ventaja de la convivencia mixta en una comunidad se ve en sí misma en las relaciones dentro del funcionamiento general de la Comunidad, que se establecen entre chicos y chicas. Es una herramienta más de trabajo, en el sentido de que pone de manifiesto las carencias y dificultades personales que cada residente presenta en este tema relacional de género (ídem, 2010).

Un estudio de la Fundación Gizakia (2010), realizado a partir de los datos de un centenar de mujeres usuarias de sus servicios entre 2002 y 2006, pone de manifiesto que, globalmente, las tasas de adherencia femeninas en los centros residenciales no son inferiores a las masculinas. El estudio distingue dos perfiles de mujeres para los que estaría recomendado, respectivamente, el tratamiento ambulatorio y el residencial. El perfil que presentan estas mujeres es en general de consumidoras de cocaína, iniciadas en el consumo después de los 20 años, con mejor formación, sin enfermedades asociadas y con mayores recursos personales, sociales y familiares. Frente a este perfil, las mujeres que presentan un mayor grado de desprotección parecen obtener mejores resultados en el entorno residencial de la comunidad terapéutica, en la medida en que este perfil requiere un tipo de intervención donde lo asistencial y los instrumentos de contención tengan un peso específico a lo largo del tratamiento (ídem, 2010).

Señalan que la comunidad terapéutica sigue siendo un recurso no sólo válido, sino también necesario, para el tratamiento de determinados perfiles de mujeres drogodependientes. Para el futuro, añaden, no parece recomendable la creación de recursos residenciales específicos para mujeres, sino incorporar la perspectiva de género al tratamiento (ídem, 2010).

Teniendo en cuenta todo lo mencionado y comparando con las mujeres de nuestro estudio, llegamos a la conclusión que es necesario añadir grupos específicos para mujeres en la Comunidad de *Proyecto Hombre* y de *Pyskida*, reforzando así sus factores de protección y disminuyendo los riesgos que les puede provocar recaída después del tratamiento. En este proceso es muy importante intervenir a nivel individual desde una perspectiva socioeducativa.

## **2.5. Consecuencias del consumo de drogas**

El consumo de drogas puede tener toda una serie de consecuencias negativas, como accidentes, trastornos de salud mental, enfermedades pulmonares, problemas cardiovasculares, desempleo o carencia de hogar. Esas consecuencias son especialmente prevalentes entre los consumidores problemáticos de drogas, cuyo estado de salud general y cuya situación socioeconómica pueden ser mucho peores que los de la población general (OEDT, 2010b: 91).

De acuerdo con el último “Informe Mundial sobre las Drogas” publicado por las Naciones Unidas y la Oficina contra la Droga y el Delito (2010: 4), entre 155 y 250 millones de personas en todo el mundo (3,5 a 5,7% de la población entre 15 y 64 años de edad) consumieron sustancias ilícitas en 2008. A nivel mundial, los consumidores de cannabis constituyen el principal grupo de consumidores de drogas ilícitas (entre 129 y 190 millones de personas). Le siguió en volumen de consumo el de sustancias del grupo de las anfetaminas y a continuación la cocaína y los opiáceos.

La reducción de la **mortalidad** y la **morbilidad**, relacionadas con el consumo de drogas, ocupa un lugar central en las políticas europeas sobre drogas. Las actividades principales en este ámbito se canalizan a través de intervenciones dirigidas a los grupos de mayor riesgo y a las conductas directamente asociadas a daños relacionados con las drogas (OEDT, 2010b: 91).

En el epicentro del consumo de drogas se encuentran los “consumidores problemáticos”, es decir, aquellos que se las inyectan o son considerados drogodependientes, quienes en consecuencia sufren graves repercusiones de índole social y sanitaria. En el plano mundial, se calcula que durante el último año, entre el 12% y el 30% de los consumidores problemáticos recibieron tratamiento, lo que supone que entre 11 y 33,5 millones de consumidores

problemáticos no recibieron tratamiento ese año (Naciones Unidas, Oficina contra la Droga y el Delito, 2010: 4).

De acuerdo con el OEDT (2010b), a finales de 2008, la incidencia de diagnósticos nuevos de VIH entre los consumidores de droga por vía parenteral siguió siendo baja en la mayoría de los países de la UE, y la situación general de Europa es relativamente positiva si se compara con el resto del mundo. Eso puede deberse, al menos en parte, a la mayor oferta de medidas de prevención, tratamiento y reducción de daños, como los tratamientos de sustitución y los programas de recambio de agujas y jeringuillas. También pueden haber intervenido otros factores, como la disminución del consumo de drogas por vía parenteral referida por algunos países. Sin embargo, en algunas partes de Europa los datos indican que la transmisión del virus del VIH vinculada al consumo de drogas por vía parenteral se mantuvo en unos niveles relativamente altos en 2008, lo que subraya la necesidad de garantizar la cobertura y la eficacia de las medidas locales de prevención.

Mientras que sólo en algunos Estados miembros de la UE se registran altos niveles de prevalencia de infección por VIH, la hepatitis vírica y, sobre todo, la infección causada por el virus de la hepatitis C (VHC), presentan una prevalencia mucho mayor entre los consumidores de drogas por vía parenteral en toda Europa. Los niveles de anticuerpos de VHC en las muestras nacionales de consumidores de drogas por vía parenteral en 2007-2008 varían entre el 12% y el 85%, aunque 8 de los 12 países han notificado niveles superiores al 40%. Tres países (Eslovenia, Hungría y República Checa) han notificado una prevalencia inferior al 25%, pero esas tasas de infección siguen constituyendo un problema importante de salud pública (ídem, 2010b: 93).

Los **opiáceos**, principalmente la heroína o sus metabolitos, intervienen en la mayoría de las *muertes causadas por las drogas* que se notifican en Europa. En los 20 países que facilitaron datos en 2008, los opiáceos representaron más del 75% de todos los casos (77-100%), y 11 de ellos indicaron porcentajes superiores al 85%. Las sustancias más frecuentes fueron, además de la heroína, el alcohol, las benzodiazepinas, *otros opiáceos* y, en algunos países, la cocaína.

Estos datos indican que una proporción considerable de todas las muertes inducidas por drogas pueden ocurrir en un contexto de policonsumo. La mayoría de las muertes por sobredosis que se producen en Europa afectan a varones (81%). En la mayoría de los países, la *edad media de los fallecidos* está en los 35 años y en muchos casos se observa una tendencia al alza en dicha



edad que podría indicar una posible estabilización o incluso una disminución del número de consumidores jóvenes de heroína, o el envejecimiento de la cohorte de consumidores problemáticos de opiáceos. En total, el 13% de las muertes por sobredosis notificadas en Europa se produjeron en menores de 25 años (ídem, 2010b: 97).

Haciendo referencia al **género**, una de las variables asociadas a la mujer que tiene mayor repercusión en el mundo de las drogodependencias es la *prostitución*. En relación con la salud, se considera un problema prioritario el hecho de la cantidad de posibles contagios que tiene a su alcance una mujer drogodependiente que ejerza la prostitución y que padezca alguna enfermedad infecciosa. La prostitución está ligada con los proxenetas que obligan a las prostitutas al consumo de drogas para poder someterlas por completo (García del Castillo, 2005: 8). La prostitución puede ocasionar gravísimos daños psicológicos a quienes la ejercen, incluyendo síntomas como falta de autoestima, odio hacia sí misma, trastornos emocionales, depresión, disociación, abuso de drogas y cuadros de estrés postraumático (Ordóñez Gutiérrez, 2006: 104; OMS, 2009).

Otra de las consecuencias de la drogadicción, no sólo en los hombres pero también en las mujeres, es el encarcelamiento de las mismas. Conforme a lo que dice el Defensor del Pueblo Andaluz (2006) y el Informe sobre “*Mujeres privadas de Libertad en Centros Penitenciarios de Andalucía*”, el motivo más frecuente de encarcelación de la mujer está directamente relacionado con la proliferación de delitos de consumo y tráfico de drogas y delitos conexos, y las medidas de lucha contra el crecimiento del tráfico internacional de drogas.

La Asociación Zubiko realizó en 2004 un estudio en las prisiones de País Vasco. De este colectivo, sólo el 55% de las mujeres presas reconoce su adicción. La mayoría de ellas proviene de familias de origen con un alto nivel de desestructuración, donde es frecuente encontrar progenitores consumidores, padres periféricos o muy poco presentes y madres escasamente cuidadoras (Fernández, García del Moral, Urbano y Arostegi, 2008: 187). Las mujeres internas consumidoras de drogas ilegales aseguran que sus compañeros también consumen o han consumido drogas ilegales. De hecho, cinco de ellas (25%) describen que iniciaron el consumo de drogas junto a su pareja (ídem, 2008: 195).

Según el Boletín estadístico de 2010 del Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (2010c), la prevalencia de consumo de drogas en los hombres y mujeres adultos/as los últimos 12

meses, es mayor entre los hombres en todos los países. Las proporciones más elevadas de los hombres se encuentran entre los usuarios de cannabis y cocaína, y la más alta proporción de mujeres entre los usuarios de tranquilizantes, sedantes y fármacos, y esto por lo general se refleja en los datos sobre la población en el tratamiento de drogas. También, muchos más hombres que mujeres mueren como resultado del consumo de drogas.

Las investigaciones han sugerido que pueden existir barreras para la captación de servicios por las mujeres y que las cuestiones de cuidado de niños es un elemento importante del desarrollo de los servicios amigables para las mujeres. Las mujeres parecen tener más probabilidades de acceder a un tratamiento más temprano que los hombres. Por qué pasa esto aún no está claro, aunque para algunos el embarazo y la maternidad pueden ser un estímulo importante para entrar en tratamiento y reducir o abandonar el consumo de drogas (Defensor del Pueblo Andaluz, 2006).

### 3. ACCIÓN CON PERSONAS DROGODEPENDIENTES

---

En este apartado se presentan distintos modelos de actuación para el tratamiento de conductas adictivas: el **Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente**, un ejemplo que nos ayuda ver los cambios a la conducta adictiva, la **Entrevista Motivacional**; una forma concreta para ayudar a las personas a que reconozcan y se preocupen de un problema concreto; y el **Modelo socioeducativo**, una forma de acción/intervención con personas drogodependientes que está directamente relacionado con la Educación Social.

Uno de los modelos de cambio intencional del comportamiento y su aplicación a la recuperación de las conductas adictivas, desarrollado por James O. Prochaska y Carlo DiClemente en los años ochenta, tiene su origen en un intento de integración de distintas escuelas psicoterapéuticas, por lo que fue denominado *Modelo Transteórico* por estos autores (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1994; Díaz Salabert, 2001). Este modelo trata de explicar la estructura del cambio de comportamiento, proponiendo tres dimensiones básicas para su análisis: los procesos, los estadios y los niveles del cambio.

Al contrario, el **Modelo socioeducativo** proviene de la Educación Social y las propuestas nacen de la intervención de los Educadores Sociales a partir de su experiencia de intervención en ámbitos de exclusión (Pantoja Vargas, 2010: 131-132), como es en nuestro caso la drogodependencia y el tratamiento de las personas con problemas de consumo.

#### 3.1. Modelos de actuación en drogodependencias

En el primer apartado de este capítulo se presentan varios modelos cognitivo-conductuales, el **Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente**, y la **Entrevista Motivacional**, un tipo de entrevista clínica centrada en la persona que, fundamentalmente, la ayuda a explorar y resolver ambivalencias acerca de una conducta o hábito insano para promover cambios hacia estilos de vida más saludables.

### 3.1.1. Modelos cognitivos-conductuales

Secades Villa, García Rodríguez, Fernández Hermida y Carballo (2007: 35), destacan que los programas cognitivo-conductuales (Cognitive-Behavioral Treatment, CBT), se centran en el entrenamiento de determinadas habilidades para responder de forma adecuada a los antecedentes y consecuentes ambientales e individuales (cogniciones y emociones) que mantienen la conducta de consumir drogas.

Los déficit en habilidades de afrontamiento y determinadas cogniciones desadaptadas son considerados como los mayores factores de riesgo para el uso de drogas. Tres modelos de intervención de este paradigma son el *Entrenamiento de habilidades sociales y de afrontamiento*, la *prevención de recaídas* y la *terapia conductual familiar y de pareja*.

**1. Entrenamiento de habilidades sociales y de afrontamiento:** es un procedimiento cognitivo-conductual de amplio espectro que cuenta con gran arraigo, sobre todo en el tratamiento del alcoholismo. El participante carece de habilidades adecuadas para enfrentarse con situaciones sociales e interpersonales de la vida cotidiana. El objetivo personal de este tipo de intervenciones es dotar al sujeto de las suficientes habilidades de afrontamiento y autocontrol para poder manejar las situaciones de riesgo producidos por los estímulos que desencadenan el deseo intenso de beber. Los aspectos centrales de este procedimiento incluyen: habilidades interpersonales, asertividad y expresión de emociones, entrenamiento en solución de problemas, afrontamiento de estados cognitivo-emocionales, afrontamiento de eventos vitales estresantes y afrontamiento de situaciones de riesgo para el consumo (Monti, Rohsenow, Colby y Abrams; citado en Secades Villa et al, 2007).

**2. Prevención de recaídas:** este modelo contiene tres elementos fundamentales:

a) Estrategias de entrenamiento de habilidades, que incluyen tanto estrategias cognitivas como conductuales para afrontar situaciones de riesgo: identificación de situaciones de alto riesgo, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, autorregistro y análisis funcional del uso de drogas, estrategias para afrontar el *craving* y los pensamientos asociados al uso de sustancias, afrontamiento de las caídas o consumos aislados (lapses),

asertividad, control de estrés, habilidades de comunicación, habilidades sociales generales y entrenamiento en solución de problemas.

- b) Procedimientos de reestructuración cognitiva diseñados para proporcionar al individuo pensamientos alternativos a los que empujan a consumir, estrategias de imaginación para detectar situaciones de riesgo y estrategias para afrontar el efecto de violación de la abstinencia (EVA).
- c) Estrategias de reequilibrio del estilo de vida (como la relajación o el ejercicio físico) para incrementar las actividades alternativas al consumo de drogas (ídem, 2007: 36).

3. **Terapia conductual familiar y de pareja:** se centra en el entrenamiento de habilidades de comunicación y en el incremento de la tasa de reforzamiento positivo en las relaciones familiares. En realidad, se trata de programas multicomponentes que incluyen técnicas como el análisis funcional, la identificación de relaciones conflictivas que provoca la bebida, la asignación de tareas, el control estimular, el contrato conductual, el manejo de contingencias o el entrenamiento en habilidades de comunicación y de solución de problemas. Este medio se ha empleado sobre todo en el tratamiento del alcoholismo y la mayoría de los estudios han encontrado resultados positivos, mostrando que las técnicas orientadas a mejorar las relaciones familiares de los participantes pueden ser un componente crítico de los programas de tratamiento para el alcoholismo (ídem, 2007).

En diferentes estudios del equipo de O'Farrel (Secades Villa et al, 2007), se comprobó que la terapia conductual familiar (*Behavioral Marital Therapy, BMT*) era eficaz para reducir el consumo de alcohol, mantener la abstinencia a largo plazo y reducir los problemas legales, familiares y sociales. Meyers, Miller, Hill y Tonigan (1999; citado en Secades Villa et al, 2007), encontraron que esta modalidad de terapia de pareja incrementaba la abstinencia y la adhesión al tratamiento y reducía las conductas depresivas, la ansiedad, la ira y la sintomatología física.

En investigaciones anteriores, Prochaska y DiClemente vieron necesario preguntar *cuándo* ocurre el cambio en una conducta adictiva, a fin de explicar las variables de intervención para entender la estructura que subyace al cambio de conducta. Los individuos que modifican sus comportamientos adictivos se mueven a través de una serie de etapas, desde precontemplación a

mantenimiento (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1994). El esquema lineal de las etapas se descubrió en una investigación con fumadores que intentaban dejar de fumar por sí mismos y con fumadores en programas de tratamiento profesional (ídem, 1994).

Se encontraron grupos de individuos en cada etapa de cambio, tanto si los individuos se presentaban para psicoterapia, como si intentaban cambiar por sí mismos. Se determinaron etapas de cambio mediante dos métodos diferentes; una discreta medida de categorías, que determinan la etapa desde una serie de cuestiones mutuamente exclusivas (DiClemente et al, 1991; citado en Prochaska, DiClemente y Norcross, 1994) y una medición continua, la cual produce escalas diferentes para precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento.

### ***3.1.2. El Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente***

De acuerdo con Becoña Iglesias y Cortés Tomás (2008: 23), las intervenciones en salud mental y en trastornos adictivos comparten un elevado y prematuro abandono del tratamiento. Una revisión de Walitzer et al (citado en Becoña Iglesias y Cortés Tomás, 2008), muestra que entre un 20% y un 57% de los participantes interrumpen su tratamiento después de la primera sesión, encontrándose entre los posibles factores explicativos las actitudes de los participantes, así como las expectativas del propio terapeuta. A lo largo del tiempo se ha ido dejando de lado la consideración de que la persona que demanda tratamiento está preparada para iniciar un cambio, tomando mayor consistencia la evidencia de que no toda persona parte de una predisposición adecuada que garantice poder iniciar y mantener cambios en su conducta adictiva.

El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente intenta delimitar y describir los elementos esenciales subyacentes al proceso de cambio intencional de cualquier conducta adictiva. Prochaska y DiClemente han desarrollado el modelo transteórico a partir de un análisis sistemático de las teorías y de las investigaciones en psicoterapia (Tejero y Trujols, 1994). El modelo transteórico es un modelo tridimensional que proporciona una concepción global y al mismo tiempo diferenciada del cambio en el campo de las conductas adictivas, integrando lo que sus autores denominan estadios, procesos y niveles de cambio (ídem, 1994: 5). Según Prochaska y DiClemente, el Modelo Transteórico de Cambio pretende (Turbi Pinazo, 2008):

- Ser aplicable a cualquier conducta adictiva, sea esta de origen químico o no químico.

- Tener en cuenta no sólo la modificación de la conducta adictiva, realizada bajo tratamiento, sino cualquier forma de cambio.
- Ser independiente de cualquier forma concreta de tratamiento. Nos sirve para poder describir el cambio de la conducta adictiva, sea el que sea el tipo de intervención.
- Como Modelo Global, debe ser útil como síntesis de otros modelos de cambio para cualquier conducta problemática.
- Como Modelo Global, debe cubrir las diferentes fases del proceso, desde que la persona sospecha del problema de la adicción hasta que modifica su conducta definitivamente.
- Integrar variables que surjan de la investigación en el campo de las adicciones.

### **3.1.2.1. Los estadios de cambio**

Los cinco estadios de cambio, de acuerdo con Prochaska y DiClemente, son: *precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento*.

Uno de los principales problemas en el proceso de cambio de cualquier conducta adictiva es el de los elevados números de recaídas; así, según el modelo transteórico los individuos no progresan linealmente a través de los estadios de cambio (Tejero y Trujols, 1994). De acuerdo con un estudio realizado por Prochaska y DiClemente con fumadores, la mayoría de ellos siguen un patrón cíclico y reciclan entre tres y cuatro veces a través de los diferentes estadios hasta consolidarse en el de mantenimiento. Por eso, presentan un modelo en espiral que refleja, con mayor fidelidad el proceso de cambio en el campo de las conductas adictivas.

Parte de los estadios de cambio es también la **recaída**. De acuerdo con Díaz Salabert (2001: 26), una recaída ocurre cuando las estrategias de estabilización y mantenimiento de la abstinencia fallan. Una recaída puede producirse tanto en el estadio de acción como en el de mantenimiento. Los individuos que recaen pueden enfrentarse a sentimientos de fracaso y desesperanza, así como también de culpa y frustración y, consecuentemente, su sentido de autoeficacia se ve seriamente afectado (Tejero y Trujols, 1994: 8).

El último estadio es el de la **finalización**. Este estadio implica la total extinción de la adicción y el mantenimiento del nuevo patrón conductual sin ningún esfuerzo significativo “extra” de tiempo o energía en relación a cualquier otra conducta del repertorio del ex adicto (ídem, 1994).

**Tabla 10: Descripción de los estadios motivacionales del modelo de Prochaska y DiClemente**

<b>Precontemplación</b>	Etapa en la que no se tiene intención de cambiar. Suele ser frecuente que la persona no tenga conciencia del problema o que desconozca las consecuencias a corto, medio o largo plazo de su conducta. Los <i>pros</i> de consumir superan a los <i>contras</i> .
<b>Contemplación</b>	Se es consciente de que existe un problema y se considera abandonar la conducta adictiva en los próximos meses, pero todavía no se ha desarrollado un compromiso firme de cambio. Los contempladores son conscientes de los <i>pros</i> de cambiar si se les compara con los precontempladores, pero el peso relativo de los factores contrarios al cambio es aún muy elevado.
<b>Preparación</b>	En esta etapa se llevan a cabo pequeños cambios en la conducta adictiva. Además, la persona se compromete a realizar un esfuerzo mayor en un futuro próximo, que se fija en un mes. Los <i>pros</i> de dejar el consumo superan a los <i>contras</i> .
<b>Acción</b>	La persona realiza cambios notorios, fácilmente observables, en su conducta adictiva. Es una etapa bastante inestable por el alto riesgo de recaída o la rápida progresión a la etapa de mantenimiento. El estadio de acción oscila entre uno y seis meses.
<b>Mantenimiento</b>	Se trabaja para consolidar los cambios realizados durante el estadio de acción, iniciándose al finalizar esta etapa- tras 6 meses de cambio efectivo-. Durante este estadio se manejan principalmente estrategias para prevenir posibles recaídas.

Fuente: Becoña Iglesias y Cortés Tomás (2008); Tejero y Trujols (1994); Prochaska, DiClemente y Norcross (1994); Graña Gómez (1994).

### 3.1.2.2. Procesos de cambio de la conducta adictiva

“Los estadios de cambio representan una dimensión temporal que permite captar **cuándo** ocurren determinados cambios de intenciones, actitudinales y conductuales y los procesos de cambio que posibilitan comprender **cómo** suceden dichos cambios” (Tejero y Trujols, 1994). Los procesos de cambio consisten en actividades encubiertas o manifiestas, iniciadas o experimentadas por un individuo para modificar su hábito adictivo. Diferentes estudios han demostrado la existencia de un número limitado de procesos de cambio subyacentes a la progresión a través de diferentes estadios, independientemente del hecho de que dicha progresión se realice sin recurrir a ayuda profesional o mediante su facilitación e, incluso, independientemente del modelo o escuela psicológica de intervención a la que se adscriba dicho recurso o técnica terapéutica (ídem, 1994).

De acuerdo con varios autores (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1994; Santos Diez, González Martínez, Fons Bines, Forcado Chapa, Zamorano García, 2001: 148), existen diez procesos de cambio que se pueden organizar con relación a dos factores de segundo orden (Prochaska, Velicer, DiClemente y Fava, 1988; citado en Díaz Salabert, 2001; Tejero y Trujols, 1994):



- a) **Procesos de cambio cognitivos** (aumento de la concienciación, auto-reevaluación, reevaluación ambiental, relieve dramático y liberación social).
- b) **Procesos de cambio conductuales** (autoliberación, manejo de contingencias, relaciones de ayuda, contracondicionamiento y control de estímulos).

**Tabla 11: Definiciones e intervenciones de los procesos de cambio**

<b>Títulos, definiciones e intervenciones representativas de los procesos de cambio</b>	
<b>Procesos</b>	<b>Definiciones e intervenciones</b>
<b>Auto conciencia</b>	Más información sobre uno mismo y su problema: Observaciones, confrontaciones, interpretaciones, biblioterapia.
<b>Auto-evaluación</b>	Evaluación sobre los propios sentimientos y pensamientos respecto a un problema: clarificación de valores, imaginación, corrección de experiencias emocionales.
<b>Auto-liberación</b>	Escoger y comprometerse a actuar, creer en la propia capacidad de cambio: terapia para tomar decisiones, resoluciones Nuevo Año, técnicas de logoterapia, técnicas para el realce de propósitos.
<b>Contracondicionamiento</b>	Alternativas sustitutorias para problemas de conducta: relajación, desensibilización, aseveración, autoestados positivos.
<b>Control de estímulos</b>	Evitar o limitar los estímulos que posibilitan los problemas de conducta: reestructurar el propio entorno por ej. Evitar alcohol o comidas grasas, evitar señales de alto riesgo, técnicas fading.
<b>Autogobierno</b>	Vigilancia por parte de uno mismo o por otros en los cambios: contratos de contingencia, refuerzo cubierto o encubierto, autovigilancia.
<b>Relaciones de ayuda</b>	Ser abierto y ofrecer confianza a quien la necesite: alianza terapéutica, soporte social, grupos de autoayuda.
<b>Relieve dramático</b>	Practicar y expresar sentimientos ante los propios problemas y soluciones: psicodrama, pérdida de aflicción, representación de roles.
<b>Revaluación ambiental</b>	Evaluación sobre cómo los propios problemas afectan al entorno físico: entrenamiento empático, documentales.
<b>Liberación social</b>	Incremento de alternativas para conductas no problemáticas posibles en la sociedad: abogar por el derecho a reprimirse, autorización, intervenciones en la línea de conducta.

Fuente: Prochaska, DiClemente y Norcross (1994); Tejero y Trujols (1994).

### 3.1.2.3. Integración de los estadios y procesos de cambio

Según Tejero y Trujols (1994: 11), Prochaska y DiClemente señalan que determinados procesos de cambio son enfatizados durante determinados estadios de cambio.

Durante el estadio de **precontemplación**, los adictos utilizan significativamente menos los procesos de cambio que aquellos que se hallan en cualquier otro estadio. Los precontempladores son los que procesan menos información referente a su conducta adictiva; utilizan menos tiempo y energía reevaluándose a sí mismos; experimentan menos reacciones emocionales frente a las

consecuencias negativas de su adicción; se muestran significativamente menos abiertos y comunicativos respecto a su problemática, etc.

Los procesos de cambio, el aumento de la concienciación, el relieve dramático y la reevaluación ambiental, son los procesos enfatizados por la mayoría de los drogodependientes situados en el estado de contemplación.

Al ser un proceso de cambio también enfatizado en el estadio de preparación, la autoevaluación se muestra como el puente entre la contemplación y la preparación. En este último estadio, y como enlace con el de acción, es donde se utiliza más el proceso de autoliberación.

Los procesos de relaciones de ayuda, manejo de contingencias, control de estímulos y contracondicionamiento forman el vínculo entre los estadios de acción y de mantenimiento al ser enfatizados en ambos, lo cual es consistente con la concepción de que el estadio de mantenimiento es un estadio de cambio activo más que de ausencia de cambio.

#### **3.1.2.4. Niveles de cambio**

Los estadios y procesos de cambio de una conducta adictiva tienen que situarse en el contexto de los niveles complejos interrelacionados del comportamiento humano. La tercera dimensión del modelo transteórico de Prochaska y DiClemente, los niveles de cambio, se refiere a qué cambios se necesitan para abandonar una conducta adictiva (Tejero y Trujols, 1994; Díaz Salabert, 2001).

La dimensión de los niveles de cambio representa una organización jerarquizada de los cinco niveles en que se focalizan las diferentes evaluaciones e intervenciones terapéuticas. Estos niveles son los siguientes (ídem, 2001):

1. Síntoma / Situación: (Patrón de uso de sustancias u otros síntomas, factores micro y macro ambientales...).
2. Cogniciones desadaptativas: (expectativas, creencias, autoevaluaciones...).
3. Conflictos interpersonales actuales: (interacciones diádicas, hostilidad, asertividad...).
4. Conflictos sistémicos/familiares: (Familia de origen, problemas legales, red de apoyo social, empleo,...).
5. Conflictos intrapersonales: (autoestima, autoconcepto, personalidad,...).

De acuerdo con Díaz Salabert (2001: 28), Prochaska y DiClemente proponen el inicio por el nivel de síntoma/situación, ya que el cambio suele ser más rápido en este nivel de problemas que es más consciente, contemporáneo y supone la razón más frecuente para iniciar la terapia. Dado que esos niveles no son independientes, el cambio en uno de estos probablemente provoca cambios en otros (Tejero y Trujols, 1994: 14).

Según Prochaska y Prochaska se puede predecir que cuanto más profundo sea el nivel que debe ser cambiado más larga y compleja será la intervención terapéutica y mayor la resistencia por parte del participante (Díaz Salabert, 2001: 28).

### **3.1.3. *La Entrevista Motivacional (E.M.)***

La Entrevista Motivacional (E.M.) es un estilo terapéutico directivo, centrado en el adicto y destinado a favorecer la preparación para el cambio ayudando a la persona a explorar y resolver su ambivalencia. Es una evolución del enfoque terapéutico rogeriano<sup>2</sup> centrado en la persona, que obtiene del participante las propias motivaciones hacia el cambio (Hettema, Steele y Miller, 2008).

La E.M. fue desarrollada principalmente por Miller y posteriormente, los conceptos fundamentales y el enfoque fueron elaborados por Miller y Rollnick en 1991. Estaba centrada en personas que tenían problemas con el consumo de alcohol, para las cuales se investigaron los elementos terapéuticos que mejoraban los resultados de la intervención (Becoña Iglesias y Cortés Tomás, 2008). Posteriormente evolucionó como un modo de ayudar a las personas a trabajar la ambivalencia y a comprometerse a cambiar (Miller, 1983).

Este enfoque terapéutico integra aspectos de la “terapia centrada en el cliente” propuesta por Rogers (Becoña Iglesias y Cortés Tomás, 2008; Hettema, Steele y Miller, 2008), con estrategias cognitivo-conductuales dirigidas a los diferentes estadios de cambio.

Concretamente, la E.M., es un estilo de asistencia directa, centrada en el cliente para provocar un cambio en el comportamiento, ayudando a estos a explorar y resolver

---

<sup>2</sup> Carl Rogers (1902-1987), psicólogo Americano y gestor instrumental en el desarrollo de la terapia no directiva, conocida como “Terapia centrada en el cliente”, que renombró como “Terapia centrada en la persona”. La terapia rogeriana contrasta con las perspectivas psicológicas freudianas y las sociales de Alfred Adler y de Albert Bandura, por el uso preferente de la empatía para lograr el proceso de comunicación entre el cliente y el terapeuta o, por extensión, entre un ser humano y otro ([http://es.wikipedia.org/wiki/Carl\\_Rogers](http://es.wikipedia.org/wiki/Carl_Rogers)).

ambivalencias. Facilita que el individuo se posicione hacia el deseo de cambio, tratando de ayudarlo a reconocer y ocuparse de sus problemas presentes y futuros, potenciando asimismo su percepción de eficacia. No pretende cambiar el estilo de trabajo de cada profesional sino aportar herramientas que permitan afrontar situaciones que no han podido ser resueltas por las estrategias habituales empleadas en promover cambios de conducta en los adictos (Becoña Iglesias y Cortés Tomás, 2008; Turbi Pinazo, 2008; Lizarraga y Ayarra, 2001; Rollnick y Miller, 1996).

De acuerdo con Hettema, Steele y Miller (2008), la E.M. es particularmente útil con aquellas personas que muestran una menor motivación o preparación para cambiar, y con aquellos que se muestran más contrarios. Desde una perspectiva transteórica esto sucede porque existe un desacuerdo en las fases de cambio: el terapeuta trabaja desde la fase de acción, mientras que el individuo está en las fases tempranas de contemplación o contemplación (Prochaska y DiClemente, 1984; citado en Hettema, Steele y Miller, 2008). En el caso de personas que no están tan preparados para el cambio, la E.M. se adapta a su paso y los invita a avanzar a través de la contemplación, de la preparación y de la acción. Para aquellas personas que sí parecen estar dispuestos a cambiar, la E.M. puede ser menos útil, y algunos datos indican que podría ser incluso contraproducente. Si estos participantes mostraban ambivalencia en la terapia orientada a la acción, uno siempre puede volver a un estilo motivacional.

Según Rollnick y Miller (1996), el espíritu de la E.M. se caracteriza por los siguientes puntos clave:

1. La motivación hacia el cambio parte del individuo y no se impone sin él.
2. Es tarea del participante, no del terapeuta, declamar su propia ambivalencia.
3. La persuasión directa no es un método efectivo de resolver la ambivalencia.
4. El estilo del asesor suele ser tranquilo y evocador.
5. El asesor es la directriz que ayuda a la persona a examinar y resolver la ambivalencia.
6. La disponibilidad al cambio no es un rasgo del individuo sino una fluctuación, producto de una interacción interpersonal.
7. La relación con el terapeuta se parece más a la de una asociación o un compañerismo que a la de un experto/receptor.

### 3.1.3.1. Principios generales de la Entrevista Motivacional

La E.M. consta de una serie de elementos teóricos y prácticos que tratan de mejorar las habilidades de comunicación de los profesionales de atención primaria.

De acuerdo con muchos autores (Rollnick y Miller, 1996; Lizarraga y Ayarra, 2001; Callejo Giménez, 2006), la entrevista motivacional se basa en cinco criterios:

1. **Expresar una empatía:** Tenemos que aceptar y respetar al adicto, pero no necesariamente aprobarlo. Implica un cierto grado de solidaridad emocional intentando comprender sus pensamientos y emociones. La respuesta empática es una habilidad bien definida que se adquiere con entrenamiento y permite comprender y aceptar lo que el otro expresa.
2. **Crear la discrepancia:** Lograr que la persona reconozca dónde se encuentra y dónde querría estar respecto al hábito o conducta que se pretende modificar. Tiene que aumentar su nivel de conflicto, especialmente entre la conducta actual y los valores importantes de su vida. El adulto debe verbalizar sus consecuencias y sus discrepancias, de este modo encontrará sus propias razones para cambiar.
3. **Evitar la discusión:** La discusión posiciona al sujeto al otro lado de la balanza, crea resistencias, conductas defensivas; la aparición de resistencias nos indica que debemos cambiar de estrategia.
4. **Darle un giro a las resistencias:** Cuando aparecen las resistencias, debemos pensar que esas percepciones se pueden cambiar, y se pueden sugerir otros puntos de vista. Generalmente es la propia persona la que puede contestar a las mismas y encontrar las soluciones a lo que plantea. Si rebatimos las resistencias, provocamos discusión.
5. **Fomentar la autoeficacia:** Tenemos que transmitir al sujeto que el cambio está en su mano y que existe un cierto grado de esperanza en la amplia variedad de diferentes tratamientos de los que se dispone.

### 3.1.3.2. Técnicas de apoyo narrativo

De acuerdo con Lizarraga y Ayarra (2001) y Callejo Giménez (2006), existen cinco técnicas que ayudan a que la persona adicta pueda sentirse aceptado y entendido, y que vaya avanzando

en verse a sí mismo, y a la situación en que se encuentra, de una forma clara como primer paso para el cambio (tabla 12).

**Tabla 12: Las cinco técnicas de apoyo narrativo**

1. <b>Preguntas abiertas:</b> De esta forma el sujeto se anima y se permite explicar su percepción del problema.
2. <b>Escucha reflexiva:</b> Se trata de averiguar lo que intenta decir el individuo y devolvérselo por medio de afirmaciones, que son frases sin interrogación final. Estas afirmaciones pueden ser de cinco tipos: <i>Repetición de alguna palabra</i> dicha por el sujeto y que nos parece importante; <i>Refraseo</i> (es como lo anterior pero cambiando alguna palabra por sinónimos o alterando ligeramente lo dicho para clarificarlo); <i>Parafraseo</i> (aquí se refleja lo dicho con nuevas palabras porque el profesional intuye el significado de lo hablado por la persona); <i>Señalamiento emocional</i> . (es la forma más profunda de reflexión y consiste en decir frases que muestran sentimientos o emociones: “Te veo un poco triste”, “parece que esto que hablamos te emociona”; <i>Silencios</i> (utilizados de forma adecuada tienen un potente efecto reflexivo en la persona porque de forma no verbal le estamos indicando que la entendemos y aceptamos. Permiten, también, un tiempo imprescindible de auto-observación acerca de lo que acaba de decir y sentir). Con la escucha reflexiva se trata de intentar comprender y deducir lo que el sujeto quiere decir con exactitud.
3. <b>Afirmar:</b> El profesional refuerza lo más importante que se ha dicho, demuestra que se ha escuchado con atención y prepara la persona consumidora para proseguir. Los sumarios ponen en evidencia la ambivalencia del individuo. Es una manera de permitir que el sujeto examine simultáneamente las razones en pro y en contra.
4. <b>Resumir:</b> se destaca al individuo lo que ha parecido al terapeuta como más relevante y crucial. Las reestructuraciones positivas sirven para rehabilitar la autoestima y el sentido de autoconfianza del sujeto.
5. <b>Afirmaciones de automotivación:</b> Se trata de que la persona despegue de la ambivalencia y avance hacia una decisión. Pero tiene que ser el individuo el que exprese los argumentos para cambiar. El trabajo del profesional es facilitar que el sujeto exprese esos argumentos.

Fuente: Lizarraga y Ayarra (2001); Callejo Giménez (2006).

### 3.1.3.3. Trampas que es necesario evitar

Como dice Callejo Giménez (2006), hay algunas trampas que el profesional tiene que evitar para no dificultar el proceso de cambio del participante. Dichas trampas pueden generar resistencia.

1. **Pregunta- Respuesta:** Formular preguntas que el sujeto responde con frases cortas y/o simples. No facilita la reflexión del sujeto. Se evita con preguntas abiertas y escucha reflexiva.
2. **Confrontación – Negación:** Cuando el profesional empieza a decir al sujeto que tiene un serio problema y prescribe un patrón de conducta que hay que seguir, el participante suele expresar reticencias.
3. **Trampa del experto:** Ofrecer o dar las respuestas al sujeto, le ayudamos asumir un rol pasivo.

4. *Etiquetaje*: Tendemos a creer que es importante que el sujeto adopte una etiqueta diagnóstica, pero esas etiquetas suelen acarrear unos estigmas, por lo que solemos encontrarnos con una resistencia.
5. *Énfasis prematuro*: Es importante evitar implicarse en una lucha sobre qué tema es más apropiado para iniciar la entrevista. Empezar con las preocupaciones del individuo facilita la tarea. Si intentamos centrar rápidamente el tema, por ejemplo, en una adicción del sujeto, éste se distanciará y se pondrá a la defensiva.
6. *Culpabilización*: La culpa de la adicción conviene afrontarla con reflexión y reformulación de las preocupaciones de la persona.

**Tabla 13: Tareas y estrategias adaptadas a los estadios del cambio**

ESTADIOS	TAREAS	ESTRATEGIAS
<b>Precontemplativo</b> <i>No ve el problema</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Priorizar el hábito y estudiarlo</li> <li>• Elaborar mapa de creencias</li> <li>• Trabajar la ambivalencia</li> <li>• Evitar y trabajar las resistencias</li> <li>• Aumentar la autoeficacia y la automotivación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo narrativo</li> <li>• Evitar trampas</li> <li>• Reconocer resistencias</li> </ul>
<b>Contemplativo</b> <i>Ve el problema pero con muchas dudas</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar las contradicciones entre lo que hace y lo que desea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lo anterior</li> <li>• Diario de salud</li> <li>• Hoja de balance</li> </ul>
<b>Determinación</b> <i>Dispuesto a cambiar</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacer que el paciente verbalice el compromiso de cambio</li> <li>• Ayudar a elegir la mejor estrategia</li> <li>• Desarrollar un plan de actuación conjunto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacer sumarios</li> <li>• Preguntas activadoras</li> </ul>
<b>Acción</b> <i>Ha iniciado el cambio</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar la autoeficacia</li> <li>• Informar sobre otros modelos que hayan tenido éxito</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo narrativo</li> <li>• Preguntas activadoras</li> </ul>
<b>Mantenimiento</b> <i>Mantiene el cambio</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevenir las recaídas</li> <li>• Aumentar la autoeficacia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación conjunta de las situaciones de riesgo y elaboración de estrategias para afrontarlas</li> </ul>
<b>Recaída</b> <i>Vuelve a la conducta anterior</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconstruir positivamente y ayudar a renovar el proceso</li> <li>• Aumentar la autoeficacia y la automotivación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Señalamiento emocional</li> <li>• Reestructuración positiva</li> </ul>

Fuente: Lizarraga y Ayarra (2001).

En la tabla 13 se pueden observar las tareas y estrategias adaptadas a los estadios de cambio como las proponen Lizarraga y Ayarra (2001). El terapeuta/profesional debe tener en cuenta los

pasos que tiene que seguir dependiendo del estadio en que se encuentra la persona adicta. Por ejemplo, cuando una persona está en el estadio de acción, el terapeuta tiene que aumentar la autoeficacia, informar sobre otros modelos que hayan tenido éxito con apoyo narrativo y preguntas activadoras.

Un estudio piloto realizado con mujeres bebedoras embarazadas del centro médico de obstetricia clínica de la Universidad de Nuevo Méjico, por Sheelly, Miller y Manicke (2001), para reducir el riesgo de los efectos del alcohol en el feto, mostró las siguientes conclusiones: al final de un periodo de 2 meses de seguimiento, 34 (81%) de las 42 mujeres que participaron en el estudio, presentaban una reducción significativa de consumo de alcohol y de niveles pico de intoxicación. Las mujeres que presentaban los niveles de concentración de alcohol en la sangre más elevados (CAS) durante los primeros meses de embarazo, mostraron una reducción significativamente mayor en el CAS estimado durante su seguimiento (a lo largo de la parte final del embarazo) si les había tocado el tratamiento, en comparación con las que estaban en situación de control (Sheelly, Miller y Manicke, 2001).

De acuerdo con los autores, la E.M. resulta ser una intervención específica prometedora para iniciar una reducción en el consumo de alcohol entre las mujeres embarazadas que se encuentren entre las de mayor riesgo. Para las mujeres con unos niveles de consumo iniciales más reducidos, bastaría una evaluación y un asesoramiento más simples (ídem, 2001).

Durante los últimos años se realizaron varios estudios que tuvieron como meta probar la eficacia de la entrevista motivacional en los siguientes campos: alcohol, tabaquismo, VIH/SIDA, consumo de drogas, cumplimiento del tratamiento, ludopatía, relaciones íntimas, purificación/seguridad del agua, trastornos alimentarios, dieta y ejercicio (Hetteema, Steele y Miller, 2008). La E.M. se llevó a cabo en diversos lugares, incluyendo clínicas de atención ambulatoria, centros de internados, centros educacionales, organizaciones comunitarias, prisiones, etc. Los 72 estudios incluyeron entre 21 y 952 participantes para un total de 14.267 personas. El 54,77% eran hombres y de edades comprendidas entre los 16 y los 62 años. Ocho de estas muestras reclutaron específicamente participantes con consumo de drogas y trastornos mentales concomitantes. De los 72 estudios, 32 se centraron en el abuso de drogas.

Diversos estudios han informado de efectos importantes de la E.M. en la promoción del compromiso, la retención y la adherencia al tratamiento (ídem, 2008). La E.M. se encuentra muy



prometedora cuando se enfoca a problemas de adicción y conductas de la salud. Sin embargo, es claro que la E.M., tal como se practica hoy día en los ensayos, no mejora los resultados con regularidad. Incluso entre estudios dirigidos a la misma área problemática existe una alta variabilidad en los efectos entre los estudios y los terapeutas. Como conclusión, los mismos autores explican que la E.M. parece mejorar los resultados cuando se añade a otros tratamientos.

De acuerdo con Secades Villa et al (2007), la recuperación de una conducta adictiva es más fácil en los participantes que tienen un mejor nivel de educación, mayores recursos financieros y sociales. Así pueden afrontar antes y mejor el proceso de cambio, por lo que es muy probable que elijan evitar la estigmatización y los condicionantes relacionados con los programas de tratamiento. Este tipo de personas presentan también adicciones menos graves.

La E.M., teniendo en cuenta la manera en que se trabaja, es un instrumento educativo que motiva a la gente a abandonar su conducta adictiva. Prepara al consumidor para reconocer su consumo problemático y buscar él mismo cambios de conducta. A nivel familiar ayuda al funcionamiento adecuado del sistema familiar, promueve la independencia del sujeto y entrena sus habilidades psicosociales. Se elimina el riesgo y ayuda a las familias a mantenerse unidas. Igualmente, a nivel de pareja también se mejoran las habilidades comunicativas y se reduce o abandona el consumo de sustancias. Es una herramienta que da al individuo la oportunidad de expresar su problema sin confrontarse con el terapeuta, le ayuda a la exploración de sus sentimientos y sus emociones, a buscar soluciones alternativas al consumo, a aprender a dirigir su propia vida y a construir autoestima.

#### ***3.1.4. Modelo socioeducativo***

El modelo socioeducativo es una propuesta de intervención/acción con personas drogodependientes y está directamente relacionado con la Educación Social. La Educación Social, según Pantoja Vargas (2010: 123), centra su atención en individuos y grupos con problemas relacionados con la exclusión, marginación e inadaptación, independientemente de su edad o género. En este caso, nuestro colectivo son las personas drogodependientes en tratamiento, y concretamente en la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre en Granada y de Pyksida en Nicosia.

Como destaca el mismo autor, la Pedagogía Social en cuanto disciplina científica y la Educación Social en cuanto rama operativa de aquélla, encuentran, en este caso en las personas adictas a las drogas, un escenario idóneo tanto para la investigación como para la intervención socioeducativa. La Pedagogía Social, a través de la investigación con métodos cuantitativos y cualitativos de corte antropológico, puede facilitar las actuaciones en este ámbito de manera más eficaz (ídem, 2010: 131).

De acuerdo con Añaños Bedriñana (2010b: 79), las drogodependencias son un campo directo de actuación, tanto desde la Educación Especializada como también desde la promoción-dinamización social. La Educación para la Salud, por las propias características y deficiencias de salud y por los problemas sociales y psicológicos de las personas drogodependientes, puede resultar relevante para la adquisición de saberes y competencias (personales, sociales y profesionales) para el cambio de conducta.

El modelo socioeducativo y en general la educación no se reduce sólo a la formación clásica o la actuación para evitar los consumos. La educación puede lograr un cambio personal y social. Esto se puede conseguir desde dos perspectivas: la individualización/personalización de la intervención/actuación y desde el enfoque sistémico-prevención integral (ídem, 2010b).

Como destaca Pantoja Vargas (2010: 132), la mediación/intervención educativa, según la población con la que se actúa, debe intervenir en todos los factores dinámicos que han desencadenado la situación de las personas drogodependientes y no en uno o unos. De esta forma habrá una cierta garantía de eficacia y calidad en las actuaciones con estas personas. Toda la intervención con estas personas debe ser global y sistémica.

En las Comunidades Terapéuticas y en el tratamiento de las drogodependencias en general, las intervenciones realizadas- de acuerdo con la Pedagogía y la Educación Social-, encuentran su mejor apoyo en la tecnología de proyectos PEI (Proyectos Educativos Individualizados) y PEG (Proyectos Educativos Grupales) (ídem, 2010: 134).

Los Proyectos Educativos Individuales (PEI) permitirán una intervención por áreas de prioridad referidas a la propia persona, su familia, su entorno social, económico, laboral y relacional, maternal, de vida de pareja, etc., con un enfoque global y sistémico de toda la situación. En cada área habrá objetivos específicos y operativos muy concretos para cada mujer y hombre según sus circunstancias, unas tareas diarias a realizar y unos indicadores de evaluación

fáciles de medir y, sobre todo, tiempos concretos y delimitados. El grado de concreción de los proyectos individuales debe permitir una atención continua, un seguimiento diario, un caminar juntos, en este caso la persona drogodependiente y la educadora o educador social.

El objetivo general, de acuerdo con el mismo autor, debe estar centrado en la educación no adquirida antes, o en la recuperación de la misma por haber sido perdida u olvidada, y habrá de incluir la recuperación de la vida normal en contacto directo con la comunidad, la consecución de la autonomía, la responsabilidad, el autocontrol y la convivencia, el aprendizaje o reaprendizaje de un oficio, la búsqueda de empleo, en nuestro caso, aprender a prevenir las recaídas, etc. Se trata, por consiguiente, de intervenciones educativas integrales centradas en atender todos los factores disparadores de las situaciones personales problemáticas (ídem, 2010: 134).

Los Proyectos Educativos Grupales (PEG) serán aptos para ayudar en el aprendizaje de la comunicación -saber escuchar, dialogar, solucionar conflictos, consensuar normas de convivencia u organización y reparto de las tareas del hogar-. También se puede pensar en proyectos grupales de animación sociocultural, educación cívica, educación multicultural, educación para la salud, etc. (ídem, 2010: 134).

Es importante mencionar que todavía no existen programas concretos basados en el modelo socioeducativo, por consiguiente no hay resultados sobre la eficacia y el éxito de los mismos.

A continuación, vamos a mostrar algunos resultados sobre los modelos que hemos presentado previamente, aparte de algunos datos que se han citado anteriormente.

### **3.2. Estudios realizados basados en los modelos de actuación**

En un estudio realizado por Albiach Catalá, Llinares Pellicer, Palau Muñoz, y Santos Diez (2000: 225), teniendo como marco de referencia el **modelo transteórico de cambio de Prochaska y DiClemente**, el objetivo era evaluar el estadio de cambio en el que se ubican 317 heroínómanos (250 varones y 67 mujeres), utilizando una entrevista semiestructurada. Además, se estudió el poder predictivo del estadio de cambio, las variables sociodemográficas, toxicológicas y los tipos de tratamiento relacionados con la adherencia al mes y a los tres, seis, nueve y doce meses.

Para el 35,6 % de los/las participantes se trata del primer tratamiento que demandan, mientras que el 64,4 % han recibido tratamientos previos. El 83% del total de los sujetos han recibido menos de tres tratamientos. El 40,1% no ha mantenido ningún periodo de abstinencia previo, mientras que un 18,3% ha conseguido más de un año y el resto (41,6%) entre menos de 15 días y un año. La vía de administración más empleada es la fumada (67,2%), seguida de la endovenosa (27,8%) (ídem, 2000: 228).

Respecto al estadio de cambio en el que se ubican los usuarios al inicio del tratamiento, cabe señalar que el 67,2% de las personas se encuentran en contemplación; el 13,9% en precontemplación, y el mismo porcentaje en preparación para la acción. Tan sólo el 4,4% en actuación y el 0,6% en mantenimiento. Así pues, son un porcentaje muy pequeño los individuos que se encuentran preparados para la acción o en actuación en el momento de acudir a un centro ambulatorio (ídem, 2000: 228-229).

Los resultados obtenidos indican que el estadio de cambio no es una potente variable predictora de la adherencia al tratamiento, ya que solamente se muestra estadísticamente significativa al mes y a los 3 meses; otras variables estudiadas, sin embargo, sí predicen adherencia durante todos los cortes temporales medidos: edad y tipo de tratamiento que inicia. Por otra parte, y en menor medida, los tratamientos anteriores, el tiempo máximo de abstinencia previa y el tipo de acompañamiento, tienden a predecir adherencia en los últimos cortes temporales (ídem, 2000).

De acuerdo con Piñeiro, Míguez y Becoña (2010: 354), los investigadores Madson, Loignon y Lane realizaron una revisión en 2009 y llegaron a la conclusión que la E.M. se ha mostrado como una intervención eficaz en una amplia variedad de sustancias de abuso como alcohol, cocaína y marihuana. Más allá del uso en las conductas adictivas, ha demostrado su capacidad para aumentar la adherencia al tratamiento y a la realización de pruebas de las personas con VIH, para el descenso de comportamientos sexuales agresivos, para la adherencia al tratamiento médico, para aumentar la disponibilidad al cambio en los trastornos alimentarios y para facilitar hábitos alimentarios saludables mediante el incremento de frutas y verduras en la dieta.

Al analizar los estudios en tabaco, es en esta adicción donde se encuentran los resultados más contradictorios sobre su eficacia. La variedad de los resultados a través de los distintos estudios sugiere la necesidad de conocer dónde y cómo trabaja la E.M. dentro del tratamiento, y conocer

qué condiciones podrían afectar a su eficacia. Sería, por lo tanto, de gran utilidad considerar de nuevo la conceptualización del término de manera más consensuada para evitar confusiones en la interpretación del tipo de intervención llevada a cabo por los estudios. Desde este punto de partida, se hace necesario realizar más estudios con una metodología rigurosa para extraer conclusiones más consistentes (ídem, 2010: 362).

En otro estudio **realizado en Colombia** se construyó un cuestionario para la medición de los **procesos de cambio propuestos por el Modelo Transteórico**, aplicados al consumo de alcohol en estudiantes de secundaria y estudiantes universitarios de Bogotá (Colombia). El instrumento complementa a otros que se habían construido antes, como parte del Cuestionario de Etapas para la Modificación del Abuso (CEMA) (Flórez-Alarcón, 2005: 47-48).

La prueba se aplicó a 2473 participantes, la mayoría de los cuales eran estudiantes de bachillerato que participaban en un programa de prevención primaria del consumo excesivo de alcohol. Los resultados mostraron que la prueba tiene una buena validez de construcción y una alta confiabilidad, aunque se realizan recomendaciones para su mejoramiento hacia aplicaciones futuras. Se observó una progresión en el uso de los procesos cognitivo-afectivos (experienciales) hacia la preparación a medida que los usuarios avanzan desde las etapas motivacionales anteriores a la acción (no-contemplación, precontemplación y contemplación) y una progresión de los procesos conductuales a medida que los/las participantes se adentran en la ejecución del cambio conductual; esta observación es coherente con la literatura previa acerca de los procesos de cambio propuestos por el MTT y su integración con las etapas motivacionales en consumidores de sustancias (ídem, 2005).

El autor llega a la conclusión de que los procesos de cambio no son otra cosa que estrategias de afrontamiento de las que se puede valer una persona para darle dinámica y sostenimiento a la modificación de un comportamiento. Esos procesos se ajustan diferencialmente al manejo de diversas variables psicosociales de las cuales depende el cambio, tales como las percepciones de susceptibilidad y severidad, las de costo y de beneficio, las de autoeficacia, las de presión y de apoyo social, la toma de decisiones, la planificación y la ejecución de la acción. El resultado observado parece ser coherente con las propuestas teóricas que enfatizan el papel de esas variables psicosociales en la explicación y predicción del cambio, y que enfatizan la asociación entre los procesos de cambio y dichas variables psicosociales (ídem, 2005: 75).

La E.M., así como el Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente, junto con el modelo socioeducativo que hemos propuesto, pueden ser herramientas de mucha utilidad tanto para los profesionales que trabajan en Comunidades Terapéuticas como para los mismos participantes que eligen entrar en estos centros de tratamiento. A partir de estos modelos de actuación intentaremos enfocar nuestras líneas de intervención, teniendo en cuenta la población estudiada en España y en Chipre y sus características.

### **3.3. Recursos de atención en drogodependencias**

En este apartado presentaremos los recursos de atención en drogodependencias, centrándonos en la Comunidad Terapéutica (C.T.) que es una de las categorías básicas de nuestro estudio y de la población en tratamiento.

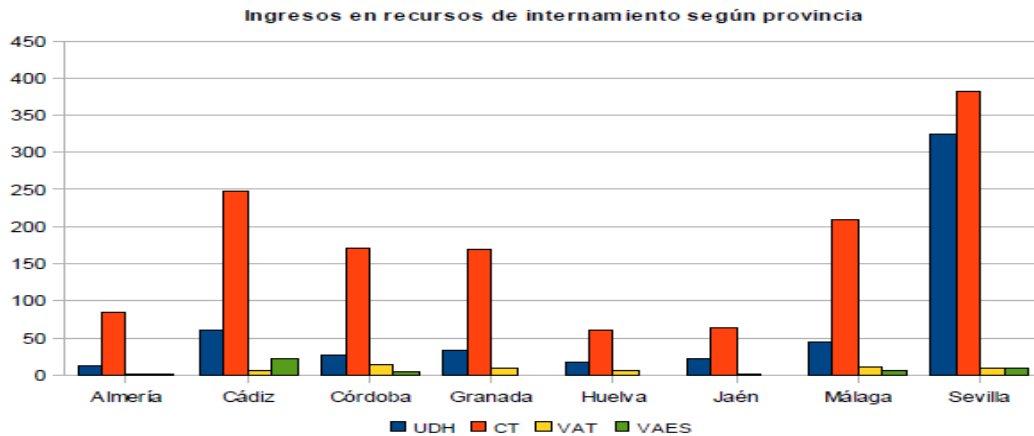
Hoy en día hay una amplia propuesta de recursos y programas que se ofrece a la población drogodependiente. El área de atención sociosanitaria facilita e incrementa la accesibilidad y la permanencia de los usuarios en la red sanitaria y social, prestando un abordaje integral a las personas afectadas, así como impulsando programas dirigidos a la población en situación de especial riesgo (Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones, 2009).

Como hemos mencionado, hay una variedad de recursos de atención al drogodependiente como son las Unidades de Desintoxicación, los Centros de Atención Ambulatoria, las C.T., los Centros de Día, las Viviendas de Apoyo al Tratamiento y las Viviendas o Pisos de Reinserción.

Primero, vamos a presentar algunos datos generales sobre los ingresos en los diferentes recursos de atención al drogodependiente como las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (U.D.H.), Comunidades Terapéuticas (C.T.), Viviendas de Apoyo al Tratamiento (V.A.T.), y Viviendas de Apoyo a Enfermos de SIDA (V.A.E.S.), en las distintas provincias de Andalucía según la Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones (2009).

En el siguiente gráfico (6) se observa que en el año 2008 las provincias que ingresaron mayor número de participantes en los recursos de internamiento fueron Sevilla y Cádiz, siendo el más utilizado el recurso C.T. El número total de renuncias al ingreso en los recursos de internamiento durante el 2008 ha sido de 802, de las cuales el 73,69% se han producido en C.T., el 18,57% en U.D.H., el 5,23% en V.A.T. y el 2,49% en V.A.E.S.

**Gráfico 6: Ingresos en recursos de internamiento según provincia, Andalucía**



Fuente: Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones, 2009: 24.

Como podemos ver, las C.T. tienen más éxito entre la población consumidora que entra en tratamiento que cualquier otro recurso.

Seguidamente vamos a presentar estos recursos, dando más énfasis a las C.T., así como algunos estudios e informes donde se presenta el número de ingresos los últimos años en Andalucía.

### 3.2.1. Las Comunidades Terapéuticas (C.T.)

De acuerdo con la Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones (2009: 30), las C.T. son centros de rehabilitación de carácter residencial que ofrecen asistencia orientada a la deshabitación de la conducta adicta, a la rehabilitación del hábito de comportamiento del drogodependiente y al seguimiento de las patologías orgánicas asociadas.

Las Comunidades realizan tratamientos libres de drogas, con sustitutivos, así como actividades socioeducativas orientadas a la incorporación social, y al trabajo en el ámbito sanitario, psicológico, social y laboral de los participantes. Durante el año 2008 funcionaron en Andalucía 22 Comunidades, nueve públicas y trece conveniadas con un total de 472 plazas (ídem, 2009: 30).

Las **características** más importantes de estos recursos son:

-Están en zonas alejadas de las ciudades.

- Realizan una selección severa y exclusiva de los miembros para potenciar la voluntariedad del sujeto.
- Crean actividades artesanales y agrícolas, junto a acción psicoterapéutica.
- Existen equipos profesionales psicoterapéuticos.
- Dentro del modelo existente en Andalucía, cuentan con unidades de desintoxicación hospitalarias, lo que facilita el proceso de tratamiento.

El **perfil de los/las participantes** en este tipo de recursos, corresponde a:

- Drogodependientes con grandes déficit familiares, de conducta, de relaciones sociales y personales.
- Participantes que han fracasado en otros tratamientos previos, aunque esto no es una cuestión que deba concurrir en un primer momento.

De forma esencial corresponden a aquellos participantes que se encuentran en situación de dificultad para seguir en el medio su proceso de rehabilitación, bien por problemas intrínsecos o ambientales.

Con relación a los **puntos débiles** de los programas de deshabituación en C.T., los participantes destacan los que hacen referencia a la **larga lista de espera** para acceder a estos recursos (23,30%). También destacan la rigidez del programa (17,48%) y la falta de coordinación de estos recursos con el resto de la estructura de la red (6,80%) (Defensor del Pueblo Andaluz, 2002: 219).

La mayor dificultad la encuentran al salir de los tratamientos, ya que de nuevo tienen que relacionarse con su entorno social, y en él casi todos consumen. Son conscientes de que el no seguir las recomendaciones y pautas aprendidas les puede llevar de nuevo a caer en el consumo.

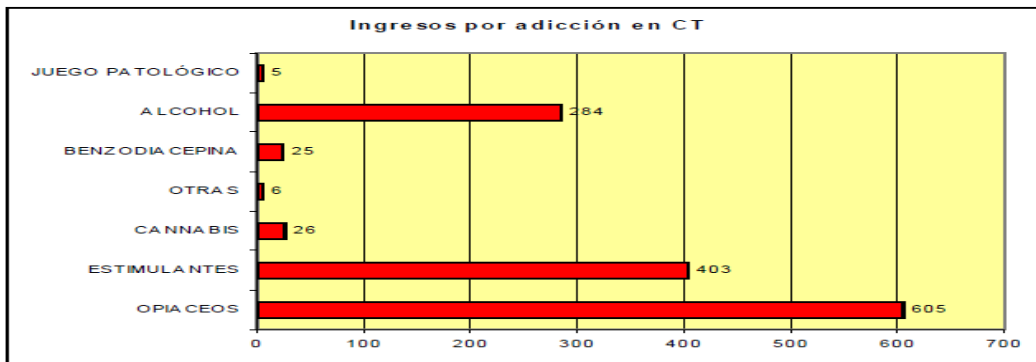
Desde el programa sociocultural, se inicia la recuperación educacional, formativa y cultural del conjunto de participantes, además de ser elemento de preparación y motivación para la continuidad del tratamiento. La animación sociocultural tiene como propósito dotar a sus miembros una actitud y aptitud de participación activa en el proceso de su propio desarrollo personal, conducente a contribuir en la superación con éxito en los procesos de desintoxicación y rehabilitación, y a la incorporación social desde la participación social y cultural (Monge, 2001; citado en Camacho Herrera, Castillo Manzano, Monge Moreno, 2001: 7). Promueve en



los participantes estilos de vida que facilitan la abstinencia, y posibiliten la incorporación social, a través del aprendizaje de habilidades de competencia social (ídem, 2001).

Es desde esta estrategia terapéutica donde se inicia la recuperación socioeducativa de los participantes, ampliando de esta forma el equipo disciplinar de intervención desde un carácter integral.

**Gráfico 7: Ingresos por adicción en Comunidades Terapéuticas en Andalucía**



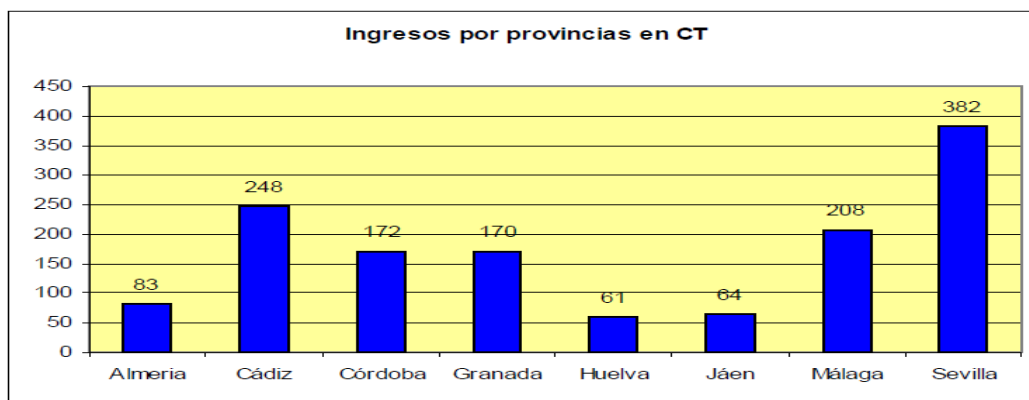
Fuente: Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones, 2009: 31.

En estas Comunidades, durante el 2008 han sido atendidos/as 1.388 participantes. Del total de ingresos en C.T., los que ingresaron por consumo de opiáceos fueron 605, lo que supone el 43,58% del total, seguido de los ingresos por estimulantes 29,03% y por alcohol con un 20,46% (Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones, 2009).

En cuanto al **género** de los participantes, predomina un alto porcentaje de hombres, el 87,53%, con respecto a las mujeres, 12,46%.

El total de altas en C.T. durante el 2008 ha sido de 1.343, siendo el 57,63% alta terapéutica y por cumplimiento parcial de objetivos, seguida de las voluntarias con un 26,13%, las disciplinarias con el 14,51% y las derivadas con un 1,56%. La evolución en cuanto al número de plazas ha ido progresivamente aumentando en los últimos años, al igual que el número de ingresos (ídem, 2009: 33-35).

**Gráfico 8: Ingresos por provincias en Comunidades Terapéuticas**



Fuente:

Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones, 2009: 32.

En una revisión de los estudios de evaluación de los tratamientos de C.T. en Alemania, Italia, Holanda, Noguera, Suecia, Suiza, el Reino Unido y Bélgica, los autores concluyen los siguientes puntos relativos a la eficacia de los tratamientos de C.T. en Europa (Bobes et al, 2003: 439):

1. Se observa una fuerte relación negativa entre la patología psicológica de los clientes y los resultados a largo plazo relativos a la abstinencia tras el tratamiento.
2. El tiempo de permanencia en tratamiento constituye el principal predictor del éxito a través de todos los tratamientos en comunidad terapéutica.
3. Otros resultados positivos del tratamiento también observados consistentemente son una reducción en el desempleo y la actividad delictiva.
4. Existe una tasa general de éxito del 25% del total de nuevas admisiones a tratamiento.
5. Al año del tratamiento, el 30% de los admitidos han abandonado el programa.
6. El 85% de los graduados (los que completan el programa de tratamiento en la C.T.) mantienen el éxito al año de seguimiento posterior a finalizar el programa.
7. La implicación de los padres en el tratamiento influye de forma positiva en los resultados del tratamiento.

El número de personas atendidas en las C.T. se ha incrementado, pasando de 6.593 en 2008 a 8.134 en 2009 (PNSD, 2009b: 19). Del tema de las C.T. nos ocuparemos en el quinto capítulo donde describiremos la evolución de las Comunidades a nivel internacional y en España, los

programas que desarrollan, etc. También, presentaremos diferentes programas de distintas C.T. que se desarrollan en España, Europa y en Estados Unidos.

Otro tipo de recursos de atención al drogodependiente, aparte de las C.T., son las Unidades de Desintoxicación, los Centros de Atención Ambulatoria, los Centros de Día, las Viviendas de Apoyo al Tratamiento (tabla 14) y Viviendas o Pisos de Reinserción.

### ***3.2.3. Viviendas o Pisos de Reinserción***

Estos recursos están destinados a usuarios de drogas en la actualidad en abstinencia que carezcan de apoyo sociofamiliar o convivan con otros consumidores de drogas, y estén siguiendo tratamiento de deshabitación en un centro ambulatorio (Martín del Moral y Lorenzo Fernández, 2009b).

Se consideran estos recursos como unidades de convivencia de carácter urbano y alternativos al consumo, sobre todo para aquellos participantes que requieren de un proceso de acercamiento y normalización, bien procedan éstos de una C.T. o desde un centro de Tratamiento Ambulatorio (Defensor del Pueblo Andaluz, 2002).

Los pisos de reinserción son espacios abiertos en los que se facilita la adquisición de pautas sociales y se potencian de una forma progresiva la autonomía y la auto-responsabilidad del usuario. Son pisos para aquellos ex-drogodependientes que han concluido su proceso de rehabilitación, y no disponen de un lugar de convivencia adecuado, ni de medios suficientes para conseguir su plena autonomía (Serrano López, 2005: 308).

**Tabla 14: Descripción de recursos de atención en drogodependencias: Las Unidades de Desintoxicación, los Centros de Atención Ambulatoria, los Centros de Día y las Viviendas de Apoyo al Tratamiento**

<b>Las Unidades de Desintoxicación</b>	<b>Los Centros de Atención Ambulatoria</b>
<p>Son recursos hospitalarios destinados a la desintoxicación en régimen de internamiento. Pueden ser unidades cuya estructura ha sido creada específicamente para tal fin o simplemente “camas” destinadas a la desintoxicación pero incluidas en otros servicios (Psiquiatría, Medicina Interna, etc.) (Martín del Moral y Lorenzo Fernández, 2009b: 41).</p> <p>Se tratan participantes con historia clínica de fracasos repetidos en tratamientos ambulatorios y participantes conflictivos por desarraigo familiar y social que imposibilite el control del tratamiento ambulatorio; con nivel socioeconómico bajo que impida obtener los cuidados complementarios al tratamiento médico, consumo elevado de varias drogas a la vez y mujeres embarazadas (Valero Balboa, 2005: 278). La estancia en las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria es de alrededor de nueve días.</p>	<p>Los Centros de Atención Ambulatoria son centros que constituyen el primer nivel de atención de la red de drogodependencias y adicciones y a través de ellos se producen las derivaciones al resto de recursos provinciales y supraprovinciales. Estos centros están destinados a la prevención, orientación, desintoxicación, deshabitación y reinserción del drogodependiente de forma ambulatoria. En la Red de Atención a las Drogodependencias de Andalucía la titularidad de los Centros de Atención Ambulatoria puede ser pública o privada (Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones, 2009: 19).</p>
<b>Centros de Día</b>	<b>Viviendas de Apoyo al Tratamiento</b>
<p>Martín del Moral y Lorenzo Fernández (2009b) definen los centros de día como centros destinados al tratamiento de las drogodependencias en régimen intermedio, es decir, la persona duerme en su casa, pero pasa varias horas del día en el centro. Pretenden proporcionar al usuario una atención intensiva (horario de media jornada o jornada completa) y frecuente (asistencia diaria), sin los inconvenientes de la separación total del medio sociofamiliar. Siempre tienen una orientación terapéutica y no meramente ocupacional o resocializadora, independientemente de los modelos de intervención, estrategias o programas utilizados. También se les denomina hospital de día o centro urbano de rehabilitación.</p> <p>Según Serrano López (2005: 304-305), los Centros de Día se presentan como un recurso socioeducativo que ofrece una serie de programas educativos y ocupacionales. En ellos se realizan actividades para favorecer la incorporación social de los drogodependientes que se encuentran en procesos de deshabitación. Las actividades están orientadas a que adquieran hábitos de vida normalizados: horarios, distribución de tiempo libre, deportes, actividades laborales culturales y educativas. Siguen recibiendo tratamiento sobre otros problemas relacionados con su drogodependencia (ídem, 2005: 305).</p>	<p>Las viviendas son un lugar de acogida inmediata y de estancia temporal para aquellas personas afectadas por la problemática de las drogodependencias. Son recursos donde acceden drogodependientes que deben iniciar un proceso de desintoxicación y carecen de apoyo sociofamiliar deseable o conviven con otras personas con problemas relacionados con las drogas. Estas viviendas permiten que se lleve a cabo el proceso de desintoxicación que realizan los equipos de los centros ambulatorios responsables, aportando el control externo necesario, las actividades ocupacionales, la puesta en práctica de nuevos hábitos de vida saludable, etc. (Martín del Moral y Lorenzo Fernández, 2009b).</p> <p>Este tipo de recurso trata de cubrir unas necesidades básicas que pasan por dos áreas de intervención: la educativa y la social. A partir de ellas, se pretende cubrir necesidades que tienen que ver con el aseo personal, la alimentación, la educación para la salud, el trabajo del ocio para su utilización creativa y formativa, el asesoramiento y apoyo para la asistencia y la participación en los programas de tratamiento.</p>

Fuente: Elaboración propia.

## 4. LA PREVENCIÓN DE LAS RECAÍDAS

---

Uno de los problemas más importantes en el tratamiento de las adicciones es el de la recaída. Es un fenómeno relativamente reciente en la historia del estudio y tratamiento de las drogodependencias.

El concepto de la recaída ha ido evolucionando en los años setenta cuando se publicaron los primeros estudios informando de las tasas de recaída en los fumadores (Míguez, 2006). Este hecho provocó un importante impacto, pues suponía el reconocimiento de que la recaída era habitual tras la abstinencia y, a su vez, dio lugar a la adopción de dos tipos de medidas: por una parte, la exigencia de hacer seguimientos a largo plazo en los estudios, es decir, dejamos de centrarnos exclusivamente en los resultados al final del tratamiento; y por otra, la exigencia de prolongar los tratamientos a lo largo del tiempo a través de un mayor número de sesiones, con la idea de que a mayor dosis de tratamiento, mejores resultados.

El objetivo principal en el ámbito de las recaídas es generar técnicas para su prevención para afrontarla cuando se ocurra. Procura identificar situaciones de alto riesgo en las cuales el individuo se presenta vulnerable y hay que usar tanto estrategias cognitivas como conductuales para prevenir una futura recaída en situaciones similares (Marlatt y Witkiewitz, 2005: 1).

La teoría del aprendizaje social, la teoría del comportamiento y la terapia cognitiva son las terapias cognitivo-conductuales que se utilizan para tratar los problemas derivados del uso de sustancias. La filosofía de la intervención está basada en la consideración del individuo como un científico, en el sentido que se le anima a recurrir al método científico para contrastar empíricamente sus ideas o creencias (Becoña Iglesias y Cortés Tomás, 2008: 41).

De acuerdo con Quirke (2001; citado en Becoña y Cortés, 2008: 41), entre las técnicas cognitivo-conductuales aplicadas a los problemas asociados al abuso de sustancias se incluyen:

- Entrenamiento en habilidades de afrontamiento.
- Prevención de recaídas.
- Entrenamiento en manejo del estrés.
- Entrenamiento en relajación.

- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Entrenamiento en habilidades de comunicación.
- Entrenamiento en habilidades para la vida.
- Entrenamiento en manejo de la ira, etc.

De acuerdo con el National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2001), la prevención de las recaídas es una terapia de comportamiento cognitivo que fue desarrollada para el tratamiento del alcoholismo y adaptada después para adictos a la cocaína. Las estrategias de comportamiento cognitivo están basadas en la teoría de que los procesos de aprendizaje desempeñan un papel esencial en el desarrollo de patrones de comportamiento de inadaptabilidad.

Este modelo se utiliza con individuos consumidores y participantes adictos en una aproximación estructurada, orientada por metas y enfocada a problemas inmediatos de aquellas personas que intentan controlar o eliminar su uso. Se reconoce en la actualidad como la herramienta terapéutica más importante e útil (Romero Reséndez, 2003: 2).

Las personas con trastornos de uso de drogas tienen grandes posibilidades de recaer una vez que hayan dejado de usar la droga aún después de haber terminado un tratamiento con éxito. Esto ocurre con mucha frecuencia dentro del primer año de tratamiento y más aún los primeros noventa días (García, 2003: 1).

El *craving*, las ganas compulsivas, deseo intenso o compulsión irrefrenable de consumir es uno de los síntomas centrales en el síndrome de dependencia y tiene una gran importancia en las recaídas en el abuso de alcohol u otras drogas. El deseo es intenso y puede originarse ante la presencia de la sustancia, su olor o sabor, o ante otros estímulos que hayan estado asociados a su consumo en el pasado (Blasco, Martínez-Raga, Carrasco y Didia-Attas, 2008: 365).

Hasta la aparición de los modelos cognitivos, el *craving* ha constituido un elemento fundamental a la hora de explicar la pérdida de control y la ejecución de la conducta de consumo, asumiendo la experimentación de dicho fenómeno en los participantes drogodependientes antes de un primer consumo o de una recaída, aunque con diferencia respecto a las distintas sustancias tóxicas (ídem, 2008: 366).

De acuerdo con Romero Reséndez (2003: 4), el *craving* incluye situaciones como las que se asocian con compañeros o parejas sexuales que impelen a tomarse una dosis o a beber; a visitar

un lugar donde previamente se han utilizado droga, etc. Estas personas experimentan también el *craving* si se sienten tristes, aburridos o ansiosos. Algunos individuos tienen un *lapsus* o *desliz* cuando ocurre una situación estresante o inusual, por ejemplo, muerte de un amigo o familiar, pérdida de un trabajo, etc.

Un *desliz* suele provocar una recaída, como resultados de las creencias subyacentes dicotómicas, del tipo todo-nada. Marlatt y Gordon llaman a este proceso de pensamiento y la consiguiente recaída “*efecto de la violación de la abstinencia*” (EVA). Por tanto, una estrategia importante para prevenir la recaída es desafiar estos pensamientos dicotómicos acerca de los desliz, de tal forma que no lleguen a ser recaídas. Cuando un adicto tiene un *desliz*, las técnicas de imaginación se consideran útiles para reconstruir la secuencia de estímulos, creencias básicas, pensamientos automáticos y conductas que le han conducido al mismo (ídem, 2003).

El EVA, de acuerdo con Díaz Salabert (1995: 9), es una reacción cognitiva-afectiva al consumo inicial, que influye en la probabilidad de que la caída vaya seguida de un incremento del consumo o actividad adictiva. Más que una reacción de todo o nada, el EVA es un constructo dimensional: cuanto mayor sea este efecto, mayor es la probabilidad de recaída.

El hecho que la drogadicción tiene un componente biológico tan importante puede ayudar a explicar la dificultad que las personas tienen para lograr mantener la abstinencia si no reciben tratamiento. La presión psicológica del trabajo o los problemas familiares, los señales sociales (como encontrarse con individuos del pasado con los cuales usaba drogas), etc., pueden actuar conjuntamente con los factores biológicos, obstaculizando el logro de una abstinencia sostenida y esto hace que una recaída sea más probable. Los individuos con adicción severa, según indican los estudios, pueden participar en los tratamientos y tener resultados positivos (NIDA, 2001).

Una de las razones subyacentes del porqué los adictos que se están recuperando reaccionan con impulsos tan intensos por consumir ante varios estímulos y situaciones de alto riesgo, es porque sus creencias básicas en relación con las ventajas o inconvenientes relativos a tomar drogas, no han cambiado sustancialmente, es decir, no han modificado significativamente sus actitudes, que son las que alimentan el *craving*. En consecuencia, cuando sus controles se debilitan serán vulnerables a tener un *lapsus* o *desliz* utilizando alguna droga o bebiendo, aunque sea poco o moderadamente. Si vuelven a consumir, este pequeño *desliz* se convierte en recaída (Romero Reséndez, 2003: 5).

En Estados Unidos, la recuperación de la drogadicción puede ser un proceso a largo plazo y frecuentemente requiere múltiples rondas de tratamientos. Como en otras enfermedades crónicas, la reincidencia en el uso de drogas puede ocurrir durante o después de rondas exitosas de tratamiento (NIDA, 2001).

Existe una variedad de métodos con bases científicas para los tratamientos de la drogadicción. Estos pueden incluir terapia de comportamiento, como por ejemplo, asesoramiento, terapia cognitiva-conductual o psicoterapia, medicamentos o combinación de varios. Las terapias de comportamiento ofrecen estrategias para que los adictos puedan enfrentarse a su deseo de consumir drogas, les enseñan estrategias para evitar las drogas y prevenir las recaídas, y les ayudan a manejar las recaídas en caso de que estas llegasen a ocurrir (ídem, 2001).

Según Becoña Iglesias y Cortés Tomás (2008: 19-20), existen los siguientes modelos de recaídas de naturaleza psicológica:

1. El modelo del alivio de la abstinencia condicionada (Wikler, 1973).
2. El modelo de la respuesta compensatoria condicionada (Siegel, 1983).
3. El modelo de la apetencia motivacional condicionada (Stewart, de Wit y Eikelboom, 1984).
4. El modelo del aprendizaje social (Marlatt y Gordon, 1985).

Todos estos modelos tienen en común que ven la recaída como el resultado de mecanismos psicológicos de aprendizaje y condicionamiento en los que actúan distintos factores antecedentes y consecuentes que incluyen los sucesos ambientales, cognitivos-afectivos, fisiológicos y conductuales.

Blasco, Martínez-Raga, Carrasco y Didia-Attas (2008: 369), destacan que la prevención de recaídas se puede encuadrar en cuatro grandes grupos: tratamientos de sustitución, terapia con antagonistas, agentes aversivos y fármacos que disminuyen el deseo o *craving*.

Las estrategias de evitación durante las fases iniciales de la abstinencia y las estrategias cognitivas a más largo plazo parecen ser eficaces frente a la recaída. Los programas cognitivos-conductuales, especialmente los basados en entrenamiento de habilidades, son considerados como de primera elección en el tratamiento de la dependencia alcohólica. El manejo de contingencias asociado al tratamiento farmacológico se ha mostrado como un abordaje eficaz



para la prevención de recaídas en participantes adictos a la heroína u otras sustancias. El Programa de Reforzamiento Comunitario unido a la Terapia de Incentivos se considera el tratamiento más eficaz para la dependencia de la cocaína y para la prevención en el uso de dicha sustancia (ídem, 2008: 369).

A continuación presentamos más detalladamente el modelo de prevención de recaídas desarrollado por Marlatt y Gordon.

#### **4.1. El modelo de Marlatt y Gordon**

El primer y más integrador **modelo cognitivo-conductual** que intentó explicar la recaída como fenómeno, fue realizado y expuesto por **Marlatt y Gordon** en 1985. Dicho modelo subraya la existencia de factores tanto personales como situacionales y presenta la recaída como una pérdida de control ante una situación de alto riesgo (Blasco, Martínez-Raga, Carrasco y Didia-Attas, 2008: 368).

El **modelo de prevención de recaídas** de Marlatt y Gordon es un instrumento de trabajo de amplia aceptación en los programas de rehabilitación para conductas adictivas. Se trata de un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual basado en los principios de la teoría del aprendizaje social de Bandura. Este modelo postula que entre el estado de abstinencia de una persona en recuperación y la ocurrencia de una recaída media una situación de alto riesgo, definida como cualquier situación que represente una amenaza para la sensación de control del individuo y aumente el riesgo de una recaída. Así, un deficiente manejo de cualquiera de situaciones de alto riesgo incrementaría la posibilidad de volver a realizar la conducta adictiva y facilitaría una recaída (Tirapu Ustároz, Landa y Lorea Conde, 2003: 8).

El modelo de Marlatt fue inicialmente elaborado para el alcoholismo y luego posteriormente extendido a otras adicciones, incluyendo también el tabaquismo (Becoña Iglesias y Vázquez González, 1999: 187).

Basa su teoría en la premisa de que el objetivo principal de la prevención de recaídas es el de enseñarle a los individuos cómo anticipar y enfrentar el problema de la recaída. La recaída no es vista como un fracaso, sino como una herramienta de aprendizaje (Romero Reséndez, 2003: 1).

La terapia cognitivo-conductual se define como un enfoque que intenta modificar la conducta, influyendo sobre los procesos del pensamiento del sujeto. En ella se toman en cuenta los sucesos que le acontecen al sujeto en cuestión y cómo éste los evalúa e interpreta (ídem, 2003: 2).

La prevención de recaídas es un programa de autocontrol diseñado con el fin de ayudar a los participantes a anticipar y afrontar los problemas de la recaída en el cambio de las conductas adictivas (Lorea Conde, Tirapu Ustárrroz, Landa y López-Goñi, 2005: 121; Calvo Estopiñán, Pérez Poza, Sacristán Martín y Paricio García, 2009: 16), así como a intervenir lo más rápido posible una vez que ocurra una recaída y facilitar los cambios necesarios en el estilo de vida para de esta forma lograr una vida en equilibrio (Romero Reséndez, 2003: 3). Los individuos se ven a sí mismos como si tuvieran una sensación o percepción de control o autoeficacia pero, cuando se enfrentan con situaciones de alto riesgo, se ve amenazada esta sensación. Aquéllos que tienen menos número de respuestas de afrontamiento o ninguna experimentarán una disminución en su autoeficacia y un aumento de las expectativas sobre los efectos positivos que le producirá la droga, seguido de un *desliz*, es decir, una recaída en el consumo (Díaz Salabert, 1995: 5).

El concepto de autoeficacia como un importante mediador cognitivo de la conducta ha sido elaborado por Albert Bandura. Como destacó Bandura en 1981, “la autoeficacia está constituida por los juicios sobre el grado en que uno mismo puede organizar y ejecutar patrones de acción requeridos para tratar con situaciones futuras que contienen elementos ambiguos, impredecibles y a menudo estresantes” (ídem, 1995: 4).

La Prevención de Recaídas combina los siguientes procedimientos conductuales:

1. El entrenamiento en habilidades de afrontamiento (cognitivas y conductuales).
2. La reestructuración cognitiva.
3. El reequilibrio del estilo de vida (ídem, 2005: 123; Becoña Iglesias y Cortés Tomás, 2008: 44).

Este programa facilita que el/la participante conozca cuáles son los factores relacionados con sus dificultades para lograr un estado de abstinencia y le ayuda a afrontar los problemas que se encontrará en una vida sin drogas (Lorea Conde, Tirapu Ustárrroz, Landa y López-Goñi, 2005: 123).

El sujeto tiene que afrontar las situaciones de alto riesgo las cuales se agrupan en tres grupos principales:

1. Estados emocionales negativos.
2. Conflictos interpersonales.
3. Presión social.

Este programa requiere que el individuo recuerde en qué tipo de contextos, tanto externos (lugares, días de la semana...) como internos (estados emocionales o físicos) suele ser más frecuente cuando ocurren sus consumos de drogas.

Del mismo modo, varios autores (Becoña Iglesias y Vázquez González, 1999: 187; Becoña Iglesias y Cortés Tomás, 2008: 20), destacan que Marlatt y Gordon clasificaron los determinantes de la recaída en dos grandes categorías: intrapersonales e interpersonales. Los determinantes intrapersonales contienen los estados emocionales negativos, los estados fisiológicos negativos derivados o no del uso de la sustancia, el deseo de incrementar los estados emocionales positivos, las pruebas de control personal, y la cesión ante tentaciones o impulsos. Los interpersonales incluyen el afrontamiento de conflictos interpersonales y el incremento de los estados emocionales positivos (por ejemplo, excitación sexual, euforia, etc.) asociados a situaciones de carácter primordialmente interpersonal.

El modelo teórico de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon, es un caso especial de entrenamiento en habilidades de afrontamiento. La recaída, según Becoña Iglesias y Cortés Tomás (2008: 43), “se produce cuando el individuo se expone a una situación de riesgo y no es capaz de responder con las estrategias de afrontamiento adecuadas para garantizar el mantenimiento de su abstinencia”. Los autores dicen que si ante una situación de riesgo la persona puede emitir una respuesta de afrontamiento adecuada, la probabilidad de recaída disminuirá significativamente. Si aumenta la duración de la abstinencia y el individuo puede afrontar eficazmente cada vez más situaciones de riesgo, la percepción de control se incrementará de forma acumulativa y la probabilidad de recaída disminuirá.

Gran parte de los programas de intervención basados en los modelos de prevención de recaídas está dirigida al entrenamiento en habilidades de afrontamiento de situaciones de riesgo para el mantenimiento de la abstinencia (García González y Alonso Suárez, 2002: 455).

El concepto de habilidades de afrontamiento en la dependencia de alcohol fue expuesta en los trabajos de Litman et al. a finales de los años setenta y principios de los ochenta (ídem, 2002: 455). Según un estudio desarrollado por Litman, Stapleton, Oppenheim y Peleg en 1983, éstos tenían como objetivo obtener información sobre las respuestas, actitudes y estrategias de los dependientes del alcohol cuando trataban de evitar la recaída.

Los resultados de esta investigación sugieren que los individuos que presenten un mayor número de habilidades de afrontamiento así como una mayor flexibilidad para utilizarlas, es más probable que se mantengan abstinentes (ídem, 2002: 461).

De acuerdo con Díaz Salabert (1995) y Guiñales Ruiz (1997), para Marlatt y Gordon la recaída es un fallo de autocontrol del individuo. Ante determinadas situaciones, algunas personas pueden fallar y hacer una valoración adecuada del grado de riesgo de la situación y/o de su capacidad para afrontarla o, por el contrario, pueden no desarrollar de la forma necesaria las habilidades precisas para su afrontamiento exitoso.

El modelo cognitivo de recaídas de Marlatt y Gordon resalta el papel de las creencias, así como de las situaciones de alto riesgo en el proceso de recaída. Por ejemplo, la persona adicta a la cocaína es vulnerable a los *Estímulos de Alto Riesgo* (EAR), los cuales son detonadores internos y externos que estimulan el apetito de drogas de la persona adicta (Romero Reséndez, 2003: 8).

Como refiere Marlatt, “el individuo anticipa los efectos positivos inmediatos de la actividad (consumir la sustancia), una anticipación fundamentada en experiencias anteriores, mientras ignora o no presta atención a las consecuencias negativas involucradas a más largo plazo. Estas expectativas de las consecuencias positivas son el principal determinante del abuso de sustancias” (Blasco, Martínez-Raga, Carrasco y Didia-Attas, 2008: 368).

Según los autores, prestar atención a los efectos reforzantes y a su vez la ausencia de atención a las consecuencias negativas, se convierte en uno de los factores explicativos más importantes, aunque no el único, del proceso de recaída en los adictos (ídem, 2008: 368).

Como describen varios autores (Guiñales Ruiz, 1997; Becoña Iglesias y Cortés Tomás, 2008), a medida que aumente la duración de la abstinencia y el individuo afronte las situaciones de riesgo, la percepción de control aumenta de forma acumulativa y la probabilidad de recaída disminuye. Pero si el sujeto no es capaz de afrontar una situación de alto riesgo con éxito, la

probabilidad de recaer en situaciones de riesgo en el futuro aumenta, ya que disminuye su percepción de autoeficacia y porque también le será más sencillo el anticipar la expectativa positiva derivada del consumo de la sustancia, que las consecuencias negativas derivadas de la conducta de consumo.

Unas estrategias cognitivas para afrontar los Estímulos de Alto Riesgo (EAR), según Romero Reséndez (2003) son las siguientes:

- Desarrollar creencias-control que reduzcan la vulnerabilidad de las recaídas y los deslices.
- La distracción de la persona, por ejemplo, se anima al individuo a reunir una lista de actividades distractoras que sea viable utilizar cuando se encuentran los EAR. Las actividades de distracción pueden incluir cualquier actividad desvinculada con las drogas.

Estas estrategias realizan una labor muy importante al proporcionar un periodo de tiempo entre el inicio del *craving* y el acto de buscar y tomar drogas. Una vez finalizada la terapia es esencial para la abstinencia mantener relaciones significativas con personas que están al margen de las drogas (ídem, 2003).

Para que cualquier persona pueda comprender y analizar su conducta de consumo se identifican algunas claves importantes a tener en cuenta en la intervención (Becoña Iglesias y Cortés Tomás, 2008: 44):

1. Aprender a identificar qué situaciones, pensamientos y/o estados emocionales pueden acercar al consumo y cómo afrontarlos adecuadamente utilizando determinadas técnicas.
2. Aprender a identificar las claves y señales que anuncian la posibilidad de una recaída.
3. Aprender a enfrentarse a un recaída antes de y después de que se produzca un consumo.

Entre las estrategias específicas de la Prevención de Recaídas se incluyen: la discusión de la ambivalencia sobre el trastorno adictivo; la identificación de desencadenantes emocionales y ambientales del *craving* y del consumo; el desarrollo y revisión de estrategias específicas para hacer frente a los factores de estrés internos o externos, explorando la cadena de decisiones que conducen a la reanudación del consumo; el aprendizaje de los episodios breves de consumo para explorar los desencadenantes de la posible recaída; el desarrollo de técnicas eficaces para la

intervención precoz; la reducción de la exposición a estímulos relacionados con las drogas y la modificación de las respuestas a los mismos (Blasco, Martínez-Raga, Carrasco y Didia-Attas, 2008: 370).

El objetivo de este modelo es el aumento de la probabilidad de que la persona adicta sea capaz de incrementar su auto-eficacia ante las situaciones o estímulos discriminativos hacia el consumo, ya tengan un carácter exteroceptivo o interoceptivo (ídem, 2008: 370).

Marlatt señala que los elementos que deben constituir un programa de autocontrol para el mantenimiento del cambio conductual son los siguientes:

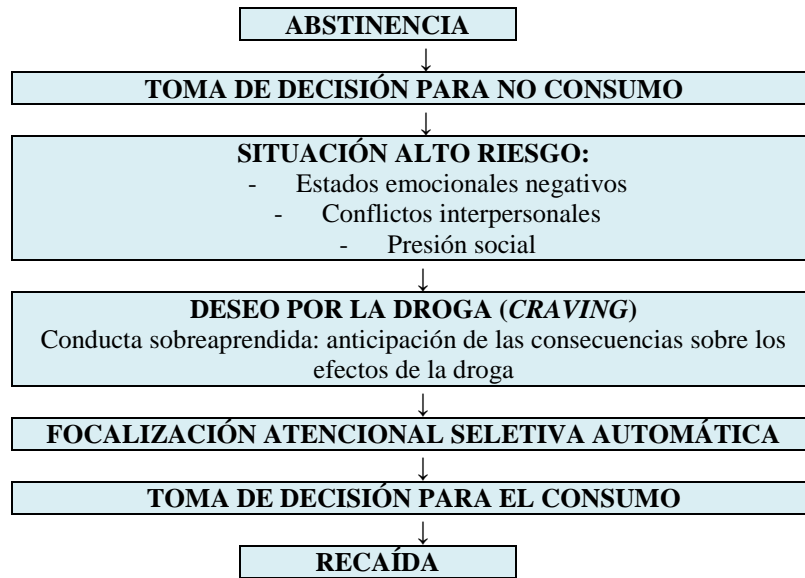
- Debe probar ser efectivo al mantener el cambio conductual después del tratamiento inicial por periodos de tiempo clínicamente significativos, en comparación a los mejores programas de tratamiento existentes.
- Debe promover y mantener la adherencia del individuo a los requerimientos del programa, es decir, la continuidad en procedimientos requeridos como registro diario, relajación, práctica de nuevas habilidades, etc.
- Debe consistir en una mezcla de técnicas conductuales específicas (enseñanza de habilidades de afrontamiento, manejo de contingencias), procedimientos de intervención cognitivos (reestructuración cognoscitiva, imaginación dirigida) y modificación global de estilos de vida para incrementar la capacidad general de afrontamiento (ejercicio, inoculación de estrés) (Romero Reséndez, 2003: 13-14).

Secades Villa (1997: 260), propuso cinco tipos de procedimientos de evaluación en la prevención de recaídas. Plantea:

1. Autorregistros: mediante estos, el participante recoge la información relevante para la intervención acerca de aspectos como el tipo de droga y la cantidad, el día, la hora, el lugar, la compañía, el estado de ánimo, los antecedentes y los causantes de la conducta de consumo. Este instrumento proporciona al sujeto una retroalimentación inmediata que le sirve de ayuda para un posterior cambio de comportamiento. Se utilizan en el inicio de la intervención terapéutica cuando el participante aún no ha abandonado el consumo de la sustancia. Esta estrategia presenta muchas ventajas: es de gran utilidad para identificar situaciones de riesgo, ofrece información continua al individuo sobre el consumo de

drogas (desde el pre-tratamiento y a través de todas las fases de la intervención) y, por último, proporciona feedback al terapeuta sobre la efectividad del tratamiento.

**Gráfico 9: Esquema cognitivo-conductual de la recaída**



*Fuente:* Blasco, Martínez-Raga, Carrasco y Didia-Attas, 2008: 368.

2. Informes autobiográficos de recaídas (descripción de recaídas pasadas): el individuo escribe o relata una o varias experiencias de recaídas ocurridas en el pasado. Suele contener información acerca de las sustancias consumidas, durante cuánto tiempo, con quién, cuándo, en qué situación, etc. Esta narración suele incluir la reacción de la persona ante el consumo inicial (caída) de la sustancia, así como la de la familia y otras personas significativas.
3. Fantasías de recaídas: es una de las estrategias específicas para la evaluación de situaciones de alto riesgo propuestas por Marlatt y Gordon (1985). El individuo debe imaginar cómo cree que podría ocurrir su vuelta al antiguo hábito de consumo de drogas y el terapeuta evalúa las situaciones de riesgo.
4. Observación directa: este procedimiento se ha empleado sobre todo con participantes alcohólicos y con fumadores. Tiene utilidad práctica sólo con una parte muy limitada de la población consumidora de drogas.

5. Cuestionarios y Auto-informes: los auto-informes valoran los diferentes procesos involucrados en la recaída en el consumo de drogas. Dichos procesos se podrían clasificar en: situaciones de consumo o de recaída anteriores, estrategias de afrontamiento en las situaciones de riesgo y expectativas de autoeficacia del sujeto.

La evaluación de las situaciones de riesgo, las habilidades de afrontamiento y la consiguiente delimitación de los posibles procesos de recaída debería constituir una de las etapas previas de una intervención dentro de un contexto de prevención de las mismas (Secades Villa, 1997).

#### **4.2. Las recaídas en las mujeres drogodependientes: diferencias de género**

La recaída es uno de los problemas más importantes en el tratamiento de la adicción a las drogas. Comprender la naturaleza de las éstas y cuáles son los factores de riesgo o de protección de las mismas es fundamental para desarrollar intervenciones eficaces. En el caso de las mujeres drogodependientes, los factores que les pueden llevar a una recaída se pueden diferenciar de los factores que influyen a los hombres que están en tratamiento.

Como hemos mencionado anteriormente, tanto a nivel internacional como en España, las mujeres tienen más dificultades para acceder y continuar en los programas de tratamiento que los varones, por factores relacionados con los propios programas de tratamiento y por las circunstancias sociales, personales y culturales de las mismas.

Las relaciones personales, las dificultades de separación, los sentimientos de abandono y de soledad durante el tratamiento y su recuperación, son algunos de los factores que pueden afectar negativamente a las mujeres. Asimismo, la baja autoestima, la salud sexual, la violencia de género, la falta de apoyo familiar o el aislamiento y otros factores, las pueden conducir al abandono y posiblemente a una recaída (Instituto de la Mujer y Delegación del Gobierno, 2007: 12).

De acuerdo con varios estudios realizados a nivel internacional (Rosenthal y cols. 1979; Angli y cols. 1987; Arfken y cols. 2001; citado en Instituto de la Mujer y la Delegación del Gobierno, 2007: 24), indican que las mujeres pueden mostrar un nivel mayor de motivación para el tratamiento que los varones, aunque con índices más bajos de permanencia. De la misma



manera se han observado patrones diferenciales en los procesos o episodios de recaídas, pues las mujeres parecen mostrar más problemas psicológicos, efectos negativos e influencia de la pareja cuando suceden. Sin embargo, en otros trabajos se ha planteado que las mujeres afrontan mejor las recaídas que los varones, pues tienen menos presión e influencia social hacia el consumo.

Las **situaciones de riesgo** son diferentes para hombres y mujeres. En el caso de las mujeres sabemos que están más relacionadas con estados emocionales displacenteros (tristeza, ansiedad...) y en el caso de los hombres con estados emocionales positivos, como la euforia. Entre los factores que influyen en la posibilidad de recaída de las mujeres drogodependientes podemos encontrar los siguientes:

- Sentimientos de soledad, ansioso-depresivos (que pueden intensificarse con la abstinencia), sentimientos de culpa.
- Aumento de peso corporal tras abandonar el consumo.
- Exigencia elevada hacia ellas mismas, como querer avanzar rápidamente y/o cumplir “apropiadamente” en todos los ámbitos de su vida.
- Emergencia de recuerdos y sentimientos derivados de situaciones traumáticas vividas anteriormente.
- Sobrexigencia familiar en el proceso terapéutico bien, porque a las mujeres se les exigen más responsabilidades en el hogar, mayor estabilidad emocional... o bien, porque resulta difícil para la familia aceptar que tengan espacios propios (de tiempo libre, de autocuidado, etc.).
- Tener o haber tenido una pareja consumidora y/o tener dificultades para distanciarse de ella (ídem, 2007: 26).

En un estudio realizado por Urbano Aljama y Arostegi Santamaria (2004: 143-144) sobre mujeres drogodependientes, estas destacaban que, el 60,7% de las entrevistadas había experimentado episodios de recaída durante la etapa de mantenimiento de la abstinencia o una vez finalizado el tratamiento. De las mujeres que han experimentado recaídas durante el proceso de tratamiento o una vez finalizado éste, el 28,8% ha sufrido sólo un episodio de recaída, el 31,1% ha vivido dos; el 22,2% tres a lo largo de su proceso terapéutico y un 17,7% de las mujeres entrevistadas señala más de tres episodios de recaída.

Los motivos que precipitaron la vuelta al consumo, según las entrevistadas, fueron factores individuales para el 67,6%, factores interpersonales para el 29,4% y factores sociales para el 2,9% de las mujeres. Dentro de los factores individuales, es importante señalar que el 41,2% del total de mujeres que recayeron indican la depresión y la soledad como las causas principales que precipitaron la vuelta al consumo, (en las alcohólicas, el 100% señala a esta causa), seguido de “no tenerlo claro” (dejar las drogas) en un 29,5% de los casos. El 17,1% del total de la muestra que recayó menciona los episodios o estados de ansiedad como antecedentes de la recaída (ídem, 2004: 144).

En el estudio encontraron también cierta asociación entre ser portadora de VIH y haber experimentado episodios de recaída. Llama la atención que de las 23 portadoras de VIH, 19 (el 82,6%) hubiera experimentado episodios de recaída (ídem, 2004: 146). Es posible que una enfermedad como el VIH afecte al estado anímico y a las expectativas de futuro de la persona afectada y a su vez constituya un antecedente y consecuencia de la recaída.

El Comisionado Regional para la Droga de la Junta de Castilla y León realizó una investigación sobre las necesidades de las mujeres drogodependientes atendidas en los Centros de Tratamiento Ambulatorios y Residenciales atendidas en 2007 (Junta de Castilla y León, Comisionado Regional para la Droga, 2010). La mayoría de las participantes (70,7%) habían sido previamente tratadas por problemas de adicción a las drogas. Entre las mujeres que realizan tratamientos de carácter residencial y las que tienen a los opiáceos como droga principal la realización de tratamientos previos registra unas prevalencias del 87,5% y del 84,0%, respectivamente (ídem, 2010: 58). De las 104 participantes previamente tratadas, el 73,2% había realizado múltiples intentos para intentar superar sus problemas con las drogas: el 35,6% había realizado entre dos y tres tratamientos con anterioridad y el 37,5% 4 o más.

En otro estudio que se llevo a cabo el Instituto Deusto de Drogodependencias (2007: 251) sobre programas específicos de tratamiento para mujeres drogodependientes, una parte de los/las terapeutas señala que la incidencia de las recaídas y el proceso de estas en las mujeres es similar a la que se observa en los hombres. Una de las mujeres terapeutas opina que, la mujer, por su condición de ser mujer, después de finalizar el tratamiento tendría una tendencia a las recaídas similar a la que afecta a los varones. Sin embargo, cuando se produce esa regresión, el consumo de ella sería más compulsivo, menos racional y más autodestructivo.

Chait y Zulaica Calvo (2005: 105) señalan que la mujer consumidora de cocaína y alcohol suele tener como pareja a otro consumidor, manteniéndose relaciones muy destructivas por los efectos que estos consumos provocan a largo plazo, y que se caracterizan por irritabilidad, agresividad, impulsividad, depresión, ansiedad, etc. En estos casos, la dependencia afectiva por parte de la mujer adicta no la deja ver la realidad. Las recaídas suelen ejercer un papel de unión y olvido de malos tiempos pasados con sus parejas consumidoras (ídem, 2005: 110).

La influencia de una pareja consumidora está también presente en la prisión. De acuerdo con un estudio que desarrolló la Asociación Zubiko en Bilbao en 2004, la mayoría de las entrevistadas aseguran que empezaron a consumir y a traficar drogas con su pareja. Algunas intentaron dejar las drogas en programas de desintoxicación y otras solas. Una de ellas destaca: *“No es la primera vez que dejo las drogas, las he dejado antes también. Lo he hecho sola, he estado dos o tres años sin consumir, pasando la depresión en casa”* (Fernández, García del Moral, Urbano y Arostegi, 2008: 67).

Walitzer and Dearing (2006: 128), realizaron un estudio cuyo objetivo era explorar las diferencias de género en las recaídas y las características de éstas en el consumo de alcohol y de otras sustancias. Para el alcohol, las tasas de recaída fueron similares entre los hombres y las mujeres, aunque el estado de ánimo negativo, el abuso sexual en la infancia, la autoeficacia relacionada con el alcohol y la falta de estrategias de afrontamiento fueron factores determinantes en la recaída y éstos llegaron a la conclusión de que el sexo no tiene un papel relevante a estos efectos.

Por el contrario, el género es un factor importante en la relación entre el matrimonio y la recaída en el alcohol. Mientras que para las mujeres el matrimonio y el estrés son factores de riesgo, para los hombres el matrimonio funciona como factor protector. Las mujeres alcohólicas son más propensas que los hombres alcohólicos a contraer matrimonio con alguien que también consume alcohol en exceso; por ésta razón los hombres están más protegidos y más infrecuente que sufran ellos las recaídas (ídem, 2006).

Hay pocos estudios que documenten las diferencias de género en las recaídas por el abuso de sustancias, razón por la que las conclusiones a este respecto son limitadas y provisionales. Al contrario de lo que ocurre con las diferencias que se presentan en el consumo de alcohol y las diferencias en las tasas de recaídas entre hombres y mujeres a favor de éstas últimas, las mujeres

parecen menos propensas a experimentar una recaída en relación con otro tipo de sustancias que los hombres. Según los datos, las mujeres son más sensibles a los afectos negativos y a los problemas interpersonales que pueden producir las recaídas con otro tipo de sustancias que no sea el alcohol. Los hombres, en cambio, pueden ser más propensos a tener experiencias positivas antes de la recaída (ídem, 2006).

En otro estudio realizado en Estados Unidos sobre los predictores de recaída en mujer de la etnia india-americana después del tratamiento recibido, los resultados indicaron que los factores intrapersonales tienen una relación más fuerte con la recaída, seguidos de los factores proximales y distales (Chong y López, 2008: 24). Los mensajes negativos acerca del uso de alcohol u otras drogas por parte del padre de la mujer cuando era niña pueden influir en los seis primeros meses después del tratamiento y pueden provocar una recaída por su parte. Los conflictos con gente de su alrededor y las amistades con personas consumidoras, fueron las causas que provocaron las recaídas. Mientras que el *craving* era altamente predictivo durante el seguimiento, la autoeficacia fue lo que les ayudó para no consumir drogas. Según los autores, el conocimiento de las causas de las recaídas en esta población, se debe utilizar como una guía hacia la planificación del tratamiento individual (ídem, 2008).

#### 4.3. Las personas en tratamiento y la prevención de recaídas

En relación con lo expuesto anteriormente, **recaída** es la vuelta a la conducta adictiva, así como los pensamientos y sentimientos que surgen después de un período de abstinencia. De acuerdo con diferentes autores, (Graña Gómez y García Álvarez, 1994: 225-226; Cañán Díaz, Losada González, Navarro Leis y Martín del Moral, 2009: 94), la recaída en las adicciones puede manifestarse de distintas formas: unas veces como el retorno al estilo de vida antiguo, otras en forma de consumo de drogas sustitutas y/o actividades de azar y riesgo o sexualidad compulsiva, aunque, generalmente, la característica más importante consiste en volver a consumir de forma regular la droga característica de abuso.

Como destacaron Prochaska, DiClemente y Norcross en 1992, el proceso de cambio en las adicciones casi nunca es lineal, sino dinámico y en espiral, y las recaídas son tan frecuentes que deben integrarse como un eslabón más en dicho proceso de cambio. El objetivo terapéutico

consistirá en que el paciente alcance de nuevo el estadio previo a la recaída para continuar con el programa terapéutico, considerando que cada nueva recaída, más que un fracaso, constituye una nueva experiencia de aprendizaje (ídem, 1994: 226-227).

De acuerdo con Cañán Díaz, Losada González, Navarro Leis y Martín del Moral (2009: 95), es importante preparar el sujeto para afrontar la recaída con los instrumentos y el conocimiento necesarios. Para ello es imprescindible:

- Comprender y analizar su problema con las drogas.
- Aprender a identificar las situaciones de riesgo o antecedentes de consumo: situaciones *internas*, es decir, estados emocionales negativos (ansiedad, tristeza, frustración, etc.) y estados físicos asociados al consumo de la sustancia, etc. Igualmente, puede tratarse de situaciones *externas* como conflictos interpersonales, presión social, lugares asociados al consumo (discoteca, bar, casa de un amigo, etc.), situaciones asociadas al consumo (celebraciones, salir con amigos, etc.).
- Anticipar las consecuencias negativas del mismo.
- Manejar las estrategias de afrontamiento ante los antecedentes de consumo.
- Aprender a identificar las claves y señales que preceden a una recaída.
- Fomentar los cambios necesarios en el estilo de vida que sean incompatibles con el consumo (Gálvez Arenas y Guerrero Merchán, 2008: 109).

Muchas de las recaídas tienen lugar por un déficit en las habilidades de afrontamiento que se da ante situaciones de naturaleza estresante para el sujeto en tratamiento. Algunas **situaciones de alto riesgo** (situaciones que aumentan el deseo de consumo y la probabilidad de tomar la sustancia), características de los individuos en tratamiento son las siguientes (Graña Gómez y García Álvarez, 1994: 234-235):

1. *Manejo de dinero*: si la persona maneja suficiente dinero es probable que con el paso del tiempo recaiga. Cuando un sujeto tiene suficiente dinero para adquirir drogas y pasa por un lugar de venta de drogas, su nivel de deseo aumenta de forma considerable y lo más probable es que se produzca inicialmente un desliz y una recaída.
2. *Consumo de otras drogas*: el consumo habitual de otras drogas como alcohol, tabaco o fármacos psicoactivos es otro de los factores de riesgo más importantes. Con estas

sustancias el adicto sustituye la droga principal por otras hasta alcanzar efectos similares aumentando así la posibilidad de una recaída.

3. *Actividades de ocio con consumidores de droga conocidos*: si las relaciones interpersonales tienen lugar con consumidores de droga, la recaída y el abandono del tratamiento sólo será cuestión de tiempo. Por eso es importante cambiar las relaciones interpersonales mientras la persona está en tratamiento.
4. *Homenajes*: existen determinadas situaciones que tienen lugar a lo largo del año y que son de carácter especial por estar asociadas a un consumo intenso de heroína y/o cocaína, como por ejemplo, los cumpleaños, la celebración de fiestas (navidad, fin de año), casarse, etc.

#### **4.3.1. Factores de riesgo y señales de aviso**

Los factores de riesgo y las señales de aviso aparecen antes que el sujeto recaiga. Durante el tratamiento estos factores deben ser detectados para interrumpir la cadena de eventos que dan lugar a una recaída. A continuación presentamos algunos de estos factores (ídem, 1994: 235-241):

##### **4.3.1.1. Pautas de pensamiento y actitudes de recaída**

- **Actitudes negativas**: Durante la primera etapa de abstinencia el/la drogodependiente experimenta una serie de consecuencias positivas, cosa que le dificulta admitir que el consumo va a surgir de nuevo. Este estado constituye un factor de alto riesgo para volver a consumir ante el más mínimo problema. Existe también una serie de pensamientos y actitudes negativas que de forma fiable dan lugar a la recaída, como por ejemplo: tener dudas sobre el proceso de recuperación, autocompasión, impaciencia; cuando el/la drogodependiente espera demasiado de los demás para su recuperación, cuando mantiene una actitud negativa y de insatisfacción crónica, cuando confía demasiado en uno mismo, el hecho de que la vida no tenga sentido sin drogas y el mantener actitudes y creencias rígidas.
- **Sentimientos y estado de ánimo negativos**: Se trata de sentimientos crónicos no resueltos de aburrimiento, depresión, soledad, infelicidad, tristeza, ira, ansiedad y culpa,

junto con recuerdos dolorosos y/o traumáticos. La intervención durante el tratamiento individual y/o grupal y la resolución de estos sentimientos disminuyen la posibilidad de una recaída.

- **Idealizar el efecto de la droga “estar colocado”:** La situación de recaída aumenta si el paciente continúa idealizando los efectos que le producía la droga y, de forma selectiva, sólo recuerda los agradables.
- **Poner a prueba el control personal:** El individuo después de varios meses de abstinencia crea la impresión que puede consumir de forma controlada. Tiene una percepción de control personal mayor sobre su adicción y piensa que los problemas relacionados con el consumo han desaparecido. Es importante anticiparse y poner éste de manifiesto en las sesiones de terapia.
- **Deseo de gratificación:** Suele ser el resultado de hacer frente a todos los problemas y dificultades que lleva implícitos la recuperación terapéutica.
- **Estados de ánimo positivos:** El sentirse bien o en un estado de ánimo positivo un tanto exagerado, genera un sentido falso de seguridad sobre su proceso de recuperación.
- **Problemas sexuales o de relaciones:** Los problemas sexuales no resueltos pueden ser un desencadenante de las recaídas. Para prevenir la recaída es importante que estos aprendan a disfrutar los sentimientos relacionados con la sexualidad y la intimidad sin necesidad de consumir drogas.
- **Sueños relacionados con la recaída:** Estos sueños llegan a alterar el proceso de recuperación del sujeto, llegando a sentirse decepcionado consigo mismo o que no está suficientemente motivado para continuar con el tratamiento.

De acuerdo con los mismos autores existen también conductas de alto riesgo que llevan los/las participantes al consumo de drogas. Las más importantes son:

- Reaccionar de forma exagerada ante deslices y recaídas.
- Conductas impulsivas (tomar decisiones inmediatas y sin pensar).
- Otras conductas adictivas y/o compulsivas: presencia de más de una adicción y la intención eliminar una conducta sustituyéndola por otra hace que la posibilidad de recuperación sea mínima.

- Cambios graduales en el estilo de vida, por ejemplo, llegar tarde a las sesiones de terapia, dejar de hacer la programación de actividades semanal, etc.
- Presencia de trastornos mentales, problemas físicos (VIH, hepatitis, etc.).
- Permisividad familiar: cuando la familia del sujeto no le apoya e ignora las posibles señales de recaída (Graña Gómez y García Álvarez, 1994: 239-240).

La modificación del estilo de vida del drogodependiente es un objetivo muy importante. Se trata de gestionar un estilo de vida que aleje lo más posible al consumidor de las situaciones de riesgo. El cambio que debe realizarse está basado en cada caso individual, y dependerá del análisis funcional y de los objetivos de tratamiento.

La creación de nuevos hábitos en el estilo de vida se aborda en diferentes áreas: familia, ocio y tiempo libre, formación académica, laboral y salud. Cañán Díaz, Losada González, Navarro Leis y Martín del Moral (2009: 98) proponen algunos de estos cambios:

- **Familia:** formas de comunicación adecuadas, asunción de responsabilidades, fomento de actividades gratificantes compartidas.
- **Ocio y tiempo libre:** cambio de grupo de relación e inicio y mantenimiento de actividades de ocio gratificantes incompatibles con el consumo.
- **Formación académica:** instaurar hábitos de asistencia a clase y estudio para aquellas personas que estén realizando una actividad académica o para las que sea necesario iniciarla.
- **Laboral:** comienzo y/o mantenimiento de una actividad laboral estable o cambios en la misma si están asociados al consumo.
- **Salud:** instaurar y mantener hábitos saludables y de tratamiento y seguimiento de enfermedades si existen.

Estas estrategias generales, junto con otras intervenciones personalizadas, se pueden organizar en los Programas Educativos Individuales (PEI) que analizamos en el capítulo 3 y formar parte del tratamiento de cada sujeto teniendo como objetivo la estabilidad en el mantenimiento de la abstinencia.



#### **4.3.2. Estudios relacionados con el tratamiento y las recaídas**

De Wilde, Soyez, Broekaert, Rosseel, Kaplan y Larsson (2004), realizaron un estudio a nivel europeo con mujeres en C.T. que presentan problemas psiquiátricos. Llegaron a la conclusión que las mujeres son más propensas a la depresión grave, presentan más problemas en la comprensión, concentrarse o recordar, y están pensando más que los hombres en suicidarse o lo han intentado con más frecuencia que los hombres. Ellos también tienen una historia de abuso muy grave, pero las mujeres en las comunidades terapéuticas necesitan intervenciones específicas de tratamiento para sus necesidades psiquiátricas.

Como hemos visto en el punto anterior, los problemas psíquicos pueden ser una situación de riesgo que posibilita la presencia de una recaída. Esto unido al hecho de que las mujeres presentan una autoestima más baja que los hombres se sienten más estigmatizadas en la sociedad por tener problemas de drogadicción, etc., implica una intervención socioeducativa individualizada para disminuir la presencia de estos factores de riesgo y la aparición de una recaída. De ésta forma se refuerzan los factores protectores y las habilidades para afrontar estos problemas.

Luengo, Romero, Gómez-Fraguela y Villar (2011) analizan en un estudio las variables que mejor sirven para predecir las recaídas durante y después del tratamiento de adicción a las drogas en participantes que han sido sometidos a distintos tipos de tratamiento. Asimismo, examinan la eficacia de distintas modalidades de tratamiento, identificando las intervenciones que mayor incidencia tienen sobre los factores precipitantes de las recaídas. Estos autores llegaron a la conclusión de que las personas adictas a los opiáceos que recaen empiezan a consumir con menos edad que el resto, presentan un mayor número de intentos por abandonar las drogas, poseen un menor número de amigos que les ayuden a superar este problema y en variables como las relaciones de convivencia con la familia, la pareja y los amigos (cuyos mejores niveles entre los recaídos podrían indicar que menores problemas en el entorno del individuo) en la fase anterior al programa (posiblemente relacionados con un menor nivel de exigencia) aparecen relacionados con la probabilidad de recaída posterior.

Entre las variables relacionadas con el riesgo de recaer, dos de ellas guardan relación con el nivel de exigencia del programa. Los usuarios que recaen tienen menos dificultad para adaptarse a las normas del programa y realizan menos esfuerzo para cumplir con ellas. Otras dos variables

se refieren al grado de relación con los compañeros del programa y el apoyo de sus amigos para realizarlo, con niveles mayores en los participantes que se mantienen abstinentes después del programa. Las demás variables se refieren a la satisfacción sentida con el programa al finalizar el tratamiento (menor en los recaídos), a la percepción de una mayor dificultad para seguir una vida sin drogas, a la existencia de abandonos durante el programa y a la existencia de un menor número de contactos posteriores con el centro después del tratamiento (ídem, 2011).

En el ámbito laboral, la recaída se asocia a peores relaciones con el jefe y al menor número de semanas trabajadas en el último año. En el área de la actividad social, los recaídos tienen un menor número de amigos y un mayor número de ellos son consumidores. También perciben más problemas en cuanto a la falta de relaciones sociales y cuentan con un número menor de personas en las que apoyarse para sentirse mejor. En el ámbito personal, los que recaen manifiestan tener mayores problemas de salud, problemas económicos y problemas con la ley. A nivel emocional, las personas que recaen experimentan menos emociones positivas, el grado de satisfacción consigo mismo es menor, utilizan menos estrategias de afrontamiento positivas de búsqueda de apoyo social y se consideran menos auto-eficaces para resistir la tentación de consumir en las situaciones de búsqueda de estados interpersonales positivos (ídem, 2011).

En un estudio cualitativo presentado en la XXIV Conferencia Mundial de C.T. en Lima, Perú en 2009, Anagnostou (2009) investigó las razones que los drogadictos mismos estiman importantes para su retención en la C.T. durante el primer mes y los factores de apoyo comprobados que se relacionan con la experimentación de dificultades durante la estancia en el tratamiento residencial. La muestra del estudio incluye 32 temas que han sido admitidos en la comunidad terapéutica de KETHEA PAREMVASI's en Grecia.

Los resultados sugieren que la retención en el tratamiento en el primer mes está relacionada con factores individuales y con el ambiente terapéutico. La motivación personal por el cambio y los ocasionados por la presión de factores externos son factores positivos de retención en el tratamiento en los primeros 30 días. La carencia de contacto con seres queridos, la forma de vida anterior dependiente del uso de droga y experiencias anteriores al tratamiento se precisan como factores individuales que impidan el ajuste fácil al ambiente terapéutico. En el ajuste fácil también influyen los factores que se derivan de las características del ambiente de la C.T. tales como la estructura del programa, las actividades diarias, el modelo jerárquico y los límites

impuestos en el comportamiento. Los cambios personales positivos en compañeros que ya han experimentado la abstinencia y están libres del uso de drogas parecen funcionar como modelos para otros, lo cual ayuda a los principiantes a consolidar su decisión de quedarse en el tratamiento. Los resultados también indican el papel positivo de la existencia de un ambiente terapéutico de apoyo, de las actividades educativas y recreacionales y de los procesos terapéuticos (ídem, 2009: 37).

De acuerdo con los enfoques teóricos presentados y con las investigaciones presentadas, observamos que los factores protectores, los factores de riesgo y las recaídas están directamente relacionados. Si no se otorga un cambio de estilo de vida incompatible con el consumo de drogas durante el tratamiento, la probabilidad de una recaída aumenta. Como veremos en el segundo apartado de este trabajo, nuestros/as participantes han presentado recaídas antes, durante y después del tratamiento porque se han expuesto a situaciones de alto riesgo (pareja consumidora, falta de apoyo por parte de la familia, etc.) y no han sabido manejarlas.

Por esta razón se considera imprescindible la adopción de unas líneas de intervención que combinen el modelo de Marlatt y Gordon, la prevención de recaídas y el modelo socioeducativo expuesto en el capítulo 3. Hay que tener siempre en cuenta las necesidades y dificultades de cada persona para obtener mejores resultados no sólo durante el tratamiento, sino también cuando este acabe. El objetivo más importante es la reeducación del sujeto y su desarrollo en todos los ámbitos.



## 5. LA SITUACIÓN DE LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS (C.T.)

---

En este capítulo se presenta la evolución, los objetivos y los programas ofrecidos de las Comunidades Terapéuticas (C.T.) en Estados Unidos, en Europa y en España.

El internamiento en una C.T. es un tipo de abordaje especial dentro del tratamiento de la dependencia de opiáceos y demás drogas. Significa en la práctica un aislamiento del mundo cotidiano, del ambiente del adicto para enmarcarse en un lugar donde lo que prima es lo terapéutico. Allí todas las actividades que se hacen durante varios meses se orientan a la adquisición de hábitos para una vida normal sin sustancias. Entra en la comunidad abstinentes, saldrá abstinentes y se espera que fuera de ella pueda vivir sin drogas. Como en la unidad de día, dentro de la comunidad terapéutica se llevan a cabo casi todos los programas que se han ido exponiendo (Becoña Iglesias y Vázquez González, 2001: 115-116).

En España destacan dos tipos de C.T., las Comunidades de la red pública dedicadas al tratamiento de drogodependientes, existentes en las comunidades autónomas y las C.T. del Proyecto Hombre.

Una característica esencial, como filosofía de la C.T., es que son programas libres de drogas. En ellas no se puede consumir heroína, ni otras drogas ilegales, ni alcohol, permitiéndose únicamente el consumo de tabaco. Se excluyen, de lo que se consideran drogas, los psicofármacos para el tratamiento de otros problemas que pueda padecer el individuo. También empieza a extenderse el número de comunidades terapéuticas donde las personas están tomando metadona (ídem, 2001: 116).

### 5.1. Las Comunidades Terapéuticas (C.T.) ayer y hoy

Thomas Main, el primero que utilizó el término “**Comunidad Terapéutica**”, define en 1946 el concepto de C.T.: “*Debe ser una comunidad con el propósito inmediato de crear la máxima participación en la vida diaria de la institución. Su fin último es la socialización del individuo*”

neurótico en la subsociedad hospitalaria”, para concluir en 1983 que el término “Comunidad Terapéutica” ha llegado a ser utilizado de manera tan diversa que hoy en día no tiene sentido. La marca distinta no es una forma particular de estructura social sino una cultura de interrogación (Roldán Intxusta, 2004: 243).

El movimiento de la C.T., en principio surgió de modo espontáneo, sin participación por parte de la administración, sobre la base de la iniciativa privada y acorde con la introducción y expansión del consumo de heroína entre la población a partir de los años 70 en España. A medida que han transcurrido los años, la situación se ha ido haciendo más compleja pasando por diferentes etapas (ídem, 2004).

El autor describe la historia de las C.T. en tres fases: la **Fase Mítica** en los años 1977/1984, la fase “**Guerra a las Drogas**” en los años 1985/1992, la **Fase de Normalización** en los años 1993/1998 y la última fase desde el 1998 hasta hoy, estas se pueden visibilizar en el siguiente esquema.

<b>1977/1984: Fase Mítica</b>
Las C.T. nacen de grupos diferenciados; desde profesionales vinculados a la salud, en el marco de asociaciones de familiares recién creadas para dar respuesta a un problema nuevo hasta iniciativas de grupos religiosos. En España no se llegó a plantear realmente la Psiquiatría Social (es decir C.T.), hasta la década de los 80, quizás porque la institución política democratizada con mayor retraso fueron las diputaciones provinciales de las que dependían la mayoría de “manicomios”. Fue justamente esta falta de participación democrática la que posibilitó que hasta 1980 se desarrollase un activo movimiento anti-institucional en el Área de la Salud Mental y que fuera una reacción contra el modelo de la “beneficencia”, sin un posible modelo asistencial alternativo. El hecho de que el término C.T. no fuera utilizado en España ejemplifica la situación.
<b>1985/1992: Fase “Guerra a las Drogas”</b>
Las administraciones han ido estructurando recursos de atención ambulatorios, hospitalarios y residenciales hasta ir completando un amplio panorama asistencial. Se incorporan los programas de mantenimiento con metadona y de reducción de riesgos. Las C.T. permanecen más o menos al margen como “recurso total”. Incluso las distintas redes de C.T. divergen en sus postulados con gran competencia entre ellas.
<b>1993/1998: Fase de Normalización</b>
Coincide con el gran desarrollo de los programas de reducción de riesgos y mantenimiento con metadona. Los programas libres de drogas pierden protagonismo y con ellos las C.T. Surge una importante crisis en el sector de las C.T. que no afecta por igual a todas ellas. Reciben mayor impacto los programas más rígidos y menos profesionalizados. Se produce en estos años una rápida transformación de las C.T.; flexibilizando los programas y ampliando la oferta de servicios más allá de los programas libres de drogas, en parte como consecuencia de la reducción en el número de demandas de los participantes.
<b>1998 hasta hoy</b>
En los últimos tiempos hay una mayor confluencia entre las diferentes prácticas de C.T. que han sobrevivido a todos estos cambios y que puede permitir reflexionar sobre la experiencia y aprender unas de las otras. Es un fenómeno que no sólo se ha dado en España. En todo este recorrido histórico, las C.T. para drogodependientes en Europa seguían diferentes caminos en su origen, pero “actualmente la mayor parte de los terapeutas con experiencia muestran frente a cada caso una actitud terapéutica similar, independientemente de sus referencias teóricas” (Roldán Intxusta, 2004).

La C.T. se ofrece a personas con diferentes tipos de problemas para diversos perfiles que, en general, presentan una combinación especialmente letal de problemas sanitarios, sociales, psicológicos y morales. El ingreso en la misma tiene como objetivo primario ayudar a resolver estos problemas. Pero el objetivo esencial de la metodología es ayudar a los/las residentes a construir de forma racional *un proyecto de vida alternativo* fuera de la Comunidad, desde el cual tales problemas puedan minimizarse, evitarse o controlarse (Comas Arnau, 2010: 21).

Todo esto se basa en un tratamiento tanto grupal como individual dentro de un marco socio-terapéutico y educativo de 24 horas. Dicho método permite a la persona contenerse en consumir drogas, recibiendo el apoyo afectivo para replantearse su dependencia y los problemas que subrayan en ella y sus posibles consecuencias (Roldán Intxusta, 2004).

En la actualidad, existen en Europa dos asociaciones activas en las que se agrupan diversas C.T.: la EFTC (European Federation of Therapeutic Communities) y la EUROTC (European Treatment Centers for Drug Addiction).

## **5.2. Comunidades Terapéuticas: visión internacional**

El nacimiento de las C.T. en Europa empezó a finales de los años 60 cuando habían encargado a Dr. Christie, un psiquiatra de Reino Unido, la primera consulta de tratamiento de drogas en el Hospital St. James en Portsmouth. Christie se dio cuenta que había una necesidad de nuevos tratamientos en drogodependencias (Yates, Rawlings, Broekaert y De Leon, 2006: 5).

Cuando más tarde Kooyman, - un psiquiatra que manejaba una clínica de prescripción de metadona - conoció el método utilizado por Christie, manifestó que la opinión más extendida en la psiquiatría europea, que consideraba la adicción como una enfermedad incurable, era equivocada y la recuperación era posible (ídem, 2006: 7).

En Alemania, una recuperada pareja adicta a la heroína, en 1971 estableció la Comunidad *Release Berlín*, más tarde llamada *Synanon-Haus* (ídem, 2006: 7). Este nuevo enfoque de tratamiento en drogodependencias se expandió por Europa. Con una o dos excepciones, la mayoría de las nuevas C.T. sin drogas fueron establecidas por los psiquiatras que se habían entusiasmado con el trabajo de Maxwell Jones, RD Laing, etc.

En otros países, las C.T. sin drogas surgieron a través de la tradición pastoral. En Alemania, *Daytop Alemania* se estableció a través del trabajo de Osterhues, un sacerdote ortodoxo rumano. En Italia, el sacerdote, don Mario Picchi estableció San Carlos y pasó a fundar el programa de Progetto per l'Uomo, que a su vez influyó en el desarrollo de las C.T. libres de drogas en España.

En 1975, en Norkopping de Suecia, fue organizada la primera Conferencia Mundial de Comunidades Terapéuticas y en 1980 fue fundada la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas. El año siguiente, la Federación Europea de Comunidades Terapéuticas (FECT) fue implantada por Eric Broekaert, el fundador de *De Kiem*. Estos eventos anunciaron un período intensivo de dos décadas en el que las C.T. libres de drogas en Europa se esforzaron tanto para establecer la base de pruebas académicas para su trabajo como para perfeccionar el modelo de C.T. en un contexto europeo: la tercera generación de las C.T. (ídem, 2006: 9).

Uno de los primeros pioneros de la evolución de las C.T. en Europa, Erik Broekaert afirma que, mientras una clínica constituye un “sistema médico” basado en fármacos, una C.T. es “un sistema educacional” en el que todos los individuos participan del proceso de rehabilitación como parte de un todo, con mecanismos como la confrontación, “impensables en una clínica”, en la que el paciente carece de potestad alguna para discutir con los facultativos (Riod, 2010).

El pionero belga afirmó que la mayor debilidad de las C.T. es “constituir un entorno demasiado aislado de la realidad, como una isla” de la que posteriormente los internos tengan “miedo” de salir (ídem, 2010).

Datos obtenidos sobre la eficacia de las C.T. se ofrecen en el siguiente capítulo en el apartado “6.4. *Personas atendidas en Comunidades Terapéuticas de España y resultados obtenidos*”.

### **5.3. Las Comunidades Terapéuticas en España**

Las primeras C.T. aparecieron en España, en particular en Asturias y Andalucía, en la primera mitad de los años 70 formando parte del movimiento de reforma psiquiátrica que se había expandido por el mundo en la década de los años 60 (Comas Arnau, 2008: 243). Estas C.T. atendían a personas con problemas de psicosis y quizá otros tipos de enfermos mentales.

A partir del año 1979 se crearon las primeras C.T. para adictos a drogas ilegales, que vivieron una espectacular expansión durante los años siguientes. Desde 1987, el Plan Nacional



sobre Drogas puso en marcha un proyecto de regularización de estos dispositivos, que incluyó medidas relacionadas con la formación de los profesionales, con el desarrollo de programas complementarios (en especial los educativos), con la mejora de infraestructuras y con el apoyo a la investigación.

Entre los años 1993 y 2002 las C.T. vivieron una cierta crisis que se puede atribuir a dos razones, la primera el posicionamiento de muchas entidades en el modelo más estricto de los Programas Libres de Drogas y el rechazo a aceptar casos de Mantenimiento con Metadona. La segunda razón fue el traspaso de competencias hacia el área sanitaria, un contexto en el que, de forma paradójica, la metodología de la C.T. no es demasiado bien comprendida.

Al final la crisis se superó, básicamente porque se mantuvo la demanda, pero también porque se consiguió integrar las estrategias de reducción de daños y riesgo con la metodología de la C.T. (ídem, 2008: 244).

De acuerdo con Comas Arnau (2006), hasta el 2006, existían 119 C.T. en España que estaban acreditadas y homologadas. Ofrecían hasta 3.400 plazas y recibían unos 7.000 ingresos al año (con una estancia media de entre 5 y 6 meses, en programas con una duración media estándar entre 7 y 8 meses), de los cuales 2.900 acababan con una alta terapéutica. En las mismas trabajaban alrededor de 1.500 profesionales.

Tres años más tarde observamos que tanto el número de personas atendidas como el número de las Comunidades Terapéuticas se ha aumentado substancialmente. Según la Memoria 2009 del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD, 2009b: 20), en 2009 se atendieron 8.134 personas en 129 Comunidades Terapéuticas en toda España.

Los equipos de las C.T. homologadas están formados por profesionales bien cualificados, con un predominio de psicólogos (que dirigen los centros y actúan como psicoterapeutas), y una fuerte presencia de trabajadores sociales, pedagogos y educadores sociales, sin que falten otras titulaciones, como por ejemplo, enfermeros, médicos y psiquiatras.

Según el perfil profesional que aparece en las C.T., tenemos desde el principio los educadores que tenían funciones de monitor y celador (Olivar Arroyo, Sanchís Carrillo y Ros Verdeguer, 2008: 334). Las características de este personal eran un alto grado de espontaneidad, mucha voluntariedad y fuertes dosis de auto-didactismo (Comas Arnau, 2006). En los años 80

aparece un perfil profesional que se corresponde a un educador especializado en este campo. A finales de esta década se empieza a asumir roles más expertos y especializados.

La labor del educador social en la C.T. está orientada a la socialización del sujeto drogodependiente, a darle los recursos necesarios para poder incorporarse a la sociedad como sus iguales. Según los autores (ídem, 2008: 337-338), *“lo que persigue la Educación Social en el contexto de la C.T. no es otra cosa que potenciar procesos de autonomía, actitudes cooperativas, sentido de pertenencia, participación activa en el entorno y habilidades para la tolerancia y la convivencia, en todos y cada uno de los individuos que ingresan en una C.T.”*.

Terminando, sería muy importante para el futuro de las C.T. y para los educadores sociales, una evaluación de su trabajo durante estos años, un intercambio de ideas y de necesidades; así se pueden mejorar los resultados obtenidos, igual que la intervención entre personal y adictos.

### **5.3.1. Los objetivos de la Comunidad Terapéutica (C.T.)**

Las C.T. tienen unos objetivos generales y unos específicos que se muestran en la tabla siguiente (15).

De acuerdo con los miembros del Proyecto Hombre y el *II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (2002-2007)*, los participantes tienen que enseñar la gestión adecuada de los sentimientos y emociones, identificar y afrontar las dificultades afectivas y sexuales, y fomentar la interrelación personal. Conocer y comprender el propio mundo afectivo y sexual, mejorar su autoestima, trabajar sobre los estereotipos y prejuicios y en especial sobre el género (Arenas Domínguez, Bermudo Albalá, López Medel, Martín Pozas y Tirado Rodríguez, 2003).

Igual, durante la desintoxicación en la C.T., se realiza formación en habilidades sociales, orientación sobre la organización del tiempo de ocio y del tiempo libre, proporcionar información y fomentar la adquisición de habilidades de búsqueda de información y de recursos sociales. También, en aquellos usuarios que tienen hijos, adquirir o reforzar las habilidades educativas. Será objetivo del trabajo durante la C.T. la mejora de la comunicación intergeneracional y del sistema conyugal en el caso de que exista, continuar favoreciendo la reorganización de la dinámica familiar y ofrecer a la familia un espacio de encuentro personal e interpersonal.

**Tabla 15: Objetivos de las Comunidades Terapéuticas (C.T.)**

<p><b>Objetivos generales</b></p>	<p>El objetivo general de las C.T. se centra en facilitar y promover el crecimiento personal en los diferentes niveles: comportamental, afectivo, cognitivo y existencial (Deben, Fernández, López-Goñi, Illescas, y Santos, 2004: 215). Según el <i>Programa de Intervención en C.T. en Andalucía</i> (Arenas Domínguez, Bermudo Albalá, López Medel, Martín Pozas y Tirado Rodríguez, 2003), los objetivos generales de las C.T. son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar la desintoxicación, deshabitación y tratamientos con sustitutivos de las personas con problemas de adicción, ofreciéndoles los instrumentos necesarios, en un entorno controlado.</li> <li>• Favorecer el proceso de maduración personal y social desarrollando las habilidades necesarias para hacer frente a situaciones de riesgo y su posterior incorporación social.</li> <li>• Prevenir o reducir la incidencia o severidad de los problemas asociados a la adicción.</li> </ul>
<p><b>Objetivos específicos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propiciar la integración de los usuarios en las normas de funcionamiento de la C.T. así como potenciar la vinculación de los mismos a dicha fase del proceso. Para ello, se deberán llevar a cabo las siguientes actividades: facilitar al usuario la información necesaria sobre los instrumentos y el sentido del proceso en la C.T.; motivar a los usuarios a la participación activa en las distintas actividades de la C.T.; promover un clima de autoayuda permanente y de proximidad afectiva; atender las necesidades del usuario a medida que va pasando por los diferentes momentos del proceso (ídem, 2004: 215; ídem, 2003: 20-21).</li> <li>• Reforzar hábitos de vida saludables y socialmente adecuados, es decir, responsabilizar los usuarios de su situación judicial, incluyendo la no realización de nuevos delitos. También, deben mantener la abstinencia iniciada en la anterior fase, autocuidarse y prevenir para su salud y de enfermedades. Tienen que enseñar responsabilidad laboral a través de la práctica en los sectores de trabajo de la C.T., gestionar adecuadamente el dinero y el tiempo (tiempo libre, tiempo de trabajo y tiempo de formación). Asimismo, deberá iniciarse un proceso formativo encaminado a la prevención de recaídas (ídem, 2004: 216; ídem, 2003: 20-21).</li> <li>• Lograr que el usuario tome conciencia y se responsabilice de su comportamiento. Como punto de partida, será necesario que los usuarios sean capaces de efectuar un análisis objetivo de su conducta, partiendo de la confrontación y reflexión sobre la propia historia personal. Asimismo, los usuarios deberán adquirir, durante esta fase, las siguientes habilidades y actitudes: responsabilización y asunción de las consecuencias de sus comportamientos, en el pasado y en el presente: identificación, afrontamiento y respuesta ante las diferentes situaciones familiares, sociales y de relación que formen parte de su realidad; identificación y cambio de hábitos de comportamiento que impliquen una aproximación a la dependencia; finalmente, adquisición y potenciamiento de la capacidad de toma de decisiones.</li> <li>• Promover pautas de comportamiento ajustadas a los diferentes roles, dentro y fuera de la C.T. (ídem, 2004: 216; ídem, 2003: 20-21).</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

### 5.3.2. Criterios de admisión y exclusión

En las C.T. existe una serie de criterios a la hora de admitir o excluir a las personas con problemas de adicción, con el objetivo de que el usuario aproveche al máximo su estancia en la Comunidad. De acuerdo con el *II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones 2002-2007*, los criterios generales de admisión y exclusión son (Arenas Domínguez, Bermudo Albalá, López Medel, Martín Pozas y Tirado Rodríguez, 2003: 13-14):

<b>Criterios de admisión</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se atenderá todo tipo de adicciones.</li> <li>▪ Todas las Comunidades ofertarán el tratamiento completo que requiera el usuario (Desintoxicación, Deshabitación, Tratamiento con Metadona, etc.) teniendo en cuenta las indicaciones del equipo terapéutico del Centro de Tratamiento Ambulatorio (CTA).</li> <li>▪ No habrá limitación en la edad del usuario siempre y cuando pueda incluirse en la dinámica de la C.T.</li> <li>▪ Se admitirán a todas las personas independientemente del sexo y de la orientación sexual.</li> <li>▪ Manifestar voluntariedad en la realización del tratamiento por parte de los usuarios.</li> <li>▪ Podrán reingresar participantes inmediatamente, tras haber tenido una recaída, en los tres meses siguientes a su salida de comunidad por alta terapéutica. Siempre desde el consenso entre el terapeuta de referencia del Centro de Tratamiento Ambulatorio y el de la C. T.</li> </ul>
<b>Criterios de exclusión</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Padecer enfermedades infecciosas en fase aguda.</li> <li>▪ Presentar minusvalía física que le imposibilite su autonomía.</li> <li>▪ Presentar trastorno psíquico severo que le imposibilite la integración en el programa y la relación con compañeros y equipos.</li> <li>▪ En caso de discrepancia o duda se comunicará al Comisionado para las Drogodependencias para su valoración.</li> </ul>

Fuente: Arenas Domínguez, Bermudo Albalá, López Medel, Martín Pozas y Tirado Rodríguez, 2003: 13-14.

Los **objetivos específicos** de las tres fases de tratamiento, es decir, de la Acogida, C.T. y Reinserción, son los siguientes:

**Tabla 16: Objetivos específicos de Acogida, Comunidad Terapéutica y Reinserción**

<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	
<b>ACOGIDA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Crear un ambiente en el que el usuario se sienta acogido y favorezca su vinculación al programa.</li> <li>*Lograr el distanciamiento de la cultura de la droga.</li> <li>*Fomento de hábitos de vida saludables y socialmente responsables.</li> <li>*Toma de conciencia de la realidad personal.</li> <li>*Implicar al núcleo familiar como co-terapeuta.</li> </ul>
<b>COMUNIDAD TERAPÉUTICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Favorecer la vinculación e integración en la C.T.</li> <li>*Reforzar hábitos de vida saludable y socialmente responsable.</li> <li>*Lograr que el usuario tome conciencia y se responsabilice de su comportamiento.</li> <li>*Promover la toma de conciencia y la gestión adecuada de sentimientos y emociones.</li> <li>*Fomentar la experiencia e interiorización de valores.</li> <li>*Formar académica o laboralmente a los usuarios.</li> <li>*Potenciar el proceso de resocialización.</li> <li>*Integrar a la familia en el proceso del usuario/a como factor fundamental de una adecuada adaptación socio-familiar.</li> </ul>
<b>REINSERCIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Conseguir la autonomía personal.</li> <li>*Consolidar las capacidades personales.</li> <li>*Consolidar la integración responsable y realista en el sistema familiar.</li> <li>*Fomentar y mantener la red social.</li> <li>*Integrarse en el ámbito formativo/laboral.</li> <li>*Definir un estilo de vida propio de acuerdo a su escala de valores.</li> <li>*Trabajar con la familia el proceso de autonomía personal.</li> </ul>

Fuente: Asociación de Proyecto Hombre, 2004: 231.

Atendiendo al perfil del sujeto se dan una serie de situaciones especiales, como son mujeres embarazadas o con hijos, parejas en tratamiento en comunidad, participantes con indicación de Programa de Tratamiento con Metadona (PTM) que demandan desintoxicación y participantes con patología dual, que requieren una actuación adaptada a sus necesidades. Se llevarán a cabo programas específicos con estas personas, en las Comunidades acomodadas a estos perfiles.

Además de los criterios generales establecidos en los puntos anteriores, en estos casos específicos, sólo se admitirán a los siguientes usuarios: mujeres embarazadas, mujeres con hijos, parejas en tratamiento en comunidad, participantes con indicación de PTM que demandan desintoxicación y participantes con patología dual.

### **5.3.3. Comunidad Terapéutica (C.T.) y reinserción social**

De acuerdo con Cañas Fernández (1996: 145), la llegada a reinserción supone un momento de conmoción y ansiedad para la persona, vivida como un momento de madurez y paso a una existencia de mayor desarrollo. Es una nueva oportunidad para dar un paso más hacia el crecimiento personal que tanto se busca, en condiciones de menor protección y mayor contacto con la realidad. En reinserción hay tres fases de temporales de autocrecimiento: A, B y C. Las tres fases expresan momentos de la reinserción en la realidad, empezando por la superación de los miedos hasta encontrar trabajo remunerado o completar los estudios, tener una autonomía en su vida familiar y profesional, etc.

Según el Proyecto Hombre (P.H.), la **fase de Reinserción**, como fase final del proceso y que concluye con el Alta Terapéutica, se plantean unos objetivos acumulativos, que deberán plasmarse en la autorrealización personal de los usuarios y su integración autónoma en los ámbitos familiar, social y laboral (Deben, Fernández, López-Goñi, Illescas, y Santos, 2004: 207-221).

Los **objetivos específicos** de esta fase son, en primer lugar, conseguir la *autonomía personal*, es decir, respetar el Programa de Tratamiento, respetar las relaciones afectivas (familia, pareja, amigos, etc.) y enseñar respeto a conductas adictivas (juego, sustancias, etc.). En el caso del alcohol, el usuario deberá tomar una decisión en relación al mismo, coherente con su historia personal y su nuevo estilo de vida.

En esta última fase, las habilidades que se han ido recuperando a lo largo del proceso deberán alcanzar un nivel óptimo para la inserción plena de la persona, en todos los ámbitos de intervención: autocontrol emocional y cognitivo-conductual. Tienen que adoptar hábitos de vida saludables y tener la adecuada satisfacción personal.

En el momento final del proceso, el usuario deberá estar integrado en su sistema familiar, disponiendo de los recursos necesarios para comportarse de forma responsable según su realidad familiar, negociando sus límites con los restantes miembros del sistema familiar y habiendo asumido cualquiera que sean las circunstancias de su realidad familiar (ídem, 2004: 207-221).

Otro de los puntos básicos, necesarios para la plena reinserción de la persona, es la *integración formativa y laboral*. Esta se deberá garantizar a través de actividades de orientación formativo-laboral, así como del desarrollo supervisado de una práctica laboral adecuada a su perfil, sus necesidades, responsabilidades y derechos. Asimismo, el desarrollo de las relaciones interpersonales en el ámbito laboral, y el comportamiento en el puesto desempeñado, deberá estar basado en el respeto y la cooperación (ídem, 2004).

Al final de todo el proceso (Cañas Fernández, 1996: 151), unos seis u ocho meses después de acabar la etapa de reinserción, se obtiene la graduación. La graduación, es decir, la alta terapéutica definitiva, se vive como en una fiesta, con gran alegría.

#### **5.4. La Comunidad Terapéutica (C.T.) y la familia**

De acuerdo con García Pastor, Josa Lázaro y Montesa Lou (2010: 223-224), para entender al individuo y su funcionamiento hay que hacer alusión a la familia de origen. La familia está considerada como el grupo básico de la sociedad, institución que encontramos en todas culturas y sus cambios están interrelacionados con los cambios de la sociedad. Hasta el momento ninguna otra institución humana y social ha logrado suplir su funcionamiento, especialmente en la satisfacción de las necesidades biológicas y afectivas de las personas.

Por eso es importante entender la influencia que tiene la familia en la persona drogodependiente, antes y después del tratamiento y cómo puede servir de ayuda para evitar las situaciones y/o factores de riesgo y la recaída.

Entrando la persona en tratamiento, desde que el hijo se ingresa en la Acogida, los padres están obligados a seguir un programa específicamente preparado para ellos: la implicación de la familia en el proceso de crecimiento del joven es considerada como un elemento de enorme importancia, que el hijo aprecia como prueba de colaboración y solidaridad y que les depara la ocasión de reconsiderar el contexto de la familia con sus relaciones intensas y sus comportamientos (Picchi, 1995: 36-37). A partir de ahora el equilibrio familiar llevará al individuo a comunicaciones sinceras, a conocerse, aceptarse y amarse tal como uno es.

#### ***5.4.1. Problemas en la familia***

Se ha comprobado en los estudios publicados que el abuso de la droga tiene relación con padres preocupados en exceso y super-protectores de sus hijos y con padres alejados y despreocupados de ellos (Kooyman, 1996: 111). Las relaciones entre los padres y sus hijos tienen mucha importancia.

De acuerdo con el mismo autor (ídem, 1996: 111-112), muchos padres de adictos a la heroína tienen un problema de alcohol en al menos un 80% de los casos. También, una gran parte de los adictos han experimentado la separación o muerte de uno de los progenitores, principalmente del padre, antes de que tuvieran 16 años. Son conocidas las experiencias traumáticas frecuentes en familias con hijos adictos, incluyendo experiencias de violencia, falta de respeto a los hijos, incestos, suicidios, reclusiones psiquiátricas o salida de las casas de sus padres.

Estudios han demostrado que los hijos de alcohólicos muestran peores notas escolares y en tests cognitivos que sus compañeros con familias sin problemas de alcohol. Esto se debe a que en sus casas suele reinar la desorganización y el caos, no hay reglas que cumplir y los límites son muy confusos. También presentan mayor absentismo escolar, más cursos suspendidos, más cambios de escuela, más repeticiones de curso y más necesidad de clases de refuerzo o de atención por parte del psicólogo escolar. Sin embargo, no todos los hijos de alcohólicos tienen problemas en la escuela. Precisamente, algunos encuentran allí un lugar seguro y una figura de referencia en la que puede confiar y hasta se quedan horas extra después de las clases para no volver a casa tan pronto. Otros se centran en sacar buenas notas y ser estudiantes modelo, con la ilusión de poder salvar a su familia del desastre (Díaz, 2004).

De acuerdo con Carcelén, Senabre, Morales y Romero (2010: 94), el consumo por parte de los padres es uno de los factores que influye de manera importante en el de los hijos (factor de riesgo). Por tanto, es importante que los padres tengan una actitud negativa firme hacia las drogas.

Como correctamente destaca Vielva (2001: 29), determinadas características y mecanismos familiares disuaden o promueven el consumo o abuso de drogas por parte de los adolescentes. Entre estas características cabe señalar los siguientes:

- La falta de cercanía y afecto entre padres e hijos. El/la joven busca en otros grupos esta satisfacción, como es por ejemplo, el consumo de sustancias, para ser aceptado.
- El control y supervisión deficientes o muy autoritarios. Se han descrito tradicionalmente tres estilos de manejo familiar: permisivo, autoritario y democrático. Las familias con algún miembro toxicómano tienden a caer en los extremos autoritario o permisivo.
- Alta frecuencia de muertes o separaciones en la infancia y adolescencia.
- La escasa cohesión familiar, a la vez que escasa capacidad para adaptarse a los cambios que van surgiendo fuera y dentro de la familia.
- La alta frecuencia de consumo de drogas legales (tabaco, alcohol, tranquilizantes y estimulantes) por parte de los padres (ídem, 2001: 29-31).

Algunos hijos de alcohólicos sobreviven aparentemente sin grandes dificultades, pero un buen número de ellos desarrollan diferentes patologías, entre las que destacan síntomas depresivos, ansiedad, fobias, déficit de atención, hiperactividad, trastornos escolares, del sueño, del comportamiento, asma y enuresis. Otros presentan síntomas menos llamativos como inmadurez afectiva, perfeccionismo, baja autoestima o dificultades en las relaciones interpersonales. También hay algunos que reciben malos tratos que no se atreven a comentar a nadie por temor a las represalias de los padres.

#### ***5.4.2. Implicación de las familias en los programas***

Pauline Kaufmann fue la primera que trabajó en las C.T. e introdujo la terapia familiar. A los años 70 dio comienzo a los grupos multifamiliares del programa de día de la Phoenix House en Nueva York (Kooyman, 1996: 117).



Muchas C.T. de América y de Europa pusieron en marcha las técnicas de la terapia de familia. Por otra parte, cambió el objetivo de los/las terapeutas de familia en su labor con las familias de adictos/as. Al principio, los/las terapeutas familiares promovieron la terapia familiar como una alternativa a la terapia residencial. Más tarde, en un número de casos cada vez mayor, conseguían ayudar a la familia haciendo que el adicto fuese admitido en una C.T. Así, la familia permitía al adicto que dejara su casa (ídem, 1996: 118).

El trabajo con los padres es importante y delicado y requiere una preparación especial de parte de los monitores o terapeutas. Se trata de ayudar a la familia, considerada como un grupo de personas con su propia historia, para examinar las relaciones interpersonales y las dificultades de comunicación de las que han surgido falsas imágenes, incomprensiones, tensiones, soledad y sufrimiento (Picchi, 1995: 57).

Desde hace unos años se considera la intervención familiar como uno de los factores que más contribuye al éxito de los procesos terapéuticos. Esto no ha sido siempre así, en algunos contextos se ha considerado a la familia como sabotadora de los esfuerzos realizados para ayudar al drogodependiente y en ocasiones incluso se les culpabilizaba de los problemas que sufrían sus hijos (García Pastor, Josa Lázaro, y Montesa Lou, 2010: 236).

Por esta razón, el proceso debe avanzar al mismo ritmo, aunque con modalidades y exigencias distintas. El proceso produce fatiga pero puede representar el momento feliz en que se reconocen, se aceptan y disfrutan de una relación intensa y clara.

#### **5.5. Los Programas de Comunidad de las Asociaciones PATIM, AGIPAD, DIANOVA, KETHEA-ÍTACA Y HOUSE OF METAMORPHOSIS (CASA DE LA METAMORFOSIS)**

En este apartado vamos a presentar unos programas de deshabituación y de tratamiento de drogodependientes, desarrollados por otras asociaciones en España, Europa y Estados Unidos. Lo que pretendemos es presentar algunas características de estos programas que están relacionadas con los factores de protección y de riesgo y la prevención de las recaídas. Hemos elegido los programas de la Asociación PATIM, Asociación AGIPAD (Asociación Guipuzcoana de Investigación y Prevención del Abuso de Drogas) y de la Asociación DIANOVA. La

metodología de estas Asociaciones se presenta en la tabla 20. También demostramos dos a nivel internacional, un programa de Grecia (KETHEA-Ítaca) y otro de los Estados Unidos (House of Metamorphosis).

#### **5.5.1. Programa de la Unidad de Deshabitación Residencial (UDR) “Los Granados”, PATIM.**

La Fundación **PATIM** es una organización no gubernamental sin ánimo de lucro que carece de inclinación ideológica y religiosa, fundada en 1985 y declarada de utilidad pública. La información destacada en este apartado ha sido enviada por la misma Unidad después de un contacto personal con el Centro y con la amable concesión de mandarnos el programa de la Comunidad desarrollado por los/las profesionales (Fundación PATIM, 2010).

El *objetivo general* es normalizar la vida cotidiana de los usuarios mediante estrategias terapéuticas apropiadas, formando y educando en actitudes; desarrollando las habilidades necesarias para hacer frente a situaciones de riesgo, fomentando su posterior incorporación social y previniendo o reduciendo la incidencia o severidad de los problemas asociados a la adicción.

Los *objetivos específicos* son: Contribuir a deshabituarse al drogodependiente mediante estrategias oportunas y dentro del marco de modificación de conductas; educar en hábitos de vida saludable que no incluya el uso de drogas; lograr que los usuarios adquieran actitudes propias para desarrollar una vida normalizada y unas habilidades sociales; fomentar, promocionar y potenciar su autonomía y responsabilidad para su progresiva integración en el ámbito familiar y social, y que impidan la recaída; conseguir que los usuarios afronten conflictos, frustraciones y estados emocionales negativos sin recurrir a drogas; estimular las capacidades de iniciativa y creatividad para mayor autonomía y realización como persona, etc.

PATIM elabora este proyecto, un servicio especializado destinado a personas con problemas de drogodependencias en fase de deshabitación, en programa de tratamiento con metadona y/o en cumplimiento de medidas alternativas al ingreso en prisión.

La C.T. aplica un plan de tratamiento individualizado participativo, activo y positivo, que está basado en las necesidades de la persona, con objetivos a corto y largo plazo y criterios de finalización del tratamiento. Se realiza seguimiento y evaluación continuada de los objetivos planteados inicialmente con cada uno de los miembros, así como el grado de cumplimiento de

los mismos; los objetivos pueden verse modificados según los logros terapéuticos conseguidos. La intervención psicológica más utilizada se hace desde una orientación cognitivo-conductual, no descartando el empleo de otras técnicas que puedan ser utilizadas de acuerdo a las necesidades detectadas en cada participante.

**Tabla 17: Fases de atención en la C.T. PATIM “Los Granados”**

<b>1 Fase: Acogida y Adaptación</b>	<b>2ª Fase: Fase de toma de contacto con el medio habitual e inserción. Fase de toma de contacto con el medio habitual</b>	<b>3ª Fase (opcional): Inserción Sociolaboral</b>
<p>Esta fase de duración aproximada de un mes, tiene como objetivo la integración y, como su propio nombre indica, la adaptación del participante a la vida en comunidad (normativa interna y de convivencia, horarios, actividades,...) así como la evaluación, diagnóstico y elaboración del plan de intervención individual del residente, en el caso en que la adaptación sea satisfactoria. Durante este primer mes de estancia, el individuo no realizará ningún tipo de salida al exterior salvo las absolutamente necesarias y aquellas organizadas por el equipo de la UDR. Tampoco mantendrá ningún tipo de contacto con su familia y/o personas responsables de su tratamiento y seguimiento exterior.</p>	<p>El objetivo de esta segunda etapa, cuya duración aproximada es de 3-4 meses, se centra en la adquisición por parte del residente de una serie de herramientas cognitivas y comportamentales que le permitan un cambio de hábitos favorecedores de la abstinencia y de una vida normalizada. A partir del segundo mes de estancia, comienzan a tener lugar las salidas terapéuticas que le permiten la reconexión con su medio habitual, cuya duración, frecuencia y autonomía se incrementan de forma gradual. Cada salida, planificada con antelación persigue unos objetivos concretos y definidos en común por parte del usuario y el equipo terapéutico que permiten la evaluación de la evolución de la persona.</p>	<p>Durante esta última fase del Programa, cuya duración oscila entre 1 y 2 meses, el participante inicia mediante orientación, asesoramiento socio-ocupacional y técnicas de búsqueda de empleo, su inserción socio-laboral o bien inicia toma de contacto con recursos especializados a los serán derivados tras su alta como continuación de este último objetivo de reinserción (Viviendas Tuteladas, Centros de Día).</p>

Fuente: Fundación PATIM, Unidad de Deshabitación Residencial (2010).

Los criterios acerca de la *duración de la estancia* irán ligados al diagnóstico, problemática del residente, metas individualizadas del tratamiento y procedimiento a aplicar; aunque como norma general el tiempo de estancia en la UDR no debe superar un máximo de seis meses salvo excepciones a valorar en las que existe la posibilidad de ampliar dicha estancia hasta un máximo de **nueve meses**. Se considerará tiempo de estancia el comprendido entre el día del ingreso hasta el alta, sea de la tipología que sea.

Las **actividades por áreas de prestación** son (cfr. Anexo II al final de la tesis): terapia individual, área psicológica, terapia grupal, terapia familiar grupal, área social, área medico-sanitaria, área educativa-ocupacional-deportiva y área socio-laboral (Fundación PATIM, 2010).

### **5.5.2. Programa de la Comunidad de AGIPAD (Asociación Guipuzcoana de Investigación y Prevención del Abuso de Drogas).**

**AGIPAD** es una Asociación Guipuzcoana de utilidad pública y sin ánimo de lucro, creada en 1980 (AGIPAD, 2010).

La asistencia de las personas es individualizada y exige la participación activa de todos: profesionales, participantes, familiares y agentes sociales, en coordinación con los recursos comunitarios según se considere en cada caso. El servicio está orientado a participantes con problemas de drogodependencia (alcoholismo, consumos problemáticos...) que requieren de un alejamiento temporal del medio habitual como parte de un proceso psicoterapéutico-educativo.

El **objetivo general** es, primero, determinar la conveniencia o no del tratamiento y, segundo, que el/la usuario/a consiga un mayor conocimiento de sí mismo, de las causas que han originado y mantenido su drogodependencia, a través de una intervención individual y grupal que posibilite un trabajo educativo y la experiencia emocional correctora, desde la responsabilización y contemplando la inserción social más adecuada a cada caso.

Se trabajan aspectos laborales, formativos y socioculturales, psicopedagógicos, psicoterapéuticos y socioterapéuticos, para adquirir progresivamente responsabilidad y resolver los conflictos interaccionales que se producen a lo largo de todo el proceso, así como la complementación de las intervenciones residenciales con recursos externos al centro. Es el propio grupo, la dinámica y estructuración del mismo, así como el acompañamiento del equipo los que procuran el ámbito idóneo para alcanzar los objetivos a corto, medio y largo plazo.

El tratamiento en la C.T. tiene por lo tanto un carácter residencial, pero abierto al exterior, en contacto con los recursos terapéuticos, de ocio, formativos y laborales del entorno, en los cuales participan los/as participantes durante su periodo de estancia en la comunidad.

Una vez finalizada la fase residencial, el/la usuario/a se incorpora a esta última fase del programa, de carácter ambulatorio, y que tiene una **duración de cuatro a diez meses**. El objetivo de esta fase es proporcionar a cada residente un plan individualizado de inserción en su

medio social, asesorándole en el manejo de nuevas situaciones, capacitación laboral, ocupación del tiempo libre y recursos generales. Se pretende que la persona aprenda a obtener el máximo partido de sus recursos personales y de los existentes en su entorno, potenciando su incorporación social y familiar, previniendo y atendiendo posibles recaídas.

**Tabla 18: Fases de atención en la C.T. de AGIPAD**

1ª Fase: Admisión	2ª Fase: Residencial	3ª Fase: Inserción Social-Seguimiento
Es el primer momento del tratamiento y la fase previa al ingreso en la C.T. Haize-Gain. Se realiza en San Sebastián, con una duración máxima aproximada de 1 a 2 meses. En una <i>primera fase</i> , las salidas se circunscriben fundamentalmente al ámbito familiar.	Dura máximo 9 meses. El tratamiento es intensivo y se realiza en la C.T. Haize-Gain. La fase residencial se compone de dos partes, cuya duración depende de las características particulares de cada caso: una primera de adaptación y, una segunda de progresivo contacto con el medio social del/a usuario/a, participando en un programa de salidas. Una vez pasado el periodo de adaptación, los/as participantes comienzan a participar en un programa de salidas. La <i>segunda fase</i> aborda cuestiones más relacionadas con la vida social, como amigos/as o actividades, para formar poco a poco una identidad como miembro de su comunidad de convivencia.	Dura aproximadamente de 6 a 12 meses. Reinserción en el medio ambulatorio. Durante la <i>tercera fase</i> , se pretende que el tiempo de estancia en la comunidad terapéutica sea menor. El/la usuario/a debe definir paulatinamente un proyecto de vida, desvinculada del anterior rol de toxicómano. Así, se trabaja perfilando aspectos más concretos como la formación, el trabajo, y recursos que faciliten su reinserción social.

Fuente: AGIPAD, 2010.

El trabajo se realiza en sesiones individuales y grupales. Cada sujeto establece un plan de trabajo con el trabajador social, con objetivos vinculados a su incorporación social y compromisos de tratamiento. Se oferta un espacio terapéutico de contención y apoyo en la consecución de un estilo de vida desvinculado de su drogodependencia anterior.

Durante este tiempo, se les apoya en el establecimiento de un estilo de vida más adaptativo en diferentes **áreas de prestación:**

- ✓ **Área Social:** relaciones, actividades de tiempo libre.
- ✓ **Área Familiar:** mejora de las relaciones familiares, responsabilización.
- ✓ **Área Laboral:** formación y apoyo en la búsqueda de empleo.
- ✓ **Área Judicial:** cumplimientos alternativos, suspensión de condena, informes judiciales.
- ✓ **Área Personal:** autoestima, proceso de independización, mantenimiento del no consumo.

Se atienden también en este servicio las demandas realizadas por participantes que finalizaron el tratamiento, y que en momentos concretos solicitan algún tipo de intervención: apoyo en situaciones de crisis o recaídas, enfermedades, y asesoramiento en materia judicial y laboral.

En coordinación con el **Servicio de Intervención Familiar** de AGIPAD, en Haize-Gain se realizan diferentes actividades con los familiares de los/las participantes, de forma continuada durante todo el proceso del tratamiento: Terapia Familiar; grupos de padres y madres, parejas y familiares; grupos multifamiliares, donde participan diversas familias (residentes incluidos); talleres de parentalidad; habilidades para ser buenos padres /madres; sesiones formativas.

### **5.5.3. Programa residencial de la Asociación DIANOVA.**

**DIANOVA** es una ONG internacional, con **estatus consultivo** ante el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas (ECOSOC), que opera en doce países de América y Europa. Desarrolla programas y proyectos innovadores en educación, juventud, prevención y tratamiento de adicciones, así como en áreas de desarrollo socio-comunitario. En España, Dianova desarrolla principalmente **programas educativos y terapéuticos** en favor de personas adictas a drogas y en favor de adolescentes que presentan dificultades de maduración personal y de adaptación social (Asociación Dianova, 2010).

La Asociación *DIANOVA* es un programa residencial para individuos con problemas de adicción/abuso a sustancias tóxicas. La población destinataria del programa es, hombres y mujeres con edades comprendidas entre los 18 y los 45 años aproximadamente, policonsumidores de sustancias tóxicas. Se valoran de forma específica aquellos participantes que presentan una problemática asociada, como: patología dual, núcleos familiares, residentes extranjeros, etc.

El **objetivo general** es:

- Ofrecer un espacio de contención fuera de entorno generador del consumo como apoyo frente al deseo compulsivo de consumir y la consecuente recaída que éste puede y/o suele generar.
- Ayudar al individuo a concienciarse de su problema y motivarlo hacia el fortalecimiento de una identidad no consumidora.

- Trabajar con el residente la conformación de un estilo de vida donde primen sus factores de protección y se minimicen sus factores de riesgo.

El programa terapéutico de la Asociación *DIANOVA*, como lo presentamos a continuación, ha sido enviado por los profesionales para el cumplimiento de los objetivos de este trabajo (ídem, 2010).

**Tabla 19: Fases de atención en la C.T. DIANOVA**

1ª Fase: Acogida	2ª Fase: Consolidación	3ª Fase: Preparación de la salida
Desintoxicación/ Valoración y Diagnóstico/ Normalización/ Adaptación. El tiempo estimado de estancia es un mes.	Proceso terapéutico individualizado. El tiempo estimado de estancia son cuatro meses.	Derivación del caso a otro recurso. El tiempo estimado son dos meses.

Fuente: Asociación Dianova, 2010.

La temporalización del programa son **seis meses**. Según el programa *DIANOVA* el proceso terapéutico sigue las siguientes fases de atención:

▪ Preacogida:

- Tramitación de la Documentación: pruebas médicas, informe psiquiátrico, tratamientos anteriores y/o en curso e información biopsicosocial.
- ✓ Presentación del Programa: proceso terapéutico.
- Recogida de expectativas respecto al tratamiento: del residente y de la entidad derivadora.

▪ Diagnostico y evaluación inicial:

Una vez que el individuo haya realizado su ingreso en el centro, el equipo interdisciplinar prepara un informe que recoge: Evaluación médico-psiquiátrica, psicológica y social, historial del consumo y valoración de la motivación al cambio.

▪ Diseño del Proyecto Terapéutico Individualizado (PTI):

A partir del informe de evaluación, el equipo interdisciplinar diseña el PTI.

- Objetivos a conseguir: por áreas.
- Estrategias para alcanzarlos, temporalización prevista y medios a disposición.

▪ Ejecución del Proyecto Terapéutico Individualizado (PTI):

El Programa Terapéutico cubre las siguientes áreas de intervención:

- Área de salud, de consumo, área de desarrollo personal, área de desarrollo socio-relacional, área familiar y área de ocio y tiempo libre.

Las **áreas de intervención** del programa Residencial de DIANOVA son: Área de Salud; área de consumo; área para el desarrollo personal; área para el desarrollo personal; área Familiar y área de ocio y tiempo libre (cfr. Anexo II al final de la tesis) (ídem, 2010).

El apoyo al participante en la organización de su vuelta al entorno se traduce por la aplicación individual de los aspectos trabajados en el programa de prevención de recaídas. Esta preparación pasa por el aumento paulatino en la frecuencia y temporalización de las salidas al entorno, mediante las cuales el usuario pone en práctica las técnicas y habilidades aprendidas para la gestión del tiempo, la gestión del ocio y tiempo libre, la prevención de los factores de riesgo y la potenciación de sus factores de protección y apoyo. Realizada la evaluación final, el equipo interdisciplinar elabora una propuesta de programa de seguimiento individualizado orientado a consolidar los objetivos terapéuticos alcanzados durante el tratamiento en el centro residencial.

#### **5.5.4. KETHEA-ÍTACA (GRECIA)**

**KETHEA** es la mayor red de rehabilitación y reinserción social en Grecia. Ofrece tratamiento a la gente adicta a todo tipo de sustancias, incluyendo el alcohol, el juego y el Internet. **Ítaca** es la primera C.T. griega, fundada en 1983. Todos los servicios son gratuitos y sin listas de espera. Aparte de la C.T., KETHEA trabaja en la calle y en las cárceles.

El programa tiene un promedio de **doce meses** y la capacidad es de setenta personas. El personal está compuesto por terapeutas cualificados/as, procedentes de las ciencias sociales; también forman parte de este equipo ex participantes del programa que están rehabilitados/as (Asociación KETHEA-Ítaca, 2011).



**Tabla 20: Metodología de los programas de PATIM, AGIPAD y DIANOVA**

Metodología- Programas de tratamiento en España		
Unidad de Deshabitación Residencial “Los Granados”, PATIM	Programa de la Comunidad de AGIPAD	Asociación DIANOVA
<p>La <b>metodología</b> del programa tiene como finalidad la consecución de los objetivos marcados mediante la realización de diversas actividades que incidan directa o indirectamente en las diferentes dimensiones que afectan al individuo. Dichas áreas de intervención son las que vamos a trabajar.</p> <p>Las UDR aplican un plan de tratamiento individualizado participativo, activo y positivo, que está basado en las necesidades del sujeto, con objetivos a corto y largo plazo y criterios de finalización del tratamiento. Se realiza seguimiento y evaluación continuada de los objetivos planteados inicialmente con cada uno de los participantes, así como el grado de cumplimiento de los mismos; los objetivos pueden verse modificados según los logros terapéuticos conseguidos; estos serán evaluables objetivamente y el plan de tratamiento individualizado incluirá un método para medir el progreso y resultados de las intervenciones. La intervención psicológica más utilizada se hace desde una orientación cognitivo-conductual, no descartando el empleo de otras técnicas que puedan ser utilizadas de acuerdo a las necesidades detectadas en cada residente.</p>	<p>La <b>metodología</b> está basada principalmente en el desarrollo por parte del/a usuario/a de una serie de actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Actividades Psicoterapéuticas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Individuales, Grupales y Familiares.</li> </ul> </li> <li>✓ <b>Actividades socio-educativas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ocupacionales, Ocio, Culturales, Formativas y Sociales.</li> </ul> </li> </ul> <p>Se trabajan aspectos laborales, formativos y socioculturales, psico-pedagógicos, psico-terapéuticos y socio-terapéuticos, para adquirir progresivamente responsabilidad y resolver los conflictos interaccionales que se producen a lo largo de todo el proceso, así como la complementación de las intervenciones residenciales con recursos externos al centro. Es el propio grupo, la dinámica y estructuración del mismo, así como el acompañamiento del equipo los que procuran el ámbito idóneo para alcanzar los objetivos a corto, medio y largo plazo.</p>	<p>Los <b>principios metodológicos</b> de Dianova son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Individualización:</b> implica trabajar la dimensión personal-individual: las respuestas terapéuticas han de ser adaptadas a los intereses y necesidades de cada persona teniendo en cuenta las características personales, familiares y sociales.</li> <li>✓ <b>Integralidad:</b> es preciso enfocar el proceso terapéutico de tal manera que aborde la realidad de los consumidores abusivos de sustancias tóxicas a partir de una intervención terapéutica e informativa desde un enfoque biopsicosocial.</li> <li>✓ <b>Flexibilidad/Dinamismo:</b> implica que el recurso aproveche en su intervención terapéutica todos los eventos, incidentes y momentos que acontezcan con el fin de ayudar al residente en el fortalecimiento positivo de su proceso individual de rehabilitación.</li> <li>✓ <b>Motivación:</b> significa crear un espacio propiciador y motivador del cambio.</li> <li>✓ <b>Interdisciplinarietàad:</b> la integralidad en el abordaje de las problemáticas viene garantizada a través de la complementación e intercambio de las diferentes especialidades profesionales con el fin de lograr una acción común.</li> </ul>

Fuente: Fundación PATIM, 2010; AGIPAD, 2010; Asociación DIANOVA, 2010.

Los programas de KETHEA tratan la dependencia y los problemas que lo acompañan, proporcionando asesoramiento y tratamiento de drogas, apoyo a la familia, promocionando la salud y la educación y formación de sus participantes, su reinserción en la sociedad y el mundo laboral. KETHEA es un programa libre de drogas, es decir, no hay sustitutos o medicamentos administrados. También implementa programas de prevención y educación sanitaria en todos los niveles, incluso con grupos de alto riesgo.

El **objetivo general** es la abstinencia completa de las sustancias y la reintegración equitativa de los individuos en la sociedad.

El **objetivo específico** es la abstinencia completa y estable de consumo de drogas, minimizar la delincuencia y construir un nuevo estilo de vida con la integración de la igualdad y la creatividad del individuo en la sociedad. Intentan identificar y abordar todos los factores psicosociales que contribuyen a la creación y mantenimiento de la adicción con el objetivo de alejar el sujeto del círculo vicioso. Para ello, el proceso de tratamiento consiste en mejorar el bienestar individual, interpersonal y el contexto social del sujeto desde una participación activa en todas las actividades (ídem, 2011).

El programa consta de tres fases, etapas de desarrollo personal de sus miembros.

**Tabla 21: Fases de atención en la C.T. KETHEA-Ítaca**

<b>1ª Fase: Centro de Consejería (Acogida)</b>	<b>2ª Fase: Comunidad Terapéutica</b>	<b>3ª Fase: Centro de Rehabilitación Social</b>
Es la primer contacto que tienen los/as interesados/as sobre los procedimientos del programa. Durante esta etapa el personal de la unidad hace hincapié en la motivación de los miembros en el tratamiento y en la mejor preparación posible para entrar en la Comunidad Terapéutica.	Es el tratamiento principal y tiene una duración media de 9 meses. Ofrece un programa diario intenso que se centra en el tratamiento, la educación, la formación laboral, el desarrollo mental, terapia familiar y la integración social de los miembros.	Cualquier persona que ha completado con éxito la fase de la C.T. luego forma parte del Centro de Rehabilitación Social, que es la última etapa de la terapia. El objetivo de esta fase es la integración armoniosa y progresiva de los miembros de la comunidad en la sociedad.

Fuente: Asociación KETHEA-Ítaca, 2011.

Las **intervenciones terapéuticas** de KETHEA son largas y multifacéticas; incluyen servicios de información de reducción de daños, consejería, atención médica, rehabilitación mental, terapia familiar, educativa y formación laboral, apoyo jurídico, reinserción social y laboral.

El **Programa Educativo** de Ítaca se desarrolla en todas las fases de tratamiento. Este programa tiene como *objetivo* desenvolver la creatividad de sus miembros y volver a conectar con el proceso educativo y su orientación y formación profesional, dos áreas importantes para el proceso de tratamiento de los miembros del programa. A lo largo de su estancia los miembros de la comunidad participan en un proceso de aprendizaje continuo a través de actividades creativas con objetivos similares a los de los procedimientos terapéuticos. En este contexto, hay grupos de teatro, de música, literatura, escritura creativa, artes plásticas, deportes, cerámica, etc.

La C.T. Ítaca es un **tratamiento residencial**. Dependiendo del tiempo y los avances en el proceso de tratamiento, los miembros son animados a salir unas horas durante el día o los fines de semana enteros. También existe la posibilidad de recibir visitas en la Comunidad. Los participantes se dividen en equipos de trabajo. Hay equipo de cocina, limpieza, servicios de secretaría, grupo de reparaciones, grupo de gestión, de salud, de jardín, grupo de educación, de deportes, artes, relaciones públicas, etc.

Una vez que concluyen la estancia en la C.T., los miembros forman parte del **Centro de Reinserción Social**, la última etapa del tratamiento. El objetivo es la integración armoniosa y progresiva de los miembros de la comunidad. Durante esta etapa tienen que hacer frente a los problemas reales que les llevó al consumo de drogas y crear condiciones que permitan quedarse lejos de situaciones de riesgo. Durante la tercera fase se da mucha importancia en la formación laboral del sujeto y su rehabilitación, en la creación de relaciones estructuradas con otras personas, se desarrollan actividades creativas que les permite integrarse de manera efectiva en la sociedad, etc. Los miembros se incorporan en el mundo laboral teniendo el apoyo de programas de orientación y de consulta y también se les ofrece la posibilidad de trabajar con contrato en las unidades de producción de Ítaca y litografía, y recibiendo una subvención de la Agencia de Empleo o por el propio organismo de KETHEA.

En noviembre de 2001 se creó el programa de tratamiento especial para **madres dependientes**. Este es el primer programa en Grecia, que permite a las madres dependientes a participar en el proceso de tratamiento a largo plazo y ofrece una solución a la cuestión de la custodia y el cuidado de sus hijos. Las madres asisten a la programación diaria de la Comunidad Terapéutica Ítaca y participan en todas las actividades. El resto del tiempo (tardes, noches y fines de semana) están con sus hijos.

**Tabla 22: Metodología de los programas de KETHEA y CASA DE LA METAMORFOSIS**

<b>KETHEA ÍTACA (GRECIA)</b>	<b>CASA DE LA METAMORFOSIS (E.U.)</b>
La <i>metodología</i> utilizada se basa en el tratamiento de la dependencia y a los problemas que la acompañan, proporcionando asesoramiento y tratamiento de drogas, apoyo a la familia, mejorar la salud y la educación/formación del sujeto, su reinserción en la sociedad y en el mundo laboral. Se basa en procedimientos terapéuticos, grupales e individuales. Tienen como base una suposición de que las drogas son un síntoma de una situación psicosocial y no el de ser un problema principal.	La <i>metodología</i> se basa en la recuperación de los/las toxicómanos/as, la cual se logra a través de los servicios del programa que consisten en la planificación del tratamiento, consejería individual y grupal, etc. Se ofrece formación profesional, trabajo con la familia, grupos de apoyo y programas educativos. La C.T. proporciona servicios psicológicos y clases para los padres de los sujetos a través de los vínculos establecidos. Además, todos los participantes de la Casa reciben clases para la prevención de VIH/SIDA y prevención de drogodependencias en general.

Fuente: Asociación KETHEA-Ítaca, 2011; House of Metamorphosis, 2011.

### **5.5.5. Programa de Tratamiento de Drogas y Alcohol: CASA DE LA METAMORFOSIS<sup>3</sup> (HOUSE OF METAMORPHOSIS).**

La **CASA DE METAMORFOSIS** es un programa residencial de tratamiento de drogas y alcohol en San Diego, California en Estados Unidos. El tratamiento proporciona modificaciones de comportamiento para hombres y mujeres en una C.T. Es uno de los principales centros de tratamiento terapéutico en San Diego, con una capacidad de 64 residentes. Comenzó a funcionar el 7 de diciembre de 1976, en su ubicación actual (House of Metamorphosis, 2011).

El *objetivo general* del programa es la modificación de la conducta de la persona adicta. Se basa en la recuperación de los/las toxicómanos/as, la cual se logra a través de los servicios del programa que consisten en la planificación del tratamiento, consejería individual y grupal, etc. El programa dura **nueve meses** y se divide en **cuatro fases** (tabla 23).

La Casa de la Metamorfosis ofrece a sus residentes, hombres y mujeres, una comunidad terapéutica residencial libre de drogas. Se trata de un programa estructurado que ofrece una estabilidad y un marco para que sus miembros puedan avanzar. Los **servicios de rehabilitación** incluyen: Evaluación integral a la entrada; personal especializado en las drogas y consejero de alcohol; asesoramiento individual y grupal; evaluaciones psiquiátricas; referencias de asesoramiento familiar; equipo de tratamiento; terapia recreativa; servicios de salud mental; trabajo por la terapia de la preparación; habilidades para la vida y plan de formación; apoyo de participantes.

<sup>3</sup> La información sobre el Programa de tratamiento “Metamorfosis” proviene de la página web de dicho programa (<http://www.houseofmetamorphosis.org/>), 2011.

El **programa de rehabilitación** implica tanto el tratamiento didáctico y experimental para los residentes como para sus familiares. La Comunidad de Metamorfosis se compromete a proporcionar servicios de tratamiento para abuso de sustancias a una población diversa. Ofrece educación para el abuso de sustancias, prevención, salud mental, y servicios de tratamiento residencial y otros servicios de apoyo para facilitar a los individuos a reintegrarse en la sociedad como ciudadanos productivos.

El programa de la Casa está bien organizado y estructurado. Cada uno de los residentes recibe por lo menos 25 horas a la semana de tratamiento individual, en grupo, sesiones educativas, de recuperación.

**Tabla 23: Fases de atención del programa de la C.T. de la Casa de Metamorfosis**

1ª Fase: Orientación	2ª Fase: Intermedio	3ª Fase: Zona Gris	4ª Fase: Reingreso
6 a 8 semanas: Inicia con 30 días de “aislamiento” y mientras, pueden tener visitas de la familia.	3 a 4 meses: en este período van ganando privilegios, como por ejemplo, llamar por teléfono, permiso de salida de 8 horas, etc.	2 a 3,5 meses: Preparación para el empleo	2 a 3 meses: El residente puede residir en uno de los Centros de Vivienda de Transición. Debe participar en la atención posterior a fin de solicitar la graduación pública. Se alienta la participación activa y la entrada y le pide que tome buenas decisiones respecto a su tratamiento. El programa tiene como objetivo eliminar las influencias negativas y ayudar al sujeto adaptarse a un estilo de vida libre de drogas y alcohol y desarrollar las habilidades necesarias para sostener su recuperación. Las influencias más negativas se quitan de su entorno, incluyendo la disponibilidad de drogas y alcohol, y cuanto más tiempo tenga para aprender y ajuste, mayor será la probabilidad de su éxito.

Fuente: House of Metamorphosis, 2011.

Una vez que la persona adicta entra en tratamiento, el centro registra la siguiente información: la información demográfica y de identificación, historia social, historia de consumo de drogas y de alcohol, historia de la salud mental, situación jurídica, información financiera, logros profesionales, educación, historia clínica, tratamiento anterior, medicamentos (incluyendo medicamentos psicotrópicos) y autoevaluación.

Observando toda la información ofrecida por cada programa, que en algunas ocasiones es más extensa y en otras más limitada, llegamos a las siguientes **conclusiones**:

Todos los programas tienen los mismos **objetivos**: la recuperación, rehabilitación y reinserción de la persona adicta, el entrenamiento de habilidades sociales con la meta de minimizar los factores de riesgo y aumentar los factores protectores para impedir una recaída, etc. Todos los tratamientos se basan en terapias grupales e individuales educativas, psicológicas, etc. Estos objetivos coinciden con las metas y la filosofía que las C.T. tenían en su comienzo.

De acuerdo con la **metodología** utilizada y las áreas de intervención, observamos que algunos de los programas dan más importancia a la terapia individual (PATIM, DIANOVA), mientras otros se basan más en la terapia grupal (AGIPAD, KETHEA y CASA DE METAMORFOSIS). Desde nuestro punto de vista, lo que precisamente falta en la mayoría de los programas/centros de tratamiento de drogas es una terapia socioeducativa enfocada en la persona. Se hace necesario un tratamiento individualizado, diseñado para cada miembro según su perfil socio-familiar y de consumo para conseguir una abstinencia definitiva y/o prolongada. El modelo socioeducativo, una acción alternativa, puede ser una herramienta eficaz y beneficiosa para la persona y su tratamiento.

Cuatro de los cinco programas presentados constan de tres **fases**: la Acogida, la C.T. y la Reinserción social de la persona. Al contrario, uno de los programas, y concretamente “La Casa de Metamorfosis”, presenta una diferencia: tiene una cuarta fase, llamada “Reingreso” donde el centro ofrece un seguimiento a la persona para eliminar influencias negativas y problemas que le pueden ir surgiendo durante su reinserción social y laboral. Este es un punto muy importante porque mucha de la gente adicta no cuenta con apoyo sociofamiliar y puede ser un factor de riesgo. El apoyo ofrecido por los terapeutas después de la finalización de su tratamiento influye como factor protector y la posibilidad de una recaída se disminuye.

Todos los programas dan mucha importancia al papel que juega la **familia** y ofrecen grupos específicos con los familiares para mejorar las relaciones entre ellos. La familia puede ser un factor protector muy importante pero a la vez un factor de riesgo (padres consumidores, etc.).

Otra diferencia es la oportunidad que da KETHEA-Ítaca a sus miembros para salir unas horas al día del centro durante la semana y recibir visitas dentro de la Comunidad. Esta medida puede funcionar como una motivación para los/las participantes. El hecho de tener la oportunidad de relacionarse con más gente fuera del centro de tratamiento ayuda a la motivación que siente la persona para conseguir un cambio en su vida.

Se presta mucha importancia en casi todos los programas a la formación profesional/laboral de la persona para su reintegración sociolaboral. Igual, en la educación de la salud, en el ocio y tiempo libre, en la prevención de recaídas, etc., áreas importantes para cambiar el estilo de vida de la persona y minimizar todas las situaciones de alto riesgo que le pueden llevar a una recaída.

A continuación presentaremos el programa de Comunidad de Proyecto Hombre en Granada con el propósito de ver dónde se diferencia en relación con los programas expuestos. Nuestra meta es proponer más adelante unas líneas de intervención para su mejora, basadas en el modelo socioeducativo, teniendo como puntos de referencia los factores de protección y de riesgo y la prevención de recaídas.





## 6. EL PROGRAMA DE COMUNIDAD DE PROYECTO HOMBRE, ESPAÑA

---

Proyecto Hombre (P.H.) nace como respuesta a un contexto muy particular: la España de los años 80. Un período en el que, repentinamente, se despierta una fuerte alarma social, sanitaria y judicial respecto a las drogas. La aparición de P.H. está motivada por la necesidad de dar respuesta a esta situación desde una Organización No Gubernamental (ONG).

Como en España no existen proyectos consolidados, las alternativas se buscan en las experiencias de profesionales y organizaciones de otros países que intentan ofrecer una solución global al fenómeno de las drogas y la marginación. En este sentido, se buscan experiencias validadas internacionalmente y las encuentran en la Fundación Italiana CeIs P.H. (1971) que recupera las experiencias de Maxwell Jones y Daytop (1946, Estados Unidos)<sup>4</sup>.

Tras adaptar la metodología a la realidad española, en 1984 nace el primer centro de P.H. en Madrid. A partir de este momento se crean otros centros en distintas Comunidades Autónomas, cuyos presidentes se asocian en 1989 para garantizar una metodología y filosofía comunes que preserven la identidad de P.H. y la calidad de la intervención: así nace la Asociación P.H. (Asociación P.H. 2010).

La Asociación de P.H. es un programa educativo-terapéutico para el tratamiento y prevención de las dependencias que empezó en España en 1984 y trabaja tres aspectos fundamentales:

- La prevención del consumo de drogas.
- La rehabilitación.
- La reinserción del drogodependiente en todas las áreas de la sociedad.

La Asociación P.H. está integrada por 26 centros, en un total de 15 Comunidades Autónomas de toda España, que atienden cada año a más de 13.000 drogodependientes (Menéndez Gómez y

---

<sup>4</sup> Información derivada de la página web de la *Asociación Proyecto Hombre* [http://proyectohombre.es/index.php?option=com\\_frontpage&Itemid=1](http://proyectohombre.es/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1), 2010.

Yubero Fernández, 2008: 349). Cada centro se gestiona de manera autónoma y comparte con los demás el método terapéutico y la misma filosofía.

Para garantizar la calidad de sus profesionales, P.H. dispone a nivel nacional de una Escuela donde sus trabajadores reciben formación básica y continua, pudiendo acceder a un título universitario de “Experto en Drogas” de la Universidad Complutense. Así mismo, dicha Escuela ofrece cursos abiertos a todas las personas interesadas en el tema de las dependencias.

El incremento de consumos a edades cada vez más tempranas constituye el detonante para la puesta en marcha de programas de prevención donde la familia actúa como agente preventivo y participa junto a profesores y profesionales de P.H.

Para entender la labor de P.H. es necesario partir de su concepto de persona inspirado en la filosofía humanista: la drogadicción es el síntoma de un problema que reside en la persona. Esta perspectiva, la convierte en el centro de todo el proceso, y su situación debe ser abordada desde las distintas vertientes de cada ser humano.

Los principios básicos de P.H. son:

- Respeto incondicional a toda persona, sea cual sea su condición.
- Solidaridad con los más desfavorecidos.
- Programa educativo-terapéutico.
- Aceptación voluntaria del proceso terapéutico.
- Programa abierto a todas las personas con problemas de adicción y sus familias.
- Rechazo de toda forma de violencia que altere las condiciones de tratamiento y convivencia.
- Apartidista y sin fines lucrativos (Fundación Ángaro-P.H. Jaén 2012).

La metodología que propone el P.H. es un modelo de rehabilitación e integración social plena donde la clave del proceso está en identificar el problema existencial y trabajarlo desde un marco terapéutico-educativo. El objetivo consiste en que la persona recupere su autonomía, su sentido de la responsabilidad, y su capacidad para tomar decisiones y volver a ser un miembro activo de la sociedad (ídem, 2012).

Su metodología integra elementos clave de la psicología humanista, sistémica, cognitiva conductual y logoterapéutica entre otros. Su línea terapéutica promueve la dinámica de autoayuda como medio para facilitar un cambio de vida.

Uno de los pilares básicos de P.H. es el trabajo conjunto con las familias, o con personas cercanas a los residentes que realizan la función de familia sustitutoria.

En los últimos años, P.H. ha impulsado sus relaciones internacionales tejiendo su experiencia con la de otras organizaciones. El deseo de cooperar, compartir experiencias y fomentar la solidaridad con la labor desempeñada en otros países han sido las razones fundamentales para su vinculación internacional como miembro de las siguientes organizaciones:

- **Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas (WFTC):** P.H. es miembro directivo de la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas. La Asociación P.H. organizó en abril de 2004 el XXII Congreso Mundial de Comunidades Terapéuticas que se celebró en Palma de Mallorca.
- **Red Iberoamericana de ONG que trabajan en drogodependencias (RIOD):** La única red que reúne a 59 ONGs dedicadas al tratamiento y prevención de toxicomanías en España y América Latina. Una estimación refleja que, entre todas ellas, se dirigen a más de 3 millones de personas en el mundo. Dos entidades institucionales, PNSD (Plan Nacional sobre Drogas) y CICAD-OEA (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas) AECI (Agencia Española de Cooperación Internacional) han apoyado decididamente esta idea.
- **Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas (FLACT):** La FLACT se consolida en 20 países con más de 500 programas afiliados. P.H. tiene con esta entidad un acuerdo de colaboración en el ámbito de la formación, por el cual se compromete a dar cursos y seminarios a sus profesionales y que éstos puedan realizar sus pasantías (prácticas profesionales) en los centros de P.H. Por otro lado, la FLACT ha suscrito a todos sus socios a la revista P.H. por valorar su contenido formativo para los profesionales que trabajan en el ámbito de las drogodependencias.
- **European Network on Addictions (ENA):** P.H. también forma parte de una red que reúne a los profesionales de P.H. en Italia, Portugal y España, y a la organización griega KETHEA. Los objetivos de E.N.A. se centran en intercambiar experiencias y establecer

una estrategia de acción conjunta en ámbitos como la investigación, la formación y la evaluación de resultados. En 2002 P.H. pasó a formar parte de esta red de ámbito europeo formada por 25 países y que representa a más de 40 organizaciones que están en sintonía con la filosofía de P.H. (Asociación de Proyecto Hombre, 2011).

La **Confederación de Entidades para la atención a las Adicciones** es, desde el año 1998, un punto de encuentro para Fundaciones de distintas Comunidades Autónomas que intervienen en el ámbito de las adicciones, conscientes de la necesidad de coordinar su trabajo. Algunas de estas Fundaciones comenzaron su andadura en el ámbito de las toxicomanías hace más de veinte años, con la puesta en marcha en sus territorios de programas “Proyecto Hombre” basados en la metodología del “Progetto Uomo” de Roma (Confederación de Entidades para la atención a las Adicciones, 2011a).

La **Confederación de entidades para la Atención a las Adicciones** es una entidad sin ánimo de lucro, que trata de **potenciar** y **coordinar** la labor de las personas jurídicas asociadas, así como **representar** a las mismas en su relación con las Administraciones para una mejor consecución de sus fines propios de prevención y lucha contra las adicciones.

Los **fin**es y **objetivos** de la Confederación son:

- Potenciar y coordinar la labor de las personas jurídicas asociadas, titulares y promotoras de Centros en los que se inspira como marco de referencia filosófico-ético-pedagógico el de “Progetto Uomo” para una mejor consecución de sus fines propios de prevención y lucha contra las adicciones.
- Representar a los entes asociados en su relación con las Administraciones Públicas para una mejor consecución de sus objetivos, sin detrimento de la autonomía y libertad de todos ellos.

La cultura organizativa y el trabajo desarrollado desde las entidades que componen la Confederación se apoya en los siguientes principios:

1. Respeto a la **dignidad** y a la **capacidad de decisión** de las personas.
2. Valor de la **solidaridad** entendida como compromiso con las personas más vulnerables.
3. Promoción de una **intervención integral**.

4. Garantía de la **universalidad de la atención**.
5. Coordinación, **colaboración y trabajo en red** con los distintos recursos sociales comunitarios.
6. **Ausencia de ánimo de lucro y transparencia** en la gestión.

El objetivo de la Confederación es servir de **foro de intercambio y fortalecimiento** para las entidades asociadas, con la perspectiva de que el trabajo conjunto mejorará los resultados sociales de la intervención. Desde su constitución, la Confederación ha desempeñado un **papel clave en el desarrollo de muchas de las fundaciones asociadas**, sirviendo de espacio de contraste y aportando referentes externos que han contribuido al fortalecimiento institucional de sus miembros (ídem, 2011a).

Dentro de las líneas de trabajo que desarrolla anualmente la Confederación, cabe destacar:

1. Representación institucional y participación en redes.
2. Grupos de trabajo e intercambio de buenas prácticas.
3. Plan de formación conjunto.
4. Publicaciones institucionales y sensibilización.
5. Asesoramiento técnico y elaboración de proyectos de actuación compartidos.

A lo largo del año 2010 ha atendido a 10.856 usuarios y sus familias en las diferentes Fundaciones que integran la Confederación, que se encuentra repartida en 6 Comunidades Autónomas: Catalana, Vasca, Castellano-Leonesa, Extremeña, Aragonesa y Valenciana (ídem, 2011a; Confederación de Entidades para la Atención a las Adicciones, 2011b: 3).

### **6.1. Fases del programa de Proyecto Hombre**

El programa base de P.H. se constituye en tres fases independientes (Picchi, 1995; Asociación de P.H. Granada, 2006):

#### **1ª Fase: Centro de Tratamiento Ambulatorio (Acogida):**

En un ambiente cálido y de encuentro, se pretende, como principal finalidad, el atender la primera demanda de ayuda del drogodependiente para iniciar un proceso de motivación para un

cambio personal. Se presta una especial atención a la familia, que es parte importante en todo el proceso. Los participantes acuden al centro por la mañana de 8:30 a 13:30 horas. Los objetivos específicos son:

- La toma gradual de distancia con la droga y el mundo que la rodea.
- Favorecer un proceso de motivación y de cambio, creando para este propósito un clima adecuado.
- Trabajar el aspecto comportamental de la persona, incidiendo en la recuperación de la responsabilidad personal.
- Potenciar la relación familiar creando vías de comunicación entre sus miembros.

Cuando la persona entra en el programa, tiene una relación muy cercana con la droga. Esta adicción le permite un cierto equilibrio existencial, pero que es síntoma de un sufrimiento no resuelto y sin salida, y que amenaza de un momento a otro con transformarse en dependencia devastadora.

La admisión y la asistencia a la Acogida conllevan la aceptación de unas normas precisas. Las primeras pautas a cumplir son: ninguna droga o fármaco, ninguna lenta e indulgente deshabituación, ninguna complacencia con el mito de la droga y afrontar la propia realidad para remontarse a las motivaciones verdaderas del recurso a la droga (ídem, 1995: 27-28; ídem, 2006).

Al principio se realizan unas entrevistas con los monitores y se define la metodología del trabajo común. A él o a ella, se le ofrece una ocasión, tal vez única, de volver a descubrirse a sí mismo y la posibilidad de alcanzar unos horizontes nuevos de conocimiento de la vida. Este objetivo se consigue mediante la ayuda y la solidaridad de compañeros con destinos análogos al suyo y de trabajadores que, por ser a menudo ex-drogadictos, son un punto de referencia y un testimonio vivo de que se puede salir del marasmo de la droga.

Los/las participantes tienen que cumplir con las siguientes normas: abstinencia de drogas, medicinas y alcohol; interrupción de todos los contactos, incluso telefónicos, con personas y lugares vinculados al uso de la droga; puntualidad y sinceridad.

El primero de los grupos en Acogida se denomina “*Orientación*”. En esta etapa, el residente, todavía le acompañan las actitudes de la droga. La persona debe renunciar a la manipulación de

la realidad, reconocer honradamente los propios sentimientos y recordar su propia historia sin la perspectiva del victimismo.

Son momentos dolorosos. Para él o para ella la evidencia de la propia fragilidad, frente a la seriedad del compromiso aceptado, hace que el miedo crezca. Lo que parecía antes una conquista se revela como un camino largo y fatigoso, reapareciendo el instinto de evadirse con la droga. La persona puede hablar en el grupo de sus miedos y de sus cobardías, mientras que del grupo le llega un apoyo muy importante cargado de solidaridad, identificación y pertenencia.

El segundo grupo se denomina “*Pre-Comunidad*”. En esta etapa se evalúa el nivel de madurez alcanzado y la modalidad de las sucesivas fases del tratamiento. Ahora el sujeto puede intentar un análisis profundo de su estado y de sus relaciones con los demás. Aprende a “sentir” y a entender los sentimientos, a analizarlos y a controlarlos (ídem, 1995: 30).

El afectado está acostumbrado a responder instintivamente a las emociones que lo golpean (alegría, dolor, desengaño, rabia, temor, vergüenza), reaccionando visceralmente a los estímulos, a menudo con violencia. O bien, encerrando en sí mismo los sentimientos desagradables. En este caso, éstos fermentan dentro de él, convirtiéndose en sentimientos de culpa, rencor, agresividad que con el tiempo pueden hacerse inaguantables. Estos sentimientos son los que motivan el juicio moralizante que se merece de sí mismo: se siente una persona despreciable, moral y socialmente acabada, perdida sin remedio: su tendencia a la autodestrucción es también signo de una voluntad autopunitiva (ídem, 1995: 30-31).

La distinción entre la percepción instintiva de los sentimientos y el control racional de los mismos es señal de un contacto auténtico de la persona consigo misma. La convicción de “funcionar” mejor confiere un sentido de liberación, de mayor dignidad y hace que parezca más concreta la posibilidad de curación.

La **Acogida** es un prolongado momento de preparación. Tiene importancia como lugar de selección y de maduración, verdadero momento terapéutico, capaz de abreviar el tiempo de tratamiento y, en ciertos casos, de garantizar una conciencia y una estabilidad suficientes para que el sujeto continúe en solitario su itinerario personal.

Muchas de estas personas llegan a sentir que sólo un largo período de aislamiento del ambiente familiar y de las distracciones de la vida normal puede ayudarles a reestructurar su

personalidad y restituirles la capacidad de una vida autónoma y sana. Los afectados perciben la C.T. como una ocasión de emplear todas sus energías en una experiencia intensa.

## **2ª Fase: Comunidad Terapéutica**

La C.T. tiene unas normas muy precisas. El residente debe aceptarlas y por tanto limitan su libertad y circunscriben su radio de actividad. Los objetivos terapéuticos son concentrar la atención y las fuerzas vitales de cada uno hacia un crecimiento consciente y responsable, mediante la socialización, el trabajo y la confrontación (ídem, 1995: 33).

Para ser aceptado debe superar la “entrevista”, es decir, ser capaz de expresar a los representantes de la Comunidad que tiene delante, su extrema necesidad de ser ayudado. Al ser aceptado, siente que ha llegado a un puerto seguro donde dejar de escapar y empieza a construir. La disciplina lo contiene y lo sostiene, porque está impregnada por el sentido de solidaridad y participación.

Se pretende identificar el trabajo y el proceso de crecimiento de los residentes. Estos sienten que el trabajo refleja como un espejo su compromiso y también las dificultades, las inercias, las hipocresías y las resistencias que hay que cambiar. Si decae el nivel de esfuerzo común, se introduce una sensación de insatisfacción, de culpa, de desilusión, que vuelve a sacar a flote el miedo siempre latente: miedo a reincidir en las actitudes de otros tiempos, a reconocerse sin motivaciones, a tener necesidad de la droga para no sentir la desesperación de un fracaso (ídem, 1995: 34-35).

El medio terapéutico más original y eficaz del programa es la “confrontación”. Ésta funciona en todo momento de la convivencia, pero sobre todo en los “grupos de encuentro” que con diversas modalidades ocupan muchas horas del programa diario de la C.T. En el grupo de encuentro es ayudado a superar no sólo la inhibición debida a la timidez y a la vergüenza, sino también sus defensas personales, las excusas y coartadas que busca para justificar sus hechos. La tensión dialéctica y emotiva del grupo, entre personas que buscan la claridad dentro de sí, estimula y obliga a la sinceridad; nunca había ocurrido que se diese nombre a los sentimientos más ocultos, ésos que nadie conoce, pero que actúan como una carcoma destructora (ídem, 1995).



El medio terapéutico tiene como objetivo fundamental crear un clima adecuado en un periodo de convivencia, en régimen de internado, con autogestión por parte de los propios residentes, para que la persona pueda llegar a un grado de conocimiento apropiado de sí mismo y pueda responder a la pregunta de por qué ha consumido drogas, realizando los cambios necesarios para romper con un estilo de vida adictivo. Los objetivos específicos son:

- Realizar un proceso de autoconocimiento y cambio personal.
- Aprender a gestionar los sentimientos, a través del autoconocimiento.
- Trabajar en el análisis de conflictos presentes y pasados que permita asumir la propia historia personal y familiar.

### **3ª Fase: Centro de Día para la Reinserción:**

Esta fase supone la verificación de los objetivos logrados hasta el momento y un espacio más de crecimiento y desarrollo personal en condiciones de menor protección y mayor contacto con el mundo exterior. Supone la plena integración familiar, social, laboral y tiempo libre. Al acabar esta fase, se obtiene el alta terapéutica. Los/las participantes acuden al centro en horas convenientes, (preferentemente por la tarde). Los objetivos específicos son:

- Cambio existencial. Establecimiento de un proyecto personal válido para mantener el cambio conseguido.
- Reinserción sociolaboral.
- Normalizar la integración en la sociedad.

## **6.2. Objetivos por áreas**

El objetivo principal de la C.T. es el conocimiento y crecimiento personal de los residentes, considerando el conocimiento como la toma de contacto con los propios recursos personales, recuperación de la imagen real y positiva de sí mismo y el reencuentro de la propia identidad. El hecho de conocer los propios recursos implica también el conocimiento de las limitaciones personales y la aceptación de su realidad.

Otros objetivos relacionados con el ámbito educativo en la Comunidad son, según el área, los siguientes (Picchi, 1995):

En el **Área del Comportamiento** el objetivo es que la persona se integre en la dinámica de la Comunidad, mediante el respeto de los horarios y las normas propias de dicha convivencia. A través de la puesta en evidencia de los comportamientos no adecuados, tiene que aprender a ser coherente entre lo que dice y lo que hace. Se fomentará el respeto a sí mismo y a los demás de tal forma que sepan expresar correctamente sus opiniones respecto a los demás. Será en esta área donde se harán observables cambios en esferas más íntimas. Además se pretende reforzar hábitos de vidas saludables y socialmente responsables, facilitando el solicitar ayudas económicas a los que las necesiten. Se pretende aumentar el nivel de responsabilidad personal en el autocuidado y prevención de enfermedades, aumentar el nivel de responsabilidad en el trabajo y una adecuada gestión del dinero y del tiempo libre, así como adquirir nuevas habilidades sociales.

En el **Área Afectiva** se procurará conseguir el reconocimiento y aceptación de sus sentimientos, a reconocer y aceptar los sentimientos en el momento que se produzcan y aprender a manejar tanto los sentimientos placenteros como desagradables. El trabajo en esta área influye directamente en su capacidad para relacionarse de una forma clara y estable. En este punto se pretende realizar un trabajo específico de género (tanto con mujeres como con hombres), para conseguir de esta forma la independencia afectiva del sujeto, además de identificar y superar las dificultades afectivo-sexuales (complejos, mecanismos de defensa...). Asimismo, se pretende fomentar la interrelación personal y la capacidad empática del residente, conocer y comprender el propio mundo afectivo y sexual así como mejorar la autoestima y el autoconocimiento del residente.

En el **Área Cognitiva** se pretende la profundización en el historial vital de cada individuo, que le permita determinar de qué forma sus dificultades están condicionadas por sus experiencias pasadas, asumiendo las consecuencias de sus comportamientos en el pasado y en el presente y tome conciencia de sus posibilidades de cambio. Además, se fomentará un cambio en la manera de procesar la información por parte del residente.

Se procurará, asimismo, que el residente tome conciencia y se responsabilice de su comportamiento, identificando, afrontando y dando respuesta a las diferentes situaciones que se presenten.

En el **Área Decisional** el sujeto experimenta una escala de valores. El cambio que se produce supone la toma de conciencia de que puede crecer personalmente preocupándose por el proceso

de los demás. Sus intereses van más allá de él mismo. Se pretende conseguir que cada residente tenga una escala de valores propia y tome sus propias decisiones acorde con dicha escala, además de que sepa analizar las ventajas y los inconvenientes de cada decisión. Habrá que fomentar especialmente la vivencia de los siguientes valores: esfuerzo, exigencia, constancia, humildad, tolerancia, solidaridad, cooperación, sinceridad, respeto, paciencia, amor responsable, etc.

**Tabla 24: Objetivos por áreas en la C.T. de Proyecto Hombre**

Área Comportamental	Área Afectiva	Área Cognitiva	Área Decisional
Las actividades propuestas para alcanzar los objetivos en esta área son: 1. Entrevista y contrato terapéutico. 2. Confrontación. 3. Programaciones de fin de semana. 4. Trabajo de sectores. 5. Responsabilidades personales. 6. Reclamo personal. 7. Cambio de dirección. 8. Experiencia educativa. 9. Encuentro.	Las actividades propuestas son: 1. Expresión emocional (cajón de sentimientos). 2. Terapia racional-emotiva (grupos históricos). 3. Proceso de nueva identidad (grupos dinámicos o de sentimientos). 4. Taller de Habilidades Emocionales. 5. Identificación de emociones.	Las actividades propuestas son: 1. Coloquios personales/ Entrevista motivacional. 2. Registros y feedback. 3. Dinámicas/ Grupos extensos/ Grupos de conocimiento. 4. Grupos Históricos. 5. Grupos Temáticos. 6. Grupos de Autoevaluación. 7. Grupos Sonda. 8. Grupos de Abandono y Recaída. 9. Grupos de Autoayuda.	Las actividades propuestas son: 1. Seminarios. 2. Grupos de autoayuda. 3. Responsabilidades personales. 4. Talleres. 5. Itinerario terapéutico. 6. Elaboración de un proyecto de vida personal. 7. Pasar cuestionario de valores.

Fuente: Picchi, 1995.

Además de estos objetivos, se pretende establecer y sentar las bases de la re-socialización de los residentes, planteando el cumplimiento de determinados objetivos y contrastando su puesta en marcha. Se afianzará el alejamiento del residente de la cultura de la droga, favoreciendo que estructure y organice su tiempo libre y su ocio. Se complementará con un módulo de Habilidades Sociales en los que se capacitará al residente para enfrentarse a su entorno social, sirviendo la comunidad como instrumento verificador. Se prestará especial atención al ocio y tiempo libre como elemento re-socializador, mediante talleres y actividades continuas. Con el fin de re-socializar, se fomentarán las salidas de la Comunidad con el fin de favorecer una gradual desconexión. También, en la Comunidad se realizan otro tipo de talleres educativos como los talleres de salud y sexualidad.

De acuerdo con Picchi (1995), las dinámicas de trabajo en la comunidad de P.H. son las siguientes: el encuentro, la autoayuda, el grupo de sentimientos, el extenso, el histórico/estático, los temáticos, las sondas, la programación, el autoevaluativo, de abandono y recaída, de mujeres y el taller de habilidades sociales y habilidades emocionales. En la tabla 25 se describe cada una según Picchi (ídem, 1995).

**Tabla 25: Las dinámicas del trabajo en la C.T. de Proyecto Hombre**

<p><b>-Encuentro:</b> Es el instrumento más importante en una C.T. En este instrumento se concreta al máximo el concepto de C.T. como un gran grupo de autoayuda, donde todos sus miembros son corresponsables de la marcha del grupo. Es el espacio de tiempo en el que se reúnen todos los miembros de la Comunidad para analizar el funcionamiento de la casa, hacer un análisis del comportamiento presente de los residentes, con la finalidad de identificar conductas inadecuadas o enriquecedoras que favorecen o impiden un buen ambiente comunitario, así como ir mejorando aquello que impida alcanzar los fines de la Comunidad misma. Es un momento de motivación y para decidir la línea común de trabajo personal y comunitario a seguir durante todo el día. Consta de dos partes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Análisis del estado de la casa. Se tratan temas terapéuticos relativos a los residentes de C.T.</li> <li>2. Aspectos organizativos, anuncios y comunicaciones que se consideran pertinentes. Se reflexiona sobre la línea de la semana.</li> </ol> <p>Se termina el encuentro con alguna actividad lúdica en común que alguien previamente ha preparado (2as partes).</p>
<p><b>-Autoayuda:</b> Grupo de autoayuda será aquel en que un residente analiza una dificultad personal, tanto dentro como fuera de la Comunidad. En un grupo de Autoayuda se seguirá la secuencia Pensamiento-Sentimiento-Comportamiento, siendo tan importante dicho análisis como la expresión emocional.</p>
<p><b>-Grupo de Sentimientos:</b> Se identifican, analizan y expresan los sentimientos de cada persona en una situación concreta. El objetivo prioritario es identificar los sentimientos, siendo la expresión importante, pero no obligatoria. No se deben forzar las expresiones para evitar la deformación y el maniqueísmo.</p>
<p><b>-Extenso:</b> Maratón de dinámicas destinado a establecer líneas de trabajo en grupos históricos y mejorar el conocimiento entre miembros del grupo. De estos grupos se sacarán los históricos.</p>
<p><b>-Histórico/Estático:</b> Estático se refiere a que el grupo de referencia es el mismo. Histórico se refiere al análisis de una dificultad del presente que se confronta en autoayuda y una vez analizado se le traslada a la persona a una situación de su pasado donde se le presentara esta dificultad, se analiza y expresa lo que corresponda y se le vuelve a trasladar al presente para que saque conclusiones, que serán líneas de trabajo para el resto de la Comunidad. Se deben verificar los compromisos en los grupos de Autoevaluación.</p>
<p><b>-Temáticos:</b> Una persona habla sobre un tema concreto y significativo para su proceso. Propone las personas y terapeuta con los que quiere elaborar este tema. El Equipo de Terapeutas supervisa y controla u orienta al residente para realizar dicho grupo. Hay una serie de temas propuestos: autoestima, sexualidad/afectividad, soledad, relaciones interpersonales, alcohol, VIH/Hepatitis, recaídas y droga/alcohol/juego.</p>
<p><b>-Sondas:</b> Grupos sin confrontación donde dos o tres personas hablan, en un clima tranquilo de un tema concreto. Se realizan dos o tres: sexualidad, familia, y un sonda sociedad.</p>
<p><b>-Programación:</b> Se considera Grupo de Programación tanto aquel en el que se confronten los objetivos propuestos para el fin de semana, como en el que se contraste el trabajo realizado durante dicho fin de semana. Los objetivos propuestos serán de socialización, tanto de tiempo libre como de amistades o de familia. Se trata de un grupo de constatación de trabajo, en un clima absoluto de autoayuda.</p>
<p><b>-Autoevaluativo:</b> Dentro de la Autoayuda se realizarán determinados grupos con carácter periódico (al menos durante toda la Comunidad) donde el residente evalúa los objetivos alcanzados en cada una de sus líneas de trabajo propuestas para la Comunidad.</p>
<p><b>-De Abandono y Recaída:</b> Específico de los momentos de presión o revisión. Es un instrumento donde se detallan una serie de razones que suponen causa de abandono de la Comunidad o una recaída en el proceso. En un clima de autoayuda y exigencia se desmontan estas razones a las personas que hablen. Dura una hora y media y suelen hablar dos personas por grupo.</p>

**-De mujeres:** Marco específico donde la mujer drogodependiente plantea los problemas concretos que le suponen su estancia en la Comunidad y las líneas de trabajo establecidas para cada una de ellas. Se tocan temas como dependencias afectivas, trastornos de alimentación, maternidad y problemas derivados de ésta, etc.

**-Taller de Habilidades Sociales y Habilidades Emocionales:** Fundamentalmente tiene un objetivo práctico. Se trata de dotar al residente de recursos suficientes para enfrentarse con naturalidad y, desde su conocimiento personal, a situaciones reales que le van a surgir en su paso por comunidad o en la Fase de Reinserción. Se analizan y representan situaciones reales, con ejemplos cotidianos y se utilizan las técnicas de modelado con “feedback” continuo. Además de ayudarse a descubrir e identificar sus propios estados emocionales con el fin de avanzar en su proceso de crecimiento y conocimiento personal.

Fuente: Picchi (1995).

Comparando el programa de Comunidad de P.H. con los programas que hemos presentado en el capítulo anterior, observamos las siguientes **similitudes**:

1. Los programas constan de tres **fases**: la Acogida donde se motiva a la persona para empezar con el tratamiento, la C.T. y la Reinserción social (como última fase de la terapia).
2. Todos los programas tienen los mismos **objetivos**: la recuperación de la persona adicta, su incorporación en el mundo socio-laboral, prevenir las recaídas y mejorar las relaciones interpersonales, etc.
3. Se basan todos en una **metodología** terapéutica-educativa y bio-psicosocial. Es decir, intervienen en distintas áreas: personal, grupal, social y familiar, de ocio y tiempo libre, psicológico, historial de consumo, etc.

Respecto a las **diferencias** que presentan estos programas, observamos lo siguiente:

1. Algunos programas dan más importancia a un **tratamiento individualizado** que otros, como por ejemplo, el programa de DIANOVA y PATIM. Los demás programas, según la información que tenemos, se enfocan a un tratamiento más grupal que individual, igual la Comunidad de P.H. en Granada.
2. La Comunidad de “Casa de la Metamorfosis” y KETHEA-Ítaca, después de la primera fase de tratamiento, permiten a sus participantes recibir **visitas** de sus familiares cuando en los demás programas esto no se permite.
3. La Comunidad de P.H. presenta más **variedad de dinámicas** que los demás programas; por ejemplo, hay el histórico/estático, los temáticos, las sondas y el autoevaluativo.

Todos los programas tienen sus **puntos fuertes**, pero también presentan carencias. Están muy bien estructurados, con objetivos y metodología muy claros pero en todas las líneas de

intervención falta el enfoque socioeducativo. El **modelo socioeducativo** puede lograr el cambio social y personal de la persona adicta con intervenciones globales y sistémicas. Los Proyectos Educativos Individualizados (PEI) y los Proyectos Educativos Grupales (PEG), con sus objetivos específicos y con un seguimiento diario por parte de los educadores sociales, pueden permitir unos cambios en la vida del sujeto a nivel personal, familiar, social, laboral y educativo/formativo.

Estos proyectos, PEI y PEG, pueden aplicarse en los distintos programas de C.T. y en nuestro caso, en las Comunidades de P.H. y Pyksida. Cada proyecto se puede enfocar en los factores de protección y de riesgo, así como también en la prevención de las recaídas. El programa de trabajo se adaptará a las necesidades de cada sujeto dependiendo de la historia familiar y de consumo de cada uno de nuestros/as participantes. Como veremos más adelante, la falta de un tratamiento individualizado desmotiva a los miembros y muchas veces abandonan el proceso de deshabitación y reinserción.

### **6.3. Evaluación de la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre en España**

En el año 2006 se realizó una evaluación del programa de la Comunidad de P.H. en España. La evaluación fue cofinanciada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (Menéndez Gómez y Yubero Fernández, 2008: 351). Participaron 26 centros de P.H.

Más de la mitad (57,7%) disponían de una fase previa de acogida antes del ingreso en la comunidad, el 30,8% eran de ingreso directo, y un 11,5% eran comunidades intrapenitenciarias. El tratamiento se desarrollaba en ellas de forma completamente residencial (64%), semi-residencial (20%) o mixta (16%). Los/las residentes de estos dispositivos eran personas que acudían a tratamiento por su adicción a la heroína, aunque normalmente eran poli-consumidores, mayores de edad, y mayoritariamente varones (en la muestra, 10% eran mujeres), con una edad media algo superior a los 30 años, y más de diez de consumo de la droga de referencia. Habitualmente presentaban otras problemáticas añadidas (social, médica, económica o legal) (ídem, 2008: 351).

En relación con la **vinculación e integración** a la C.T., las personas en tratamiento dan su mayor valoración a aspectos importantes para la vinculación, como son la percepción de la utilidad del tratamiento, su grado de motivación para continuar, la atención terapéutica y el ambiente afectivo. Los profesionales consideran también que se crea un ambiente favorable a la vinculación (80,2% de los terapeutas y 85,7% de los directores) y que la metodología empleada es la adecuada (80% de los terapeutas y 87% de los directores).

Las personas en tratamiento valoran que se cubran sus necesidades terapéuticas, afectivas y en el trato con los profesionales. Otras áreas como la de ocio, jurídica, y formativo laboral son menos puntuadas. Lo mismo piensan también los terapeutas y directores de los programas (ídem, 2008: 352).

Sobre el **reforzamiento de hábitos de vida saludable y socialmente responsable**, tanto los profesionales como las personas en tratamiento, dicen que han mejorado los de autocuidado (alimentación, higiene, descanso) y el seguimiento de tratamientos médicos. La gestión de la economía, las responsabilidades laborales y las habilidades de prevención de recaídas se presentan con menos frecuencia (ídem, 2008: 353).

Durante la encuesta, ninguno de los miembros en las C.T. había cometido algún delito y el porcentaje de consumo de drogas era muy bajo. También, habían reconocido un cambio importante a nivel personal, es decir, tomar conciencia de su situación y responsabilizarse de comportamientos (ídem, 2008: 353). Tanto los/las residentes como los profesionales señalaron que la C.T. mejora el autocontrol emocional y a la identificación y gestión de los sentimientos.

En relación con la **formación** que reciben durante su estancia en la Comunidad y la formación laboral, las personas en tratamiento, igual que los profesionales, no hay respuesta. Este fenómeno se presenta porque en las C.T. no se trabaja tanto la reinserción laboral del sujeto sino en la siguiente etapa del tratamiento que es la reinserción social.

Las personas que están al final de su tratamiento en la C.T. se sienten más capaces de establecer relaciones interpersonales, en contraposición con la gente que está a mitad del tratamiento.

En relación con la **familia**, los mismos familiares dicen que su relación ha mejorado durante el tratamiento. Las habilidades educativas con hijos reciben una baja valoración ya que ni los

directores ni los terapeutas las consideran adecuadas. Las personas en tratamiento tampoco están satisfechas con su aprendizaje ni con su posibilidad de aplicación (ídem, 2008: 360).

En cuando a la **pertinencia**, las áreas donde todos los grupos echan de menos una mayor adecuación son la formativa y laboral.

En relación a los **programas específicos** que realiza el P.H., en 2007 se realizó una evaluación de los programas ambulatorios de cocaína con una muestra constituida por 417 en veinte centros de la Asociación “Proyecto Hombre” en toda España. Eran personas que estaban en tratamiento en el momento de la evaluación y que llevaban al menos la mitad del tiempo de duración establecido para la fase de tratamiento en la que se encontraban. Los hombres representan el 91,6% de la muestra.

En el 20% de programas no había mujeres en tratamiento en el momento de la evaluación. En programas con menor número de usuarios, el porcentaje de mujeres era mayor, pero al aumentar el número de personas en tratamiento la representación de mujeres se estabilizaba alrededor del 8%. La persona más joven tenía 18 años y la mayor 63. La edad media estaba en los 31 años y medio. El 76% de las personas en tratamiento tenía entre 18 y 35 años (Comisión de Evaluación de la Asociación P.H., 2010: 28).

Estos centros estaban formados por 115 profesionales activos en el momento de la evaluación. Participaron 19 presidentes de los centros, 24 directores de los programas de cocaína y 72 terapeutas. En la mayoría de los centros los directores también realizaron trabajo terapéutico.

Los resultados más significativos de dicha evaluación son:

1. Los profesionales establecen una relación que favorece la vinculación al tratamiento de la persona que solicita ayuda, proporcionando un marco de referencia a las personas en tratamiento.
2. En la mayoría de los casos se elabora un plan preliminar de tratamiento ajustado a las necesidades de cada persona en la fase de evaluación y diagnóstico.
3. Se consigue, además, que la persona en la fase de tratamiento y las personas de su entorno sociofamiliar tengan la información necesaria sobre el tratamiento.
4. El programa proporciona a las personas en tratamiento recursos terapéuticos y educativos que les ayudan en su proceso de cambio conductual, cognitivo y emocional.



5. Los conflictos familiares disminuyen desde los primeros momentos de tratamiento, posiblemente porque la mayoría de conflictos estaban relacionados con el consumo de drogas y empiezan a disminuir desde el inicio del programa.
6. Se logra interrumpir el consumo de drogas y/o las prácticas de otras conductas adictivas, siendo un porcentaje muy poco significativo el que tiene algún consumo durante la fase de diagnóstico (7,5%).
7. La mayoría de los/las participantes en tratamiento asumen y cumplen con las responsabilidades convenidas en el programa y mantienen hábitos de vida saludables.
8. Las personas en tratamiento establecen relaciones satisfactorias que contribuyen al mantenimiento de la abstinencia (ídem, 2010: 29-31).

En general, el programa de C.T. de P.H., según los datos obtenidos, presenta una imagen muy positiva. Existen algunos temas que es preciso prestar más atención, como por ejemplo, la formación académica y ocupacional, el área de tiempo libre con más actividades educadoras y socializadoras o adquirir habilidades educativas necesarias para los que tienen hijos. También se expresa la necesidad de incrementar algunas actividades, como las formativas y laborales y las entrevistas con familiares y personas en tratamiento.

#### **6.4. Personas atendidas en Comunidades Terapéuticas de España y resultados obtenidos**

Mejía (2009: 4) hace un recorrido a los programas y los cambios en el **perfil de los residentes** durante los 25 años que cumplió la Asociación en 2009.

Según el autor, en los comienzos de P.H. -la década de los 80- nos encontramos con una “epidemia” de personas adictas a la heroína, y con un contexto social marcado por la desorientación ante este problema y la falta de recursos asistenciales. El perfil de adolescentes de la segunda mitad de la década de los noventa es el siguiente: Menores y jóvenes entre 15 y 21 años, consumidores de sustancias en contextos de ocio, destacando el consumo habitual de cannabis y la utilización de las drogas de síntesis durante los fines de semana. Al consumo de sustancias ilegales se sumaba el consumo abusivo de alcohol, con un patrón de bebida anglosajón. El consumo mayoritario de tabaco, en principio no presentaba una adicción. Estaban

adaptados escolar y familiarmente. Sin embargo en muchos casos, existía fracaso escolar, la mayoría presentaba problemas con la asunción de normas y límites en el contexto familiar. En todos los casos no existía percepción del problema” (ídem, 2009: 4).

Hoy el consumidor de drogas, nada tiene que ver con el de las décadas anteriores. El panorama es mucho más diverso y complejo. Así, el demandante puede ser un joven perteneciente a una familia “normalizada”, que durante un largo periodo de consumo está integrado socialmente, hasta que el problema se agudiza y aparecen conflictos personales, laborales, académicos, familiares e incluso jurídicos. La sustancia consumida, ya no es la heroína. El poli-consumo está presente en la mayoría de los casos y es la cocaína la sustancia que provoca la mayor parte de las demandas de tratamiento.

A modo de resumen, el perfil de las personas que demandan tratamiento en cualquiera de los programas descritos anteriormente es el siguiente:

- Demanda de tratamiento por consumo de opiáceos, en el 100% de los casos.
- Demanda de tratamiento de participantes para el programa de cocaína y/o alcohol.
- Edad promedio: más de 39 años.
- Sexo: 80% hombres y 20% mujeres.
- Estado civil: 60% solteros
- Nivel socioeconómico: 30% nivel bajo, 70% nivel medio.
- Un 38% es trabajador en activo.
- Un 21% cobra algún tipo de prestación o minusvalía.
- Un 25% de los participantes presenta VIH.
- Un 20% de los participantes presenta patología dual.

La edad media de los/las residentes está alrededor de los 40 años, viven en el domicilio familiar con sus padres, que habitualmente tienen una edad comprendida entre los 70 y 80 años. Hay otros casos en los que viven solos o con otros miembros de la familia, sobre todo cuando los padres han fallecido (ídem, 2009: 4).

Según varios autores y datos derivados de estudios realizados en diferentes comunidades terapéuticas y programas de tratamiento de España en los últimos años ha cambiado el perfil de la persona consumidora. Se puede observar que acuden más mujeres al centro de tratamiento,

aunque siguen siendo minoría. También ha cambiado la prevalencia de consumo de drogas, la edad de inicio, etc.

La Consejería de Salud y Servicios Sanitarios presentó las líneas generales del borrador del Plan sobre Drogas del Principado de Asturias 2010-2016 (El Comercio Digital, 2010). Según el director de la Unidad de Coordinación del Plan Sobre Drogas, la evolución en el conocimiento de la realidad permite saber que: “en las comunidades terapéuticas, el 40% de los ingresados tienen problemas mentales. Es decir, presentan una patología dual aunque es muy difícil saber si primero se presentó la enfermedad mental o la drogadicción”.

Los responsables de Salud aportaron más datos de la situación en Asturias y compararon los números entre los años 2004 y 2008. Por ejemplo, el consumo de cannabis entre estudiantes de 14 a 18 años bajó del 40% al 25% en esos cinco años, mientras que el de cocaína lo hizo del 1,5% al 1,1%.

Hay un asunto que preocupa a los especialistas de la Consejería: la escasa participación de las mujeres en los tratamientos que realizan las C.T. En su opinión, “hay barreras de cristal que hacen que las mujeres acudan menos”. En 2008, de las 150 personas que estaban a tratamiento por consumo de cocaína sólo 19 eran mujeres: “Sabemos que las mujeres consumen menos, pero esos datos no se corresponden con su acceso a los tratamientos” (ídem, 2010).

La Unión de Asociaciones y Entidades de atención al Drogodependiente (UNAD) destaca que durante el año 2009, y gracias a las subvenciones, se han desarrollado 19 programas de C.T. ejecutados por 18 ONG en 8 Comunidades Autónomas. De los programas se han beneficiado 1.070 personas (UNAD, 2009).

Las 254 asociaciones de la Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD) han atendido, en el año 2008, a 157.317 personas con problemas de drogas en los más de 1.500 programas de carácter asistencial, de incorporación y de intervención, desarrollados tanto fuera como dentro de las prisiones. Con cerca de 35.000 fichas elaboradas se ha dibujado un perfil de los/las participantes de los programas desarrollados por las entidades sin ánimo de lucro de UNAD (ídem, 2009). Los datos más destacados de dicho perfil son los siguientes:

- Las drogodependencias han dejado de ser un problema mayoritariamente masculino, el 44,51% de las personas atendidas eran **mujeres**. Durante unos años hemos asistido a una lenta pero constante feminización del consumo.
- Las personas con problemas de drogas llegan a los **centros asistenciales** cuando llevan más de 6 años de consumo (68,49% sumando los de más de 6 y 10 años -33,37% y 35,12% respectivamente).
- El 41% de las personas atendidas tienen alguna **patología diagnosticada**. De ellas, el 23,26% tiene VIH/SIDA, el 32,56% Hepatitis, y el 21,40% tiene patología dual.
- Al igual que en años anteriores, prácticamente la totalidad de las personas atendidas son **poli-consumidores**, es decir, no consumen una única sustancia psicoactiva. En cuanto a la droga principal de consumo, podemos decir que los datos señalan una cierta estabilización del mercado. Hay un ligero incremento del consumo de la heroína (14,92%), el 14,88% consume heroína y cocaína, y el 20,93% consume principalmente cocaína. El 7,10% cannabis; el 2% las conocidas como drogas de síntesis; y el 18,48% alcohol.
- En cuanto a las **vías de consumo** de la droga principal, los datos reflejan que una décima parte de los consumidores (11,80%) utiliza la jeringuilla, a pesar del esfuerzo informativo que se está realizando para difundir los riesgos que supone este uso.
- En cuanto al **nivel de estudios**, cada vez responde menos al estereotipo de consumo y falta de formación. Únicamente el 9,95% no tiene estudios, el 32,88% y el 27,80% ha recibido educación primaria y secundaria respectivamente. El 5,28% son universitarios.
- Los datos sobre la **situación laboral** ya no reflejan la marginalidad y la exclusión social de hace unos años. El 23,68% de las personas atendidas trabaja, mientras que el 19,64% de los entrevistados es estudiante. El 19,64% de las personas se declara en paro y el 18,31% tiene algún tipo de subsidio o renta básica.
- Sobre la **edad de inicio** en el consumo de drogas, señalar que el 32,34% de las personas se inician antes de los 16 años, y el 44,30% entre los 16 y los 25 años. El 5,28% de los individuos empezaron el consumo después de cumplir los 44 años (ídem, 2009).

En la última Memoria presentada por la Asociación de Proyecto Hombre Granada para el año 2010, tenemos la siguiente información: 931 personas fueron atendidas en los diferentes programas terapéuticos por 23 profesionales de distintos ámbitos y 100 voluntarios que les acompañaron (Asociación de Proyecto Hombre Granada, 2011).

Un grupo de los usuarios se beneficiaron del Programa Base, que consiste en la acogida en el Centro de Tratamiento Ambulatorio, la Comunidad Terapéutica y la reinserción con sedes en Granada capital, Motril, Guadix y Huétor Santillán. Otros recibieron la terapia en el Programa Joven, Escuela de Familia, Programa de Apoyo Nocturno para adicciones psicoestimulantes (cocaína preferentemente), Informaciones y en el Programa en Prisión, en el Centro Penitenciario de Albolote. A todos estos programas se les añaden las atenciones prestadas a los familiares y acompañantes de los usuarios que casi duplican la intervención (ídem, 2011).

La edad media de los usuarios de Proyecto Hombre Granada –excepto los adolescentes y jóvenes, que va desde los 13 a los 18 años– ronda los 25 a 30 años. Son policonsumidores, destacando el consumo de cocaína, alcohol, heroína-cocaína y con un notable aumento de los cocainómanos y alcohólicos. Se trata de personas con una situación familiar poco estable y con poca consciencia del problema que tienen. Tienen alguna enfermedad por motivo del consumo o bien previa, como trastornos de personalidad que aumentan sensiblemente con la adicción (ídem, 2011).

En su mayoría tienen acabado el Graduado Escolar y han iniciado algún programa no acabado. Son pocas las mujeres que reciben tratamiento pero con grado mayor de desestructuración y marginación que los hombres. De la Memoria se desprende que crece la demanda de ayuda a menores con problemas de conducta asociados a los de consumo, con una baja motivación y fracasos escolares (ídem, 2011).

El programa de P.H. de La Rioja presentó su Memoria para el año 2010 con los siguientes datos: hasta el 31 de diciembre de 2009 había 22 personas en la C.T., 19 hombres y 5 mujeres. Los nuevos ingresos en el 2010 fueron 35 personas, de ellas 31 hombres y 4 mujeres. Las edades de los miembros de la comunidad eran de 21 a 60 años. Había 14 ingresos (12 hombres y 2 mujeres) de 21 a 29 años y 13 ingresos de 30-39 años (1 mujer y 12 hombres). De 40 a 49 años se ingresaron 7 personas (6 hombres y 1 mujer) y de 55 a 60 años 1 hombre (Asociación de Proyecto Hombre La Rioja, 2011).

Las sustancias por las que se ingresaron en 2008 fueron:

- Alcohol: 10 ingresos (28,6%): 2 mujeres y 8 hombres.
- Speed: 7 ingresos (20%): 1 mujer y 6 hombres.
- Alcohol-cocaína (5,7%): 2 hombres.
- Cocaína: 8 ingresos (22,9%): 1 mujer y 7 hombres.
- Heroína: 4 ingresos (11,4%): todos hombres.
- Hachís: 2 ingresos (5,7%) de los cuales todos hombres.
- Speed-Porros: 2 ingresos (5,7%): los 2 hombres.

Hasta el 31 de diciembre de 2010 seguían en tratamiento 16 personas (13 hombres y 3 mujeres). Durante el año se realizaron algunas intervenciones psicológicas, como por ejemplo, grupos de autoayuda, seminarios educativos y terapéuticos, grupos de encuentro, grupos temáticos, grupos familiares (residentes y familiares), entrevistas con familiares y amigos de los residentes, taller de padres para participantes con hijos, grupos de alcohol, grupos informativos para hermanos y amigos de los residentes, grupos para las parejas de los/las participantes, taller psico-educativo para familias y taller de habilidades sociales (ídem, 2011).

Como se puede observar, en los últimos años hay un **aumento en la población que demanda tratamiento**. La mayoría de esta población son **varones**, aunque hay un **incremento en las mujeres** que acude a centros de desintoxicación. El número de mujeres sigue siendo minoritario, principalmente por el estigma social que reciben y por la necesidad de cuidar de los hijos. La **sustancia principal de consumo** por la que ingresan es la cocaína y el alcohol, siguiéndole en importancia la mezcla de la heroína y cocaína. En general, la gran mayoría de los consumidores son **politoxicómanos**, es decir, consumen más de una sustancia. En general, se consume en una edad más temprana y el tratamiento se solicita aproximadamente a los seis años de iniciar el consumo problemático.

Es muy interesante el cambio que se observa en cuanto al nivel de formación de los individuos y su situación laboral. Parece que la drogodependencia ya no es un problema de la clase social baja ni de la gente sin estudios. En la gente consumidora se pueden encontrar personas con estudios primarios, secundarios y universitarios y la mayoría suele tener trabajo o algún tipo de ingresos (paro, baja laboral...).

En general, la persona consumidora ya no es una persona marginada socialmente. En su mayoría, es una persona activa, con trabajo, tiene estudios, amigos y familia. Empieza a consumir a una edad temprana pero tarda en acudir a tratamiento. Muchos de los consumidores consiguen tratarse gracias a los programas ofrecidos y para otros es imposible dejar de consumir. Por eso, es muy importante prevenir en todos los niveles teniendo en cuenta el grado de riesgo de la población adicta y, también en todos los ámbitos fundamentales: la escuela, la familia, la comunidad y el grupo de iguales.

En un estudio hecho por profesionales de P.H. de Burgos se examina la relación entre haber sido diagnosticado de dependencia a sustancias según el DSM-IV TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition*) y algunos aspectos referentes a la sexualidad en 83 personas que han estado en tratamiento durante los últimos 19 años en P.H. de Burgos (Fundación Candeal) (Pérez del Río, Lara y González Gutiérrez, 2010: 365).

A partir de las historias clínicas se recogieron los datos de los participantes y se registraron en una ficha de observación. Tras el análisis de los datos se ha observado en las mujeres una correlación significativa positiva entre el consumo de drogas y las siguientes tres variables: 1) haber sufrido abusos sexuales por un adulto durante la infancia o adolescencia, 2) haber tenido alguna vez relaciones sexuales a cambio de dinero o regalos y 3) haber decidido alguna vez continuar historias de amor aunque sean violentas desde un punto de vista psicológico o físico.

Ante los resultados encontrados, se resalta la importancia de tener en cuenta la sexualidad en el tratamiento de las drogodependencias, así como de realizar un tratamiento terapéutico diferencial entre hombres y mujeres (ídem, 2010).

El estudio realizado por Bastón en la C.T. “Alborada”, investiga la perspectiva de género en drogodependencias y los determinantes de las inequidades de género en el ámbito de los tratamientos residenciales mixtos (Bastón Martínez, 2009: 199).

La muestra consta de 42 mujeres, de las que 27 eran madres. La media de hijos por mujer en tratamiento era de 1,2. La mayoría estaba en el rango de edad comprendido entre los 35 y los 40 años. De las mujeres que no tenían descendencia, poco más de la mitad (8 de las 15), consumían heroína como droga principal, estando la media de edad de estas mujeres entre lo observado para la muestra total. De las mujeres que eran madres, 12 de las 27 consumían como droga principal la cocaína, mientras que 11 mujeres declaran la heroína como consumo principal. 3 de las

mujeres declaran consumir ambas sustancias. Su media de edad coincide con la del total de la muestra (ídem, 2009: 202).

Poco más de un 40% del total de las mujeres fueron alta terapéutica, un 28% altas voluntarias y un 23% exclusiones o derivaciones por incumplimiento de objetivos. Un 70% y un 75% de las altas terapéuticas y voluntarias respectivamente son de mujeres con descendencia. Los datos segregados según tuvieran o no descendencia dicen que casi un 45% de las madres terminan con un alta terapéutica y un 33% de las que no lo son. En cuanto a las altas voluntarias es mayor el porcentaje de las madres que deciden abandonar: 33% frente a un 20% y menor las exclusiones de madres: 18,5% frente a un 33% (ídem, 2009: 208).

Bastón Martínez (2009) llegó a la conclusión de que el programa específico como recurso para mujeres que son madres, aporta una oferta terapéutica que les permite finalizar con éxito su tratamiento cerca del 50% de las veces. Los datos de estos últimos años aportan información para adaptar y realizar cambios que adecuen la oferta terapéutica a las nuevas especificidades del colectivo femenino que demanda este recurso. Se considera necesario valorar las causas que inciden en el descenso del número de mujeres que finalizan con alta terapéutica, a pesar de observarse un incremento, leve, del porcentaje de admisiones de mujeres a este recurso. Tal vez lo que ocurre sea únicamente la consecuencia de un proceso de adaptación al nuevo perfil de mujeres que solicitan tratamiento en régimen residencial.

La formación de los profesionales orientada a mejorar la capacitación para el desempeño de este reto y la adaptación de las características del programa a las especificidades no sólo de género sino de salud mental, pueden conseguir a medio plazo un cambio sustancial en los resultados del programa (ídem, 2009: 209).

En una investigación realizada en nueve países de Europa en C.T. con enfoque de género, se ha puesto de manifiesto que entre las 25 C.T. mixtas, no había mucha diferencia entre hombres y mujeres en relación con la orientación ofrecida (De Wilde, 2005: 173). Las mujeres recibían con más frecuencia una orientación educativa, mientras que la orientación de los hombres era fundamentalmente de autoayuda. Otra conclusión derivada del estudio es que las mujeres necesitan otro tipo de aproximación para la autoayuda que la tradicional ofrecida por las C.T. En el estudio, no se observaron diferencias significativas relacionadas con el género entre las distintas Comunidades, observándose únicamente una pequeña diferencia en la orientación del



tratamiento cognitivo/conductivo. También se observó que este tratamiento era menos apropiado para mujeres.

Según el mismo autor (ídem, 2005: 174), las mujeres en las C.T. presentaban más problemas psicológicos y psiquiátricos que los hombres como por ejemplo, depresión, dificultades de comprensión, concentración o memoria y una alta tendencia al suicidio. Otra conclusión era el alto porcentaje de abuso físico y sexual de las mujeres y su alto consumo de medicamentos por problemas psicológicos.

Los hombres presentaban más problemas con la justicia que las mujeres. Muchos de ellos habían sido acusados por violencia, conducción bajo los efectos de la droga, etc. Dentro de las mujeres la prostitución era el delito más común (ídem, 2005: 175).

En el estudio también se destaca el bajo nivel de permanencia en el tratamiento de las mujeres y la importancia que tienen los hijos/as para las mujeres drogodependientes. En la investigación se resalta que las mujeres se muestran más afectadas por las expectativas que tiene la sociedad de ellas. Se considera que la mujer drogodependiente es más “enferma” que el hombre drogodependiente que genera una contradicción con el rol tradicional de la mujer de esposa y madre (ídem, 2005: 177).

Se demuestra la necesidad de introducir unas líneas de intervención genero-específicas en los programas de deshabituación y especialmente en las Comunidades Terapéuticas y en este caso, en el programa de la fase de Comunidad de Proyecto Hombre en Granada y de Pyksida en Nicosia.



## 7. METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

---

En este capítulo planteamos la metodología que hemos seguido para la realización de la presente investigación. En primer lugar, definiremos unos términos teóricos relacionados con los enfoques de la Pedagogía Social desde el pluralismo paradigmático, la metodología, los métodos, las técnicas utilizadas, etc. y, en segundo lugar, presentaremos el diseño de investigación empleado en este estudio.

Primero, vamos a explicar qué es una investigación desde una perspectiva socioeducativa. De acuerdo con Pérez Serrano (2004a: 30), es un proceso sistemático de carácter social, en el cual diversos grupos humanos transforman de manera simultánea los conocimientos que tienen de la realidad y sus propias formas de actuar respecto a la misma.

Como señala la misma autora (ídem, 2004a: 31), la naturaleza de la investigación educativa hace referencia al intento de explicar los rasgos que la caracterizan y definen. La indagación socioeducativa se orienta a la resolución de problemas con fines prácticos; como cualquier otro tipo de investigación, está interesada en indagar, investigar y resolver dilemas. Difiere de la investigación teórica en que las dificultades educativas a las que se dirige siempre son complicaciones prácticas que precisan la búsqueda de soluciones. Los problemas prácticos suponen la acción e implicación, son cuestiones sobre qué hacer, y su solución sólo se encuentra haciendo algo. La implicación práctica de la investigación en Educación Social no presupone una menor contribución a la producción de conocimientos que la investigación básica, si bien desde otras ópticas y perspectivas.

### 7.1. Términos metodológicos

En la explicación de los distintos términos metodológicos es importante definir, primero, qué es un diseño de investigación.

El **diseño de investigación** como estrategia y estructura lógica del proceso de validación de investigación contrasta la hipótesis con la realidad. En ese sentido, convergen los aspectos metodológicos y técnicos. La creatividad del investigador se orienta por el plan del diseño como

un modelo que puede adecuar a las necesidades del objeto, objetivos y el tipo de hipótesis que formula. El diseño no es igual que el proyecto de la investigación; el primero corresponde a la estrategia de validez de la hipótesis, por lo tanto es una parte del proyecto de investigación (Núñez Flores, 2008).

De acuerdo con Salgado Lévano (2007), el término **diseño** en el marco de una investigación cualitativa se refiere al abordaje general que se utiliza en el proceso de investigación, es más flexible y abierto, y el curso de las acciones se rige por el campo (los participantes y la evolución de los acontecimientos), de este modo, el diseño se va ajustando a las condiciones del escenario o ambiente.

Así llegamos a la conclusión de que el *diseño de investigación* es el plan o conjunto de estrategias concebidas para obtener la información que se desea. El diseño nos ayuda a alcanzar los objetivos del estudio, contestar los interrogantes y analizar la certeza de las hipótesis formuladas. Podemos decir que un diseño de investigación es más bien toda la información que recopilamos de una investigación realizada, el producto final de un estudio (sus resultados) con el objetivo de generar conocimientos.

Por otra parte, con la **metodología** de una investigación, nos referimos a los *métodos de investigación* en el ámbito de las Ciencias Sociales. En este caso, metodología sería el estudio de los métodos -su descripción, explicación y justificación- y no los métodos en sí mismos. Su finalidad es comprender el proceso de la investigación y no los resultados de la misma. Tenemos muchas metodologías como formas y maneras de adquisición de los diversos saberes: saber mítico, saber vulgar, etc., los cuales responden, de una forma distinta, a cada una de las preguntas y cuestiones que plantea la propia metodología (Rojas Tejada, Fernández Prados y Pérez Meléndez, 1998: 18).

Cruz Beltrán y Gualda Caballero (2000: 64), explican que *metodología* es “el conjunto de procedimientos que se siguen en una investigación, digamos para simplificar, los que se contiene en las fases o el proceso de toda investigación”.

Pérez Serrano (1998: 179), destaca que la *metodología* es un conjunto de estrategias, tácticas y técnicas que permiten descubrir, consolidar y refinar un conocimiento. La investigación se lleva a cabo porque tratamos de conocer algo; el concepto de verdad es un concepto de control en la teoría del conocimiento.

La misma autora (ídem, 1998) dice que la investigación educativa, por tener al hombre como objeto prominente, está encuadrada en la problemática general de las ciencias humanas. Existe una gran profusión de denominaciones de estas ciencias (sociales, espirituales, conductuales, antropológicas, humanistas, etc.), lo que pone de relieve un problema de base que subyace a todas ellas, la inexistencia de un paradigma científico válido y aceptado por la mayor parte de la comunidad científica.

A continuación analizamos unos modelos de paradigmas de la investigación para luego, explicar brevemente qué es el *método* y la *técnica* y las que más se utilizan en la investigación dentro del ámbito de las Ciencias Sociales.

### ***7.1.1. Los paradigmas de la investigación educativa***

El reglamento epistemológico de las Ciencias de la Educación está relacionado con el desarrollo de las Ciencias Sociales y con los paradigmas científico-metodológicos y su traducción en la praxis (Sáez y González, 1991; citado en Bedmar Moreno y Añaños Bedriñana, 2006: 109).

De acuerdo con Bedmar Moreno y Añaños Bedriñana (2006: 110), en la realidad socioeducativa se suma la pluralidad epistemológica que se traduce en la consideración de diferentes modelos o paradigmas, con sus respectivas corrientes de pensamiento. También es diversa la realidad y las formas de conocerla y de actuar con ella. Ese pluralismo teórico se interpreta como signo de madurez, que permite dar respuesta a la diversidad.

La actuación socioeducativa que se lleve a cabo será diferente y estará determinada por las directrices de cada enfoque paradigmático, puesto que presenta una visión de la realidad que implica una opción o toma de postura frente a ella.

Los modelos más relevantes de esta pluralidad paradigmática son: 1. El Paradigma Tecnológico; 2. El Paradigma Hermenéutico o Interpretativo-Simbólico, 3. El Paradigma socio-crítico y, 4. El Paradigma Emergente (ídem, 2006).

El **Paradigma Tecnológico** considera que el objeto de la educación o de la acción se centra en los procesos más que en los participantes y se da, por tanto, una adecuación del objeto a los métodos poseídos, y no al contrario.

Según Bedmar Moreno y Añaños Bedriñana (2006: 111), las características del paradigma tecnológico son:

- a. *Naturaleza del conocimiento*: objetivo, fragmentable, mensurable y cuantificable, teórico, explicativo y nomológico. Se acepta un desfase entre la construcción del conocimiento y la utilización del mismo.
- b. *Papel de la teoría*: describe, explica y regula mediante conocimiento tecnológico. Es descriptiva, predictiva e instrumental.
- c. *Objetivos*: capacitar en habilidades para desempeñar roles laborales según el mercado de trabajo. La ideología política es neoclásica-vocacional.
- d. *Método de investigación*: natural, científico, experimental y cuantitativo.
- e. *Papel del investigador*: autoridad, jerarquía, relaciones de “uno a muchos”. Es el experto ejecutor que hace lo que la teoría “le ordena” para actuar como técnico. Sólo él posee los conocimientos y habilidades de la investigación.
- f. *Papel del sujeto investigado*: pasivo, receptor, no interviene en la investigación y ni siquiera es informado de la misma para que su subjetividad no “contamine” el proceso. Hace lo que le dice el experto investigador.
- g. *Evaluación*: cuantitativa, pruebas psicométricas para valorar lo asimilado.

En este paradigma se concibe la Pedagogía Social como tecnología social e implica diferenciar las competencias de los agentes y se consideran a las personas como clientes, receptores pasivos del proceso de intervención que se diseña en tres momentos: diseño, ejecución y evaluación. En el proceso se supone la ausencia de una política social explícita, con unos fines, objetivos y estrategias neutrales, persiguiendo la racionalidad, el rigor técnico y la eficacia (Caballo, 2003; citado en Bedmar Moreno y Añaños Bedriñana, 2006).

El objeto de la investigación **descriptiva** en investigaciones cuantitativas, como en este caso el *paradigma tecnológico*, consiste en describir y evaluar ciertas características de una situación particular. En la investigación descriptiva se analizan los datos reunidos para descubrir así qué variables están relacionadas entre sí (Flores Cebrián, 2009). Sin embargo, es habitualmente difícil interpretar qué significan estas relaciones. El investigador puede interpretar los resultados

de una manera, pero desgraciadamente ésta será a menudo sólo una de las varias maneras de interpretarlos.

El **Paradigma Hermenéutico o Interpretativo-Simbólico**, al contrario del Paradigma Tecnológico, se centra en cómo actúan los individuos, cómo interaccionan y cómo negocian y consensuan en las situaciones sociales. Así, en el campo educativo, el conocimiento pedagógico no es obtenido desde teorías o leyes generales, sino desde la práctica educativa. La tarea teórica de este paradigma se centrará en la búsqueda e identificación de las posibles reglas pedagógicas que subyacen y gobiernan en los fenómenos educativos.

Las características más importantes de este paradigma son:

- a. *Naturaleza del conocimiento*: subjetivo, interno, comprensivo e interpretador.
- b. *Papel de la teoría*: educar el conocimiento implícito; interpretativa, comprensiva, tiene reglas (no leyes).
- c. *Objetivos*: autoaprendizaje, aprender a aprender bajo una atmósfera ideológica liberal progresiva.
- d. *Método de investigación*: interpretativo, histórico, etnometodológico, acción social intencionada gobernada por reglas, construcción de modelos interpretativos.
- e. *Papel del investigador*: facilitador de intercomunicación, cooperador y crítico, relaciones de uno a uno.
- f. *Papel del sujeto investigado*: constructor activo a través de la experiencia e interrelación.
- g. *Evaluación*: valoración descriptiva conjunta con medios informales.

Este paradigma se considera apropiado en campos como la Animación Sociocultural o la Educación Especializada. La intervención educativa se concibe como un fin en sí misma, capaz de mejorar situaciones sociales, donde la Educación Social se configura como formación personal y grupal, para el perfeccionamiento personal y colectivo, y el dialogo es un instrumento fundamental (Bedmar Moreno y Añaños Bedriñana, 2006).

La **interpretación** de la información en investigaciones cualitativas constituye en sí misma el “momento hermenéutico” propiamente tal, y por ello es la instancia desde la cual se construye conocimiento nuevo en esta opción paradigmática. El poder realizar correctamente este proceso interpretativo se ve enormemente posibilitado cuando partimos de elementos teóricos de base,

que nos permiten pensar orgánicamente y, con ello, ordenar de modo sistematizado y secuencial la argumentación (Cisterna Cabrera, 2005: 70).

El procedimiento para realizar la interpretación de la información es plantear preguntas posibles desde cada uno de los diversos campos disciplinares de conocimiento, y que sobre la base de su pertinencia con la problemática investigada permitan efectuar el ejercicio de su abordaje desde los resultados obtenidos en la investigación, y desde allí ir generando el proceso hermenéutico que permite la construcción de nuevo conocimiento, expresado ya sea como nuevos hallazgos de relaciones o como nuevos hallazgos propositivos (ídem, 2005).

Nuestro interés en esta investigación se enfoca en el **Paradigma socio-crítico** y **Emergente**. El **Paradigma socio-crítico** considera que las personas no son objeto de educación, sino constructores de la misma, constructores activos del conocimiento en interacción dialéctica con los demás de su comunidad, en tareas socialmente significativas de trabajo crítico y colaborativo (Bedmar Moreno y Añaños Bedriñana, 2006: 122).

Las características más importantes de este paradigma son:

- a. *Naturaleza del conocimiento*: reflexivo, comprensivo, dialéctico, interpretación subjetiva de la realidad y de las condiciones históricas y culturales.
- b. *Papel de la teoría*: no describe las situaciones de la realidad social, sino que intenta cambiarla. Se preocupa por descubrir los supuestos subyacentes a la realidad social, lo que permitirá la sucesiva concienciación y generará identidad de las personas que viven en esa realidad, paso previo a la participación en el desarrollo comunitario (Popkewitz, 1988; citado en Bedmar Moreno y Añaños Bedriñana, 2006: 123). Por otra parte, teoría y práctica se van contrastando en interacción dialéctica y se tiene muy en cuenta el contexto socio-histórico de una comunidad y los intereses de las personas que se compromete con los intereses y valores que contribuyen a la emancipación de los individuos. No se trata de cambiar la relación teoría-práctica por la de práctica-teoría, sino de interpretar ambas como mutuamente constitutivas y dialécticamente relacionadas.
- c. *Objetivos*: críticos, transformadores, emancipadores, con ideología socialmente crítica, participación social crítica y constructiva, transformación social en colaboración.
- d. *Investigación*: participativa, sociocrítica, negociación y reciprocidad, compromiso de cambio social, orientada hacia la acción emancipadora.



La investigación y la praxis social desde el paradigma socio-crítico, no parten de una teoría previa, sino de situaciones reales problematizadas o percibidas como problemas por los participantes. Así, la praxis-acción-investigación es llevada a cabo de manera participativa y colaborativa entre los investigadores o educadores de los miembros de la comunidad donde se desarrolla el proceso. De manera conjunta son percibidos y definidos los problemas, se diseña la alternativa y se hace el planteamiento de instrumentos y técnicas para la acción. Posteriormente se evalúa lo desarrollado (ídem, 2006: 124).

La pedagogía crítica busca la emancipación social, donde la persona no es un mero receptor, sino un coaprendiz en interacción con otras personas, que se educa mediante tareas socialmente significativas de trabajo crítico y colaborativo. La educación social busca mejorar la situación existente. Teoría y práctica mejoran en un proceso dialéctico. La acción socioeducativa es considerada como una práctica social crítica que busca la mejora social (ídem, 2006).

Dentro del paradigma crítico existe una corriente denominada por Popkewitz como “emergente” que también se denomina como paradigma de la complejidad, paradigma sistémico o paradigma ecológico (ídem, 2006: 128).

Los principios o postulados fundamentales del **Paradigma Emergente** son, según los mismos autores (ídem, 2006: 133) los siguientes:

- a. *Tendencia al orden en los sistemas abiertos*: el principio unificador de la evolución no es un estado fijo, sino unas condiciones dinámicas de los sistemas en desequilibrio. Los sistemas abiertos, a todos los niveles y en todos los campos, son portadores de una evolución global, que garantiza el movimiento de continuación de la vida hacia nuevos regímenes dinámicos de complejidad; el Universo ha producido vida y hombres creativos siguen estando abiertos a sus pensamientos creativos en el mejor sentido.
- b. *Ontología sistémica*: una realidad no es una yuxtaposición de elementos, sino que sus “partes constituyentes” forman una totalidad organizada con fuerte interacción entre sí, es decir, constituyen un sistema, su estudio y comprensión requiere la captación de esa estructura dinámica interna que la caracteriza y, para ello, requiere una metodología estructural-sistémica, donde la teoría general de sistemas juegue un papel destacado.
- c. *Metacomunicación del lenguaje total*: en toda comunicación siempre hay una metacomunicación, comunicación acerca de la comunicación que acompaña al mensaje.

Esta metacomunicación altera, precisa, complementa y ofrece el sentido o significado del mensaje. Así, la metacomunicación hace que la comunicación total o lenguaje total de los seres humanos sea mucho más rico que el simple lenguaje que se rige por reglas sintácticas o lógicas.

- d. *Principio de complementariedad*: este principio subraya la incapacidad humana de agotar la realidad con una sólo perspectiva, punto de vista, enfoque, óptica o abordaje, es decir, con un sólo intento de captarla. Este principio de complementariedad se apoya en dos constataciones evidentes para toda mente reflexiva: la complejidad de las realidades importantes para el ser humano y la selectividad de nuestra percepción al tratar de captar una de esas realidades.

En los años 80, Campbell afirmó que la ciencia depende más bien del conocimiento cualitativo y del sentido común, aunque en el mejor de los casos incluso lo supere. Junto a Cronbach fueron de los primeros en propugnar esta complementariedad. Su justificación se basa en la complejidad de la realidad educativa, de modo que resulta prácticamente imposible analizarla desde un único paradigma (Pérez Serrano, 2004b: 214).

De acuerdo con Sáez Carreras (1997: 58), los paradigmas son grandes plataformas desde las que se analiza la realidad social y educativa, y en donde se organiza el conocimiento que se produce en torno a ellos. Una disciplina teórica, como la Pedagogía Social, con vocación tan práctica, mantiene una concepción distinta sobre el *qué*, el *cómo* y el *para qué* de las intervenciones educativas.

Tal **diversidad paradigmática**, por tanto, no sólo se limita a estudiar la educación social y a organizar el conocimiento que se produce como resultado de tal tarea, sino que procura retraducir ese conocimiento a través de teorías y estrategias que permitan intervenir sobre la práctica con la intención de mejorarla (ídem, 1997).

El objetivo de la investigación determina el paradigma. La estrategia que se adopte depende, en gran medida, del objetivo que se proponga la investigación (Pérez Serrano, 2004a: 26).

En este estudio nos centramos en los principios de los *Paradigmas Socio-crítico y Emergente* porque la Pedagogía Social constituye una práctica sociopolítica. Estos modelos, junto con la Pedagogía Social, intentan dar respuestas a las diversas situaciones a las que se enfrentan los individuos que presentan algún tipo de marginación o inadaptación social. La diversidad y la

constante evolución de la sociedad dan lugar a un nuevo enfoque paradigmático, de la Complejidad, del que se desprende una práctica educativa acorde a sus características.

Estos paradigmas nos permitirán mejorar la situación existente de nuestros/as participantes en la Comunidad de Proyecto Hombre y de Pyksida desde un enfoque crítico y transformador. Los/las residentes, se reeducarán mediante tareas que, en nuestro caso, tendrán como objetivo el fortalecimiento de los factores protectores, la disminución de los factores de riesgo y la prevención de recaídas con la meta de conseguir una abstinencia definitiva o prolongada.

Nuestro trabajo no evalúa la eficacia del programa de la Comunidad de Proyecto Hombre en Granada sino propone líneas de intervención basadas en el modelo socioeducativo para mejorar su vida con la educación/reeducación de los/las participantes.

### ***7.1.2. Los métodos de investigación cualitativa y cuantitativa***

Existen diferentes tipos de investigación y según la naturaleza de la información que se recoge para responder al problema investigativo, éstas pueden ejecutarse bajo dos paradigmas: la *investigación cualitativa* o la *cuantitativa*.

El **método cualitativo** se caracteriza por considerar el lenguaje como objeto y no sólo como instrumento de la investigación social, sobre la base de que en la realidad social no sólo hay hechos, sino también significados compartidos intersubjetivamente, que suelen expresarse con el lenguaje a través del discurso y éste se convierte entonces en objeto científico de investigación (Cruz Beltrán y Gualda Caballero, 2000).

La *metodología cualitativa* es de carácter subjetivo, se basa en el modelo inductivo e intenta penetrar con un carácter riguroso y sistémico en los fenómenos de la vida cotidiana, explorarlos, analizarlos y reflexionar sobre ellos para mostrar su complejidad. Con esta metodología se consigue un acercamiento a los directamente implicados y ver el mundo desde su perspectiva, captando las motivaciones e interpretaciones, considerándoles como un todo (Pérez Serrano, 2004a: 25).

Elementos de la investigación *cualitativa* son también los individuos e instituciones que exigen un proceso. Con este método nos orientamos más a explicar que a interpretar. En las Ciencias Sociales no existe una clasificación que sea universalmente aceptada de las técnicas de investigación. Por tanto, tenemos técnicas distintas que varían según la información que

proporcionan, según las formas de utilización, según los datos a recoger, etc. Podemos citar entre otras: La observación participante; la entrevista; la encuesta; las historias de vida; los tests, cuestionarios y escalas; los grupos de discusión; la experimentación; las medidas psicofisiológicas, etc. (Pérez Serrano, 1998).

Todas esas *técnicas* son procedimientos o instrumentos para obtener datos y, por tanto, todas deben tener aseguradas los criterios de calidad de dicha medida (fiabilidad y validez), por lo que deben estar sometidas a criterios metodológicos.

La *metodología cualitativa* sigue el modelo hipotético-deductivo y es de carácter objetivo. Facilita el conocimiento de las grandes tendencias de la realidad social considerada como un hecho objetivo. Busca los hechos de los fenómenos sociales con independencia de la interpretación subjetiva del investigador y actor. Este paradigma necesita en muchas ocasiones de los aportes de la *metodología cuantitativa*, dado que facilita el conocimiento de las grandes tendencias de la realidad social, considerada como un hecho objetivo.

El **método cuantitativo** se dedica a recoger, procesar y analizar datos cuantitativos o numéricos sobre variables previamente determinadas. Esto hace darle una connotación que va más allá de un mero listado de datos organizados como resultado; pues estos datos que se muestran en el informe final, están en total consonancia con las variables que se declararon desde el principio y los resultados obtenidos van a brindar una realidad específica a la que estos están (Sarduy Domínguez, 2007).

El producto de una investigación de corte cuantitativo será un informe en el que se muestre una serie de datos clasificados, sin ningún tipo de información adicional que le dé una explicación, más allá de la que en sí mismos conllevan. Desde este punto de vista, se podría pensar que los estudios cuantitativos son arbitrarios y que no ayudan al análisis de los resultados más que lo que han mostrado por sí solos. Esto no es así pues con un estudio de este tipo se muestran además las características de estos datos que han sido organizados (ídem, 2007).

La combinación de las dos, cualitativa y cuantitativa, puede aportar una gran riqueza de interpretación, de tal forma que se pueda aprovechar lo mejor de cada modelo, para obtener una visión más global y aproximada a la realidad (Pérez Serrano, 2004a).

En las Ciencias Sociales, la complementariedad en algunas ocasiones, puede no ser necesaria porque depende de los objetivos de la investigación, en otras, en cambio, se hace no sólo necesaria sino imprescindible.

El proceso de **triangulación hermenéutica** es la acción de reunión y cruce dialéctico de toda la información pertinente al objeto de estudio surgida en una investigación por medio de los instrumentos correspondientes, y que en esencia constituye el corpus de resultados de la investigación. Por ello, la triangulación de la información es un acto que se realiza una vez que ha concluido el trabajo de recopilación de la información. El procedimiento práctico para efectuarla pasa por los siguientes pasos: seleccionar la información obtenida en el trabajo de campo; triangular la información por cada estamento; triangular la información entre todos los estamentos investigados; triangular la información con los datos obtenidos mediante los otros instrumentos y; triangular la información con el marco teórico (Cisterna Cabrera, 2005: 68).

La **triangulación** es el uso de múltiples métodos en el estudio de un mismo objeto. Esta es la definición genérica, pero es solamente una forma de la estrategia. Es conveniente concebir la triangulación envolviendo variedades de datos, investigadores y teorías, así como metodologías (Arias Valencia, 2009). Rodríguez Sabiote y Gutiérrez Pérez (2005: 4), definen la *triangulación metodológica* como el uso de al menos dos métodos, para direccionar el mismo problema de investigación. Según el número de métodos utilizados hay:

1. *Triangulación intramétodo (within-method triangulation)*, que consiste en la aplicación de varias técnicas de una misma aproximación metodológica en busca de consistencia interna y fiabilidad.
2. *Triangulación entre métodos (between or across-method triangulation)*, que consiste en la combinación de métodos de investigación diferentes en la medición de una misma unidad de análisis con el fin de paliar las limitaciones de cada método o bien determinar su grado de concordancia.

Cuando un método singular de investigación es inadecuado, la triangulación se usa para asegurar que se toma una aproximación más comprensiva en la solución del problema de investigación.

En la investigación educativa, psicológica y social, por su parte, la triangulación es el procedimiento que permite aceptar como razonables las explicaciones sobre el comportamiento y evaluación de las personas y el funcionamiento de los grupos e instituciones (ídem, 2005: 136).

La temática de este trabajo responde a una *combinación de métodos cualitativos*. De acuerdo con Ruíz Bolívar (2008: 17), el **enfoque multimétodo** (EMM) puede ser entendido como una estrategia de investigación en la que se utilizan dos o más procedimientos para la indagación sobre un mismo fenómeno u objeto de estudio a través de los diferentes momentos del proceso de investigación, como son: (a) la concepción de la investigación y preguntas asociadas; (b) la selección del enfoque de investigación; (c) el levantamiento y análisis de la información; y (d) la interpretación de los resultados e inferencia.

Como destaca Pérez Serrano (1998), el uso de métodos múltiples, el *multimethod approach* o enfoque multimetódico, contrasta con el método de enfoque sencillo que es más vulnerable.

El pluralismo integrador consiste en reconocer primero que se ha pasado de un exclusivismo a un pluralismo metodológico. Cada vez más los investigadores defienden un pluralismo metodológico de carácter integrador, que permite la coexistencia de investigaciones de la tradición positivista o neo-positivista con trabajos que se orientan hacia la comprensión en profundidad de los fenómenos. Se diría que ha llegado el momento en que la investigación orientada a la mejora y a la transformación social no debe deshacerse de alguno de los paradigmas dominantes, sino por el contrario ampliar el alcance de teorías y enfoques metodológicos (Pérez Serrano, 2004a: 26-27).

El uso de diseños de investigación de métodos múltiples para abordar un mismo objeto de estudio, ha recibido diferentes denominaciones en la literatura. Se han identificado, al menos tres categorías de este tipo de diseño, ellas son: *métodos mixtos*, *modelo múltiple* y *multimétodo*. Sin embargo, a pesar de su semejanza, ellos se diferencian entre sí. El *diseño de método mixto* es aquel en el que, teniendo una orientación epistémica común, permite integrar subsidiariamente estrategias y procedimientos de otro enfoque de investigación para estudiar un mismo objeto. El diseño de *modelo múltiple* supone la utilización de los enfoques cuantitativo y cualitativo en cada una de las fases del proceso de investigación (concepción de la investigación y preguntas asociadas, selección del enfoque de investigación, levantamiento y análisis de la información, interpretación de los resultados e inferencia). Finalmente, en el *diseño multimétodo* se utilizan

los enfoques cuantitativo y cualitativo de manera independiente sobre un mismo objeto de estudio y finalmente se valida la información obtenida mediante el procedimiento de la *triangulación* (Ruiz Bolivar, 2008).

Para la realización de esta investigación hemos aplicado los paradigmas socio-crítico y emergente, empleando el diseño multimétodo, es decir los enfoques cualitativo y cuantitativo para el análisis de la información y la hemos validado con el medio de la triangulación. Además, el empleo de ambos procedimientos cuantitativos y cualitativos en una investigación puede ayudar a corregir los sesgos propios de cada método, como correctamente destaca Sarduy Domínguez (2007).

### **7.1.3. El método y la técnica en la metodología**

**Método** sería “el camino que se sigue hacia algo”. En nuestro caso, los métodos de investigación serían los que utilizamos para aproximarnos a un conocimiento científico de la realidad social. El *método* es uno de los elementos necesarios de la estructura del trabajo educativo. Sin un método no se realiza eficazmente esta labor. El método es preciso porque el resultado de la educación no está determinado. La necesidad de marcarse intencionalmente un camino para lograr el efecto conveniente hace evidente la necesidad del método (Pérez Serrano, 1998: 178).

En la investigación se utiliza el método de **análisis documental** dentro del marco del análisis cualitativo y cuantitativo. El análisis documental permite pasar de un documento primario (bruto) a un documento secundario (representación del primero). Según Bardin (1977: 35), el análisis documental tiene como meta “*representar el contenido de un documento bajo una forma diferente de la suya original a fin de facilitar su consulta o localización de un estudio ulterior*”. El objetivo es el almacenamiento bajo una forma variable, y la facilitación del acceso al utilizador, de tal forma que obtenga el máximo de información (aspecto cuantitativo) con el máximo de pertinencia (aspecto cualitativo).

Constituye un proceso ideado por el individuo como medio para organizar y representar el conocimiento registrado en los documentos, cuyo índice de producción excede sus posibilidades de lectura y captura. La acción de este proceso se centra en el análisis y síntesis de los datos plasmados en dichos soportes mediante la aplicación de lineamientos o normativas de tipo

lingüístico; a través de las cuales se extrae el contenido sustantivo que puede corresponder a un término concreto o a conjuntos de ellos tomados aisladamente, o reunidos en construcciones discursivas. Por consiguiente, su finalidad es facilitar la aproximación cognitiva del sujeto al contenido de las fuentes de información (Peña Vera y Pirela Morillo, 2007: 59).

Para acceder a los documentos y seleccionar los que satisfacen, o aquellos que son relevantes a cierto perfil de interés, es necesario previamente realizar su tratamiento documental, a partir de una estructura de datos que responda a la descripción general de los elementos que lo conforman. Incluye la descripción bibliográfica o área de identificación (autor, título, datos de edición, etc.), así como la descripción del contenido o extracción y jerarquización de los términos más significativos, que se traducen a un lenguaje de indización (tesauros, tablas de materias, etc.) (Dulzaides Iglesias y Molina Gómez, 2004).

Del análisis documental se derivan productos informativos que son las bases de datos bibliográficas que contienen un gran número de registros y permiten la recuperación de información de forma muy rápida y eficiente y nos conducen a las páginas de las fuentes primarias que contienen el texto completo.

Por otro lado, **técnicas** serían los procedimientos, operaciones, pasos o procesos del método concreto que estamos empleando, subordinadas al propósito de dicho método. Proviene del griego “*technikos*”, de *técne*, arte. En general, es la habilidad para transformar la realidad observando una serie de reglas. Inicialmente tuvo dos sentidos: como arte práctico y como forma de actuación que se oponía a *episteme*: la ciencia, en cuanto que ésta es conocimiento o saber teórico. En la actualidad, el sentido de técnica ha quedado reservado a los procedimientos de actuación concretos y particulares, asociados a las distintas fases del método científico (Pérez Serrano, 1998: 184).

A pesar de la confusión existente entre técnica y método, provocada en cierta medida por parte de la proliferación de textos que se usan en la enseñanza, para los autores está clara la diferencia entre ellos. Según Rojas Tejada et al (1998: 25), las técnicas “son un elemento del método, en virtud de lo cual se debe ir desechando la actitud, todavía común en demasiados investigadores, de interesarse por problemas de investigación en función de la última de las técnicas aprendidas o dominadas, o de aquellos otros investigadores que sólo confían, por ejemplo, en la encuesta y no quieren saber nada de la observación o experimentación, y al



contrario”. Las técnicas se han de considerar como un aspecto del método que hace posible una recogida de datos acorde con el mismo. En definitiva, se trata de ver las observaciones como un encadenamiento lógico entre campo teórico, métodos y técnicas de investigación.

Para aclarar un problema podemos seguir diferentes rutas metodológicas. La distinción entre cualitativo-cuantitativo peca de inexacta y artificial. Se defiende la complementariedad de ambas metodologías dependiendo del tipo de investigación de que se trate.

Algunas de las **técnicas** utilizadas para la obtención de información son los cuestionarios/encuestas, las entrevistas, las historias personales, la observación participante, etc.

Una de las técnicas más importantes y más utilizadas en las Ciencias Sociales (Psicología, Sociología, Pedagogía, etc.), dentro del marco de la investigación cualitativa, es la *observación participante*. Es un sistema para obtención de información, que posteriormente será utilizada en la investigación.

La **observación participante** es la investigación que requiere la intervención social del investigador y los informantes en el entorno de éstos. Es decir, captar la realidad social y cultural de una sociedad o grupo mediante la inclusión del investigador en el colectivo objeto del estudio.

De acuerdo con Pérez Serrano (1998: 25), el observador participa en la vida del grupo u organización que estudia, entrando en conversación con sus miembros o estableciendo un estrecho contacto con ellos, de manera que su presencia no perturbe o interfiera de algún modo el curso natural de los acontecimientos. En este caso el investigador se somete a las reglas formales e informales del grupo social, participa en los distintos actos y manifestaciones de la vida; tiene acceso a sitios de reunión exclusivos del núcleo, etc.

La observación participante posee unas características definidas que la hacen diferente de otro tipo de observaciones utilizadas en investigación. Entre ellas se pueden destacar las siguientes: la observación participante se realiza para comprender la situación investigada, implica todos los sentidos, ver, sentir, oír, oler disfrutar o sufrir como lo hacen los propios protagonistas. Es formativa, el/la observador/a no para de aprender y formarse a lo largo de todo el proceso. La amplia experiencia en un contexto puede no ser del todo válida en otro diferente. Es heurística, utiliza la introspección, no busca verificar hipótesis formales. Se realiza de forma abierta, a la luz de todos los participantes del contexto; es narrativa, describe y comprende el objeto narrándolo. Se apoya en registros narrativos, el diario de investigación, en las historias de

vida, en las entrevistas en profundidad, en incidentes críticos, en datos y documentos de propio contexto... (Tójar Hurtado, 2006: 243-244).

La técnica de las *entrevistas* puede ser muy útil para recoger datos a los que no se puede tener acceso mediante la observación o los cuestionarios (Blaxter, Hughes y Tight, 2008: 188). En este tipo de investigaciones la entrevista cualitativa se refiere a la conversación mantenida entre investigador/investigados para comprender, a través de las propias palabras de los entrevistados, las perspectivas, situaciones, problemas, soluciones, experiencias que ellos tienen respecto a sus vidas (Munarriz, 1992: 192).

La técnica de *encuesta* es ampliamente utilizada como procedimiento de investigación, ya que permite obtener y elaborar datos de modo rápido y eficaz. Se puede definir la encuesta, siguiendo a García Ferrando (citado en Casas Anguita, Repullo Labradora y Donado Campos, 2003: 527), como “una técnica que utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recoge y analiza una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población o universo más amplio, del que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características”.

Entre sus características se pueden destacar las siguientes:

1. La información se obtiene mediante una observación indirecta de los hechos, a través de las manifestaciones realizadas por los encuestados, por lo que cabe la posibilidad de que la información obtenida no siempre refleje la realidad.
2. La encuesta permite aplicaciones masivas, que mediante técnicas de muestreo adecuadas pueden hacer extensivos los resultados a comunidades enteras.
3. El interés del investigador no es el sujeto concreto que contesta el cuestionario, sino la población a la que pertenece; de ahí, como se ha mencionado, la necesidad de utilizar técnicas de muestreo apropiadas.
4. Permite la obtención de datos sobre una gran variedad de temas.
5. La información se recoge de modo estandarizado mediante un cuestionario (instrucciones iguales para todos los participantes, idéntica formulación de las preguntas, etc.), lo que faculta hacer comparaciones intragrupalas (ídem, 2003: 527-528).

En la presente investigación hemos empleado la técnica de las encuestas para obtener la misma información tanto de los los/las participantes como de los profesionales de ambas

Comunidades Terapéuticas (Granada y Nicosia). También, porque presentan muchas ventajas (aplicación masiva, más rápida y examina varios temas, permite la comparación...) que nos permiten obtener los datos necesarios y acordes a los objetivos marcados. Del mismo modo, nos hemos basado en las técnicas de la observación participante e historias de vida que se contienen en los expedientes personales de casa sujeto.

A continuación presentamos analíticamente el diseño seguido en este estudio y el análisis de la información.

## **7.2. Diseño de la investigación y análisis de la información**

La problemática que presenta la población drogodependiente, de acuerdo con las investigaciones estudiadas y mostradas en la primera parte de este trabajo, es el consumo abusivo de sustancias y la debilidad que presentan los programas de las Comunidades Terapéuticas. Por tanto, hay que reforzar los factores protectores de los/las participantes y disminuir los factores de riesgo para prevenir las recaídas. En nuestro estudio, partimos de la *hipótesis* que los programas de Comunidad de Proyecto Hombre en Granada y de Pyksida en Nicosia no refuerzan los factores protectores de nuestros colectivos para evitar una futura recaída y alcanzar una abstinencia prolongada o definitiva.

Para estudiar la problemática que presenta nuestra población hemos planteado unas preguntas como son por ejemplo las siguientes: ¿Cuáles son los factores de riesgo y de protección de nuestros/as participantes?, ¿Cómo se pueden prevenir las recaídas?, ¿Está orientado el programa de Proyecto Hombre y/o de Pyksida a la prevención de recaídas?, ¿Cómo afecta la situación familiar y social a los/las participantes en relación con los factores de protección y de riesgo?, ¿Cuáles son los motivos que llevan a nuestros/as participantes al consumo de drogas?, ¿Cuáles pueden ser las causas que llevan a las personas a una recaída?, ¿Hay diferencias entre hombres y mujeres drogodependientes?, ¿Debería el programa de Comunidad diferenciar los métodos de tratamiento teniendo en cuenta el género y las necesidades que presenta cada uno para prevenir las recaídas?, ¿Pueden ser beneficiosas unas líneas de intervención basadas en el modelo socioeducativo?, etc.

El objeto de esta investigación es el *análisis socioeducativo del programa aplicado por la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre, Granada y de Pyksida, Nicosia* a fin de conocer sus características, impacto, dimensiones que emplean, etc. Lo que nos interesa investigar es la evolución de los/las participantes con el objetivo de ofrecer unas líneas de intervención basadas en el modelo socioeducativo. Nuestro enfoque se basa en la prevención de las recaídas, en el empoderamiento de los factores de protección y la minimización de los factores de riesgo.

Desde el modelo socioeducativo surge la necesidad de trabajar en dos perspectivas interdependientes (Añaños Bedriñana, 2010b):

- Desde la individualización/personalización de la intervención-actuación, servicios e infraestructura adaptadas a la situación de las personas en tratamiento, en este caso, de las personas en las Comunidades Terapéuticas, creación de grupos de prevención de recaídas, de empoderamiento de los factores protectores y minimización de los factores de riesgo, etc.
- Desde el enfoque sistémico-prevención integral, que pone de relieve la interdependencia continua entre los factores de riesgo, los factores mantenedores del problema y los protectores. Son cuestiones personales, interpersonales (familiares, grupos de iguales, etc.) y contextuales. La intervención personalizada puede quedarse insuficiente, puesto que los cambios de la persona adicta pueden producir cambios en su contexto.

Para la presente investigación la metodología que hemos seguido está basada en el objetivo general marcado, en este caso el análisis socioeducativo del programa de Comunidad de Proyecto Hombre en Granada y de Pyksida en Nicosia, en relación con los factores de protección y de riesgo y su relación con las recaídas.

Durante la investigación hemos empleado el proceso *multimétodo (diseño multimétodo)*, es decir, hemos utilizado los enfoques cuantitativo y cualitativo de manera independiente sobre el mismo objeto de estudio, las personas en tratamiento en la Comunidad de Proyecto Hombre y las de Pyksida, y finalmente se valida la información obtenida mediante el procedimiento de la *triangulación*.

Desde el enfoque *cualitativo*, nuestra metodología se basa en el *análisis socioeducativo del programa de Comunidad de Proyecto Hombre* en Granada y de *Pyksida* en Nicosia, de los

*expedientes* de los/as participantes y de los *cuestionarios aplicados*, tanto a los miembros como a los/las terapeutas, en función de unas categorías básicas acordes a los objetivos perseguidos en la investigación. En esta parte nos centramos a la historia personal de cada sujeto, es decir, a la historia familiar, al nivel educativo, a las recaídas y tratamientos anteriores, a los factores de protección y de riesgo, a la situación médica, al empleo, al uso de alcohol y drogas, a la situación legal y a las relaciones familiares/sociales.

En este trabajo el *análisis documental* se basará en fundamentar los aspectos básicos relacionados con las distintas sustancias legales e ilegales objeto de abuso, sus efectos físicos y psicológicos, a los factores de protección y de riesgo, a la prevención de las recaídas, a las diferencias de género en relación con el consumo de drogas, a las Comunidades Terapéuticas y sus programas, etc., así como información obtenida de instituciones públicas y privadas que se dedican a profundizar en el fenómeno del consumo de drogas. También, en archivos internos de las dos Comunidades Terapéuticas estudiadas, que aporten información sobre la programación de los Centros, sus objetivos, el procedimiento del ingreso a la Comunidad, la organización diaria, los instrumentos para el trabajo de crecimiento personal, etc.

Para el análisis documental se accedió a los documentos (expedientes) de los residentes de la C.T. de Proyecto Hombre en Huétor Santillán, en los archivos del Centro, con la mediación del Director de la Asociación de *Proyecto Hombre* en Granada y bajo la supervisión de los terapeutas en la Comunidad durante los meses de marzo a mayo de 2006.

Los expedientes a analizar eran los pertenecientes a los/las participantes de la Comunidad, encontrándose éstos en tratamiento, que habían abandonado el programa o que eran provenientes de otros programas o fases.

Lo mismo ha ocurrido con los residentes que participan en el programa de tratamiento de *Pyksida* en Chipre. Bajo la supervisión de los terapeutas y con el permiso previo del Director, hemos obtenido algunos datos de los expedientes de las personas que se encontraban en ese momento en la Comunidad pero no con la misma profundidad con que lo hicimos en la Comunidad de P.H. Esto se debe al hecho de que no podíamos acceder directamente a los expedientes ni sacar mucha información debido a la política de protección de datos vigente en ese centro.

### 7.2.1. *Corpus de los Expedientes*

El expediente formado en la Comunidad Terapéutica de *Proyecto Hombre* es una herramienta que reúne la información necesaria de cada persona en relación con su vida familiar y personal, consumo de drogas, vivencias de negación, nivel educativo, tratamientos anteriores, recaídas, etc. Inicialmente a las personas que ingresan en la Comunidad Terapéutica se les realiza una entrevista donde se evalúa su grado de motivación y posteriormente, en presencia de la familia, firman el Contrato terapéutico y el Contrato de compromiso de pago. Estos contratos, junto con todos los registros que se generan en el transcurso de la fase de Comunidad Terapéutica, son archivados en el Expediente del sujeto o Carpeta Terapéutica la cual se irá actualizando hasta que se proceda al traslado del mismo al Programa de Reinserción.

Concretamente, el *corpus de los expedientes* de la Comunidad de *Proyecto Hombre* está conformado por:

1. **Carpeta terapéutica** que contiene la siguiente información: Apellidos y nombre del sujeto, aportación económica voluntaria, efectos personales del residente, itinerario terapéutico (historia de consumo, aspectos relevantes de su historia familiar, historia social, historia afectiva-sexual, aspectos jurídicos, etc.), registro de grupos, registro de experiencia educativa, entrevista inicial (relación familiar, aspectos médicos, jurídicos, etc.) y la firma del sujeto y de la familia o de su acompañante.
2. **Anamnesis** realizada por un terapeuta cuando el/la residente pasa del programa de Acogida al programa de Comunidad. Contiene información sobre las relaciones familiares, relaciones interpersonales, relaciones afectivas, vivencias de negación<sup>5</sup>, historia de consumo, historia familiar propia, vivencias en la prisión. Del mismo modo contiene:
  - a. Historia de la familia o de pareja contada por los padres o por la pareja.
  - b. Programaciones de los fines de semana, realizadas por los/las participantes.
  - c. Documentos legales como cartas de la prisión, informe sobre la aportación del sujeto en la cárcel, etc.

---

<sup>5</sup> En la anamnesis las personas cuentan a los/las terapeutas vivencias que han vivido durante su vida y durante el periodo de consumo de drogas. Pueden ser las relaciones entre los miembros de la casa, con su pareja, vivencias de negación, es decir, cosas que han hecho en el pasado y no quieren recordar; vivencias que les hacen sentir mal y culpables (violencia, robos, malos tratos, etc.).

- d. Informes sanitarios del médico que atiende el sujeto, incluyendo radiografías, preinscripción de medicamentos, etc.

En cuanto a las características de los expedientes, tenemos que aclarar que no son homogéneos, especialmente en la cantidad y el tipo de información que se tenga sobre el caso, en lo que influyen variables como:

- No todos las personas aportan la misma información a los terapeutas.
- Muchos datos proporcionados por la familia son contradictorios o no son ciertos.
- Residentes en situación de retroceso de los cuales no se cuenta con los expedientes en la Comunidad.
- Abundante información que no se menciona en los expedientes, por ejemplo, el nivel educativo del usuario, la historia de consumo, etc. o son redactadas superficialmente, entre otros.

Paralelamente, los expedientes de los miembros en la *Comunidad de Pyksida* en Chipre, contienen información parecida. Están conformados por:

1. Evaluación del incidente, TDI, EUROPASI, evaluación psicológica, psiquiátrica y de terapia ocupacional.
2. Contratos de terapia – consentimientos por parte de los/las participantes, contratos clínicos.
3. Resoluciones del grupo clínico sobre la evolución del sujeto.
4. Declaraciones, correspondencia oficial, cuestiones jurídicas.
5. Analítica de sustancias.
6. Muestras de sangre para el SIDA, la hepatitis, pruebas de Mundaú y patológicas.
7. Notas de las reuniones individuales. En el proceso de tratamiento intervienen los siguientes profesionales: psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional y un consultor.
8. Evolución terapéutica.

Como hemos mencionado anteriormente, la información sacada de los expedientes de los/las participantes de Chipre es más limitada debido a la política de protección de datos seguida por la dirección del Centro.

Con referencia a la **decodificación de los datos**, los hemos desglosado de la siguiente manera: las unidades de análisis suman un total de 34 ítems para la Comunidad de Proyecto Hombre y 9 para la Comunidad de Pyksida que hacen referencia a la unidad de contexto. Hemos elegido las unidades y después de la enumeración de los datos hemos elegido las categorías.

Durante el análisis se efectuaron algunos cambios en la plantilla de registros de datos, añadiendo o suprimiendo, entre otras razones, porque se había partido de unos supuestos teóricos que aplicados tenían poca incidencia o porque se encontraron aspectos novedosos importantes. Se han analizado los 34 expedientes de la Comunidad de Proyecto Hombre y los 9 de Pyksida y, todo el trabajo de la categorización inicial fue manual puesto que no teníamos la posibilidad de trasladar la documentación fuera del Centro.

### **7.2.2. Esquema de categorías**

El *esquema de categorías* que hemos seguido para el análisis documental de los expedientes de cada residente es la siguiente:

#### **A. Perfil de los/las participantes:**

El análisis cualitativo se va a enfocar a los siguientes puntos:

##### **A. Datos personales.**

- A.1. Edad y sexo.
- A.2. Lugar de nacimiento y nacionalidad.
- A.3. Estado civil.
- A.4. Número de hijos de los/las participantes.
- A.5. Residencia actual.
- A.6. Número de miembros en el hogar.
- A.7. La situación familiar en relación con los factores de protección y de riesgo.
- A.8. La situación familiar y la prevención de recaídas.

##### **B. Situación socioeconómica.**

- B.1. Ocupación laboral de los/las participantes en relación con el género.



- B.2. Ocupación laboral de los padres y madres (progenitores de los/las participantes) y sus hermanos.
- B.3. Estado económico de la familia.
- B.4. Recursos económicos de los/las participantes.
- B.5. La clase social y la situación económica del participante como factor de protección y/o de riesgo.
- B.6. La ocupación laboral de los/las participantes como factor de prevención de recaídas.

***C. Educación y formación laboral.***

- C.1. Nivel educativo de los miembros en relación con el sexo.
- C.2. Nivel educativo de los padres y madres de los/las participantes.
- C.3. Participación en cursos o talleres de formación en relación con el género.
- C.4. La educación como factor de protección y su falta como factor de riesgo.
- C.5. La educación como herramienta para la prevención de recaídas.

***D. Estado sanitario y familiar.***

- D.1. Estado sanitario de los/las participantes en relación con el sexo.
- D.2. Consecuencias derivadas del uso de drogas.
- D.3. Enfermedades crónicas y/o mentales en la familia de los/las residentes en relación con el sexo.
- D.4. Adicción de los padres y madres y/o miembros del núcleo familiar en relación con el sexo.
- D.5. Adicción de los padres y/o familiares como situación de riesgo y causa de recaídas.

***E. Drogodependencias.***

- E.1. Edad de inicio de consumo en relación con el género y los factores de protección y de riesgo.
- E.2. Motivos de consumo en relación con el género y factores de riesgo.

- E.3. Dependencia de los/las participantes (tipo de sustancia).
- E.4. Frecuencia de consumo.
- E.5. La vida cotidiana de los miembros mientras estaban consumiendo.
- E.6. Ambiente en la familia durante el consumo.

***F. Tratamientos anteriores y recaídas.***

- F.1. Tratamiento anterior y recaída de los/las participantes en relación con el género.
- F.2. Motivos de las recaídas de los/las participantes.
- F.3. Relación con la justicia en proporción con el género y las recaídas.
- F.4. Las recaídas y el nivel educativo de los/las participantes.
- F.5. Las recaídas y su relación con la vida familiar, personal y relacional.

***G. El programa de intervención.***

- G.1. Altas-bajas de las personas en el programa en relación con el género.
- G.2. Primera vez en la Comunidad de Proyecto Hombre/Pyksida.
- G.3. La Comunidad Terapéutica y la superación de los problemas.
- G.4. Las normas de la Comunidad y la opinión de los miembros.
- G.5. Valoración de las actividades, métodos y personas en el tratamiento.
- G.6. El apoyo familiar como factor protector y la permanencia en el programa de tratamiento.

***H. Inserción social y laboral de los/las participantes en relación con el programa de Comunidad.***

- H.1. Preparación de los/las participantes para su reinserción socio-laboral y familiar durante el tratamiento en la Comunidad.
- H.2. La Comunidad y la adopción de aspectos positivos y cambio del estilo de vida.

### 7.2.3. *El programa socioeducativo de la Comunidad de Proyecto Hombre y de Pyksida*

De igual forma, se estudiará el programa que ofrece la Comunidad Terapéutica de *Proyecto Hombre* y de Pyksida y se analizarán en los siguientes niveles, teniendo siempre en cuenta la persona, los factores protectores y de riesgo y, la prevención de recaídas:

- (a) A nivel personal: desarrollo de nuevas conductas, maduración personal, sexualidad, autoestima, habilidades sociales, etc.
- (b) A nivel sanitario: alimentación, higiene, abstinencia de drogas, adoptar un estilo de vida más saludable, etc.
- (c) A nivel laboral: adquirir y recuperar hábitos laborales, formarse a nivel laboral, reinserción socio-laboral, los factores protectores etc.
- (d) A nivel socio-familiar: reinserción familiar y social.

Nos centramos en estos cuatro niveles porque son los prioritarios de intervención preventiva, según los enfoques de la Comunidad de Proyecto Hombre en Granada. Los hemos agrupado bajo estas cuatro denominaciones para distinguir los diferentes ámbitos en los que se centran los/las terapeutas. Estos cuatro niveles son además los más importantes para destacar tanto los factores de protección y de riesgo como también la prevención de recaídas. Igualmente, matizar cómo el propio programa de Comunidad de Proyecto Hombre proporciona las herramientas educativas que son necesarias para alcanzar una abstinencia definitiva o prolongada.

Estudiando estos ámbitos donde se enfoca el tratamiento en la Comunidad de Proyecto Hombre, podemos intervenir desde la perspectiva educativa y el modelo socioeducativo para proponer líneas que tendrán como objetivo la reeducación del residente, el reforzamiento de los factores protectores, la disminución de los factores de riesgo y la prevención de las recaídas. La adquisición de conductas positivas y herramientas educativas adecuadas para afrontar las situaciones de riesgo permitirán a nuestros/as participantes incorporarse en la sociedad en situación de igualdad.

Como correctamente destacan Olivar Arroyo y Pedrero Pérez (2004: 47), la Comunidad Terapéutica es un espacio de intervención donde se trabaja lo cotidiano y a través de la intervención en este ámbito, se trabajan las relaciones con los elementos que configuran el entorno social de cada individuo: normas, pareja, familia, amigos, tiempo libre, trabajo, etc. Si

entendemos la educación como la “disciplina que posibilita la transmisión de saberes y habilidades necesarias para que la persona circule libremente en la sociedad de su tiempo”, el entrenamiento intensivo en habilidades de relación con lo externo, coloca a la persona drogodependiente en una mejor situación de cara a conseguir una incorporación a su medio más adecuada.

De este modo la persona se reeduca y aprende a manejar las situaciones que le pueden llevar a una recaída, a ser más selectivo a la hora de relacionarse con la gente, formarse a nivel laboral, mejorar sus relaciones familiares y de pareja, vivir una vida sana...Estos cuatro niveles nos permitirán estudiar hasta qué punto los factores de protección y de riesgo se trabajan durante la estancia de los residentes en la Comunidad, igual la prevención de las recaídas.

Estos niveles se basarán en el *método cualitativo* y concretamente en la observación participante y en el análisis documental del programa ofrecido por los/las propias terapeutas. Teniendo en cuenta la vida personal, familiar, interpersonal y sociolaboral de cada sujeto, conseguida de los expedientes y los cuestionarios, nos vamos a basar en la triangulación de la información obtenida para interpretar los datos y proponer líneas de actuación para la mejora de la calidad de vida de nuestros/as participantes, especialmente en relación con los factores protectores, de riesgo y la prevención de las recaídas.

El análisis de los diferentes niveles se basa al **modelo socioeducativo** con el objetivo de vislumbrar un cambio personal y social. Lo que pretendemos es proponer unas líneas de intervención, basadas en la individualización/personalización de la intervención y desde el enfoque sistémico-prevención integral para ofrecer las herramientas educativas adecuadas a nuestros/as residentes para afrontar situaciones de alto riesgo cuando terminen su tratamiento.

La mediación educativa va a intervenir en los factores de protección, de riesgo y en las recaídas que presentan las personas en la Comunidad a nivel global y sistémico, apoyándonos a los Proyectos PEI (Proyectos Educativos Individualizados) y PEG (Proyectos Educativos Grupales).

Los *proyectos educativos individuales* (PEI) permitirán una intervención por áreas de prioridad referidas a la propia persona, su familia, su entorno social, económico, laboral y relacional, maternal, de vida de pareja, etc., con un enfoque global y sistémico de toda la situación (Pantoja Vargas, 2010).

Los *proyectos educativos grupales* (PEG) serán aptos para ayudar a los/las participantes en el aprendizaje de la comunicación, es decir, aprender a escuchar, dialogar, solucionar conflictos, consensuar normas de convivencia u organización y reparto de las tareas del hogar (ídem, 2010).

Lo que nos proponemos es presentar unas líneas de intervención a base de estos proyectos con la intención, si resulta factible, de reducir los factores de riesgo, empoderar los factores de protección y disminuir la posibilidad de una futura recaída. Todo esto se va a basar a la reeducación del sujeto y a la mejora de su situación existente.

Nuestra fundamentación se basará en los contextos del modelo socioeducativo; los programas de Comunidad de Proyecto Hombre y Pyksida, como veremos en el capítulo 8, se centran en lo terapéutico y no en lo educativo. Precisamente, el programa de Comunidad de Proyecto Hombre en Granada es un programa terapéutico-psicológico, se basa en lo espiritual y no en la reeducación del sujeto.

Las C.T. se basan en acciones, métodos, actividades, grupos que tienen como su prioridad la rehabilitación psicológica y física del residente de manera que la recuperación de la salud es su enfoque principal y sólo en segundo orden aparece la educación/reeducación. Esto se nota de la formación que tienen los terapeutas, en este caso los/las de la Comunidad de Proyecto Hombre y Pyksida, en su mayoría psicólogos/as, ex usuarios, enfermeros/as sociales...y no profesiones relacionados con lo educativo (pedagogos, educadores sociales...).

Dentro del marco de la investigación cualitativa hemos utilizado también la *observación participante* como parte de la preparación del campo para captar la realidad personal, sociolaboral y familiar de este colectivo mediante la inclusión en los grupos de tratamiento realizados durante nuestra estancia en las Comunidades de Proyecto Hombre en Granada y Pyksida en Nicosia.

Desde el punto de vista *cuantitativo* nos hemos dedicado a recoger, procesar y analizar datos cuantitativos o numéricos sobre variables que previamente hemos determinado. Son datos sacados principalmente de los cuestionarios como es la edad, el sexo, el nivel educativo, número de tratamientos anteriores y recaídas, etc. Para el análisis cuantitativo se emplearán programas informáticos como el Excel.

Con la *triangulación* de los datos cualitativos y cuantitativos y con el análisis documental, donde se reúne y cruce dialécticamente toda la información pertinente al objeto de estudio por

medio de los instrumentos correspondientes (expedientes, cuestionarios, observación participante), llegaremos a las conclusiones de nuestra investigación.

En definitiva, la presente investigación responde a un diseño descriptivo, interpretativo (cualitativo) y longitudinal, donde se empleará, por un lado, el método *descriptivo* con el que se pretende conocer y describir el programa de intervención de la C.T. de *Proyecto Hombre* y de *Pyksida* de Chipre. Por otro lado, con la *interpretación* de la información y basadas en el *paradigma socio-crítico* y *emergente* pretendemos estudiar el programa ofrecido por ambas Comunidades, los factores de protección y de riesgo de los/las participantes según se presentan en sus expedientes y de las respuestas obtenidas a través de las preguntas abiertas de los cuestionarios para hacer inferencias con el apartado teórico.

Se describe como una investigación *longitudinal*, es decir, estudio donde la unidad de análisis es observada en varios puntos en el tiempo. En nuestro caso hemos hecho un seguimiento de los/las participantes de la Comunidad de Proyecto Hombre a lo largo de un cierto periodo de tiempo que va de 2006 a 2009, para ver la evolución de los/las residentes y el porcentaje de personas que consiguen el Alta Terapéutica y no presentan recaídas.

En relación al programa de Comunidad de Chipre, sólo podemos limitarnos a una investigación descriptiva y poco interpretativa. Esto se debe principalmente a las normas establecidas en todos los Servicios de Salud Mental del Ministerio de Salud en Chipre. Hasta el momento de nuestra estancia en la C.T., ninguna persona podía entrar y participar en los grupos de tratamiento sin el consentimiento de todas las personas en el programa ni tener acceso a los expedientes personales de los/las participantes. Lo que se pretende con estas pautas es proteger la identidad y datos personales de los individuos y, evitar el estigma social y prejuicios que se producen en torno a las personas con problemas de drogadicción.

Conociendo nuestros datos y las necesidades de esta investigación, vamos a presentar en un apartado los datos derivados de los expedientes y cuestionarios de los/las participantes de la Comunidad de *Proyecto Hombre* y de *Pyksida* y en otro capítulo presentamos los datos destacados de los cuestionarios aplicados a los/las profesionales. El análisis socioeducativo se va a enfocar a los factores de protección y de riesgo y a la prevención de recaídas.

### 7.3. Objetivos

Para llegar a definir los objetivos de esta investigación es importante primero destacar la problemática que caracteriza esta población. Basándonos en este inconveniente procedemos a delimitar nuestros objetivos e intentar dar una respuesta a los mismos.

La dificultad a la que nos enfrentamos es el consumo abusivo de sustancias por parte de las personas que se encuentran en la C.T. de Proyecto Hombre en Granada, los factores de protección y de riesgo que esta población enfrenta y cómo el propio programa de Comunidad es capaz de actuar con el fin de que los/las participantes consigan una abstinencia definitiva o prolongada. Nuestro enfoque se centra en el programa y su análisis socioeducativo desde una perspectiva socio-crítica y emergente donde intentaremos mejorar la eficacia del programa con unas líneas de intervención socioeducativas. Prestaremos especial atención a los factores protectores y de riesgo para fortalecer y disminuirlos respectivamente y a la vez dar respuesta a la prevención de las recaídas.

Teniendo en cuenta todo lo mencionado, el **objetivo general** que se plantea es el *análisis socioeducativo del programa de la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre en Huétor Santillán, Granada (España) y del programa de Pyksida en Nicosia (Chipre) en relación con los factores de protección y de riesgo y su influencia en las recaídas.*

Es decir, se trata de investigar esos elementos del programa que benefician o perjudican la deshabitación prolongada o definitiva de los/las participantes con un análisis socioeducativo. Este análisis se centrará en cuatro niveles: el nivel personal, sanitario, laboral y socio-familiar. Todos estos niveles estarán relacionados con los factores protectores y de riesgo como también con la prevención de las recaídas. Nuestra propuesta, que se presenta al final de este trabajo, es para ambos programas aunque se ajusta más a la realidad española porque es donde hemos realizado la investigación principal y de mayor profundidad.

Asimismo, vamos a describir el programa de Comunidad de Pyksida en Chipre con la meta de sacar más información que nos ayudará hacer nuestras propuestas de intervención para el programa de Comunidad de Proyecto Hombre. Lo que pretendemos es, junto con otros programas de Europa, destacar algunas similitudes y/o diferencias, con el objetivo de proponer unas líneas de intervención para el programa de Comunidad de Proyecto Hombre.

Los **objetivos específicos** son:

- Conocer y analizar el programa de Comunidad de Proyecto Hombre y de Pyksida desde el enfoque socioeducativo.
- Analizar los métodos y elementos socioeducativos del programa de Proyecto Hombre orientados a la prevención de recaídas.
- Conocer el programa de la Comunidad Terapéutica de Pyksida como marco comparativo del estudio.
- Presentar los rasgos característicos del colectivo de ambas Comunidades Terapéuticas.
- Estudiar la historia personal y social de cada participante de la Comunidad de Proyecto Hombre y de Pyksida contenida en los expedientes y en los cuestionarios.
- Detectar los factores de riesgo en la población que influyen el consumo de sustancias y el actual mantenimiento de la abstinencia.
- Identificar los factores de protección hacia la prevención de recaídas.
- Analizar la situación de las mujeres en la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre y detectar las situaciones de riesgo y de protección en relación con el género.
- Proponer líneas de actuación de acuerdo a la población estudiada.

#### **7.4. Muestra**

La muestra de esta investigación se divide en dos partes: la primera es la población de la C.T. de *Proyecto Hombre*, en Granada, España y, la segunda la población de la Comunidad de *Pyksida*, Nicosia, Chipre, población más limitada y restringida.

El estudio de los expedientes de la Comunidad de Proyecto Hombre, realizada en 2006, incluye la totalidad de los miembros que se encuentran en la Comunidad Terapéutica en Huétor Santillán, Granada; se constituye de treinta y cuatro (34) personas, entre veintiséis (26) hombres y ocho (8) mujeres.

Los estratos de la muestra están formados por personas drogodependientes que:

- están en la fase de la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre.



- que están de retroceso, es decir, son las personas que no siguen las normas de la Comunidad y se les sitúa temporalmente en la primera fase del tratamiento -para reflexionar sobre los errores cometidos-, una vez superado el problema vuelven a su fase determinada.

- personas que durante la investigación abandonaron el programa de Proyecto Hombre.
- nuevos ingresos durante nuestra estancia en la Comunidad.

Hemos seleccionado a todos los/las participantes para formar parte de la muestra, porque tenemos la finalidad de obtener la totalidad de la información, ser más rigurosos y poder hacer conclusiones genéricas en una población con un número importante de participantes (34).

La muestra cambia cuando se aplican los cuestionarios el mismo año (2006) pero tres meses después, debido a los altibajos que ocurren en este tipo de programas. La totalidad de los/las residentes es de veinte personas, tres de los cuales son nuevos ingresos (tres hombres). Durante la aplicación de los cuestionarios tres personas pasaron a la tercera fase del programa (Reinserción), tres personas no estaban en la Comunidad por obligaciones del programa y otros estaban de retroceso.

El estudio de los expedientes, realizado en la C.T. de *Pyksida* en Nicosia, Chipre de junio a agosto de 2010, constituye el 75% de los miembros que se encuentran en la comunidad; se compone de nueve (9) personas, ocho hombres y una mujer.

Los estratos de la muestra de *Pyksida* están formados por personas drogodependientes que:

- están en la fase de la C.T. de *Pyksida*.
- que están de retroceso.
- una persona expulsada por los terapeutas por no asistir a los grupos de terapia en el horario predeterminado.

Hay un gran contraste entre los expedientes de los/las participantes de Proyecto Hombre y de los residentes de *Pyksida* en cuanto a la profundidad de los datos y la totalidad de los/las participantes. En el caso de *Pyksida* sólo hemos podido recoger datos de nueve de los doce expedientes y sin entrar en muchos detalles. Tres de las doce personas que están en la fase de Comunidad eran nuevos en el programa y todavía no tenían expediente ni habían rellenado el *EuropASI* herramienta que, según indica, incluye el historial personal y de adicción de cada persona.

A la hora de aplicar los cuestionarios contestaron sólo seis (6) de las doce (12) personas encuestadas. Según las normas de Chipre y como hemos mencionado anteriormente, los participantes en tratamiento tienen el derecho de aceptar o no su implicación en una investigación realizada en la Comunidad por una persona ajena al programa. Las seis personas que contestaron a los cuestionarios estaban en la fase de la Comunidad en ese momento.

### **7.5. Métodos utilizados en la investigación**

La metodología que se va a utilizar para realizar esta investigación se puede sintetizar en informaciones cuantitativas y cualitativas extraídas de los expedientes personales de cada persona, de los programas de intervención y de la observación participante. También, se les aplicó un cuestionario, tanto a los/las participantes como a los/las profesionales, con el objetivo de tener más información sobre el programa y las necesidades de los miembros, como también las sugerencias de los/las terapeutas para mejorar el programa.

- ***Análisis documental de los expedientes:*** integrados éstos por una serie de documentos individuales de diversas fuentes, se encuentran la historia familiar, tratamientos anteriores, historia de consumo, vivencias de negación, historia afectiva-sexual, etc., que nos permitirá delimitar perfiles tipológicos de los participantes y caracteres generales del colectivo. Para realizar el análisis documental de expedientes se siguió un proceso preestablecido, con un cuestionario base que se cumplimentaba en función de los datos existentes en cada uno de los documentos relativos al historial de la persona objeto de estudio. Con esos datos se cumplimentaron un total de 22 ítems por cuestionario para la Comunidad de Proyecto Hombre y 25 ítems para la Comunidad de Pyksida, que perseguían la obtención de un perfil correspondiente a cada uno de los participantes de la Comunidad, homogéneo en todos los casos con el propósito de obtener un cuerpo común y válido, soporte de la investigación.
- ***Análisis socioeducativo del programa de Comunidad de P.H. y de Pyksida:*** centrándonos fundamentalmente en el análisis socioeducativo de la fase de “Comunidad” del programa de intervención de *Proyecto Hombre* y de *Pyksida*, donde estudiaremos el modelo educativo que reciben los/las participantes. Respecto al análisis del programa, se

buscaron respuestas a 29 ítems, planteados previamente en el documento de recogida de datos, estructurados en bloques que hacían referencia a ámbitos de intervención tan diversos como los motivos de abandono y de recaídas, formas de fortalecer el programa de tratamiento, evaluación de las normas y actividades del programa, la perspectiva de género...

De manera paralela se experimentarán las vivencias a través de la observación participante y, en el caso de nuestro estudio en la Comunidad de Proyecto Hombre, formando parte de la vida de la Comunidad como un sujeto más y permaneciendo en éste todo el día. En el caso de Chipre, nuestra participación ha sido más limitada debido a las normas y al protocolo que hay que seguir en establecimientos como es la C.T. Es muy importante vivir de cerca la experiencia de los residentes e incorporarnos a la vida de la Comunidad, para así poder participar en el programa y en las actividades de cada día, colaborar en las tareas del centro, formar parte con los encuentros de los/las residentes, en los grupos, etc.

En el caso de la Comunidad de Proyecto Hombre hemos analizado veinte (20) cuestionarios, la totalidad de los participantes en ese momento. En el caso de Chipre, hemos aplicado seis (6) cuestionarios, el número de personas que quisieron participar en nuestra investigación. Paralelamente, procedentes de Proyecto Hombre, tenemos seis (6) cuestionarios de los/las profesionales que están trabajando o han trabajado en la C.T., aplicados en mayo de 2009 y, cinco (5) de la C.T. Pyksida de Chipre, aplicados en agosto de 2010.

Los **cuestionarios de los participantes**, tanto en Granada como en Chipre, están formados por preguntas abiertas y cerradas (22 y 25 ítems respectivamente). La primera parte de los cuestionarios contiene preguntas abiertas relacionadas con su vida personal, como es por ejemplo, su nivel de estudios, el nivel de estudios de sus padres, cómo vivían cuando consumían, cómo era el ambiente en su casa durante la infancia, si había normas y responsabilidades en su casa, etc. La segunda parte del cuestionario se forma de preguntas relacionadas con el programa de *Proyecto Hombre* y *Pyksida* respectivamente. Se les pide expresar su opinión sobre la ayuda que les ofrece la C.T. para superar sus problemas, sobre las normas de la C.T., etc.

Al final de la segunda parte hay dos preguntas cerradas sobre el programa, las actividades desarrolladas en la Comunidad donde los participantes tienen que valorar de 1 a 5 (5 equivale a

“mucho” y 1 a “nada”). La última pregunta del cuestionario es abierta, donde pueden hacer observaciones sobre cualquier aspecto que puede ser mejorado. (cfr. Anexo V al final de la tesis). La única diferencia entre el cuestionario aplicado a los participantes de Proyecto Hombre y a los participantes en el programa de Pyksida son unas preguntas adicionales sobre las recaídas. En estas preguntas los miembros expresan cuál es para ellos el motivo de las recaídas y si creen que el programa de comunidad les puede ofrecer las herramientas adecuadas para no reincidir en el futuro.

El **cuestionario de los profesionales** está estructurado por preguntas abiertas y cerradas (29 ítems). En la primera parte los terapeutas tienen que registrar algunos datos personales como la edad, profesión, años de experiencia en el ámbito de las drogodependencias y los programas en los que trabaja o ha trabajado. La segunda parte contiene preguntas abiertas sobre los programas (Proyecto Hombre y Pyksida) y el tratamiento ofrecido. Las preguntas contienen los siguientes temas: en qué consiste el programa, si creen que el programa ayuda a las personas a cambiar su estilo de vida, qué cambiarían ellos en el programa para que fuera más efectivo, etc.

La tercera parte contiene preguntas abiertas sobre el fortalecimiento del programa, por ejemplo se les pregunta cómo piensan ellos que se pudiera mejorar el programa teniendo en cuenta el género de las personas, el nivel educativo, etc. La cuarta parte se dedica a la perspectiva de género en relación con el tratamiento, es decir, destacar si hay alguna necesidad específica de tratamiento para mujeres. Lo que queremos examinar en este apartado es si hay diferencias respecto al consumo de drogas entre hombres y mujeres, si en las recaídas presentan alguna diferencia por ser hombre o mujer, si el embarazo asume un papel importante a la hora de empezar el tratamiento, etc. Hay tres preguntas que son cerradas (una es igual que a la de los participantes para comparar los resultados) donde tienen que valorar del 1 a 5 (5 equivale a “mucho” y 1 a “nada”). Las últimas preguntas contienen información sobre el género y las herramientas educativas que ofrece el programa de Comunidad a las personas, los talleres de formación, etc. (cfr. Anexo IV al final de la tesis).

Se aplicaron cuestionarios a los/las participantes en tratamiento con la finalidad de tener datos sobre su perfil tipológico, es decir, datos personales como el lugar de nacimiento y de residencia, nivel educativo, tratamiento anterior, su vida durante el consumo, la ocupación

laboral, tanto de ellos como de sus padres, su opinión sobre el programa de Comunidad de Proyecto Hombre y Pyksida respectivamente, su valoración de las actividades desarrolladas, etc.

Cuestionarios se aplicaron también a los profesionales de la Comunidad para tener una imagen global sobre el programa. Los datos obtenidos son básicamente los siguientes: información sobre el programa de Comunidad de Proyecto Hombre y de Pyksida respectivamente y el tratamiento, cómo se puede fortalecer el programa según su opinión, la perspectiva de género en la Comunidad, cómo valoran ellos las actividades y métodos utilizados para los miembros en la Comunidad, cuáles creen que son las necesidades de los individuos para que sea mejorado el programa, las dificultades de los/las residentes, etc.

## 7.6. Fases del estudio de campo

Las fases del estudio de campo en los dos programas *-Proyecto Hombre y Pyksida-* son las siguientes:

- **Primera fase: Aproximación al contexto**

Esta fase de la investigación se ha desarrollado desde el 17 de marzo hasta el 2 de abril de 2006. Semanas que se ha permanecido en el Centro Ambulatorio del Albaicín (Acogida) de Proyecto Hombre, situado en la ciudad de Granada, con la meta de conocer el programa, viviendo la experiencia inicial. En dichas instalaciones también se ubican los servicios de Tratamiento Ambulatorio, reinserción de drogodependientes y de familias, voluntariado y gestión de toda la Asociación en la provincia de Granada.

- **Segunda fase: Estudio de la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre en Granada**

Comprendió del día 3 de abril hasta el día 15 de mayo de 2006, tiempo que se estuvo en la C.T. de Proyecto Hombre, situada en Huétor Santillán, Granada. Durante este periodo se ha realizado la observación participante donde, como unos usuarios más, participando en todas las actividades del itinerario, siguiendo las normas, dinámicas e instrumentos terapéuticos de la Comunidad. Paralelamente a la observación participante, se ha registrado toda la información de

los expedientes de los miembros y estudiado los contenidos socioeducativos de los programas aplicados. Finales de mayo del mismo año se les aplicó un cuestionario.

▪ **Tercera fase: Aplicación de cuestionario a los profesionales y seguimiento de los residentes en tratamiento**

Tres años después de la recopilación de datos y la primera fase de la investigación, volvemos a la C.T. de Proyecto Hombre en octubre y noviembre de 2009 para acordarnos del programa ofrecido y para aplicar un cuestionario a los terapeutas, como también para ver qué pasó con la gente que habíamos investigado tres años antes. A los cuestionarios nos han respondido 6 de los 7 profesionales.

▪ **Cuarta fase: Investigación en la Comunidad Terapéutica “Pyksida” en Chipre**

El estudio de campo en el programa de *Pyksida* se ha realizado en una sólo fase que ha durado tres meses. Durante estos tres meses estábamos participando en un grupo de tratamiento de los residentes, recogíamos la información necesaria de sus expedientes y aplicamos los cuestionarios, tanto a los participantes como a los/las profesionales. Mientras, teníamos personal contacto con los miembros del grupo y compartíamos en su tiempo libre vivencias personales de su pasado y de su presente. Del mismo modo, asistimos a la inauguración de la C.T. que se celebró finales de junio y también, a un teatro que organizó el Servicio de la Policía en Chipre que lucha contra la droga con la colaboración de los/las participantes que estaban ese momento en tratamiento. La investigación duró tres meses, del 1 de junio de 2010 hasta el 31 de agosto del mismo año.

▪ **Quinta fase: Análisis**

Una vez registrada la información correspondiente de los expedientes, los programas, los cuestionarios y de la observación participante se procede a volcar la información a la base de datos, elaborada para tal fin, interpretando y valorando los resultados, comparando éstos con otros estudios y con el apartado teórico de la investigación. De igual modo, efectuando la triangulación de la información y emitiendo las conclusiones.

## 8. ANÁLISIS SOCIOEDUCATIVO DE LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN DE *PROYECTO HOMBRE* Y DE *PYKSIDA* EN EL PROGRAMA DE LA FASE DE "COMUNIDAD"

---

En este apartado vamos a conocer y estudiar los programas de intervención de las **Comunidades Terapéuticas (C.T.) de *Proyecto Hombre (P.H.)*** en Granada (España) y de *Pyksida* en Nicosia (Chipre), centrándonos en el aspecto educativo y, concretamente, en los factores de protección y de riesgo como también en la prevención de recaídas.

Nuestro análisis socioeducativo de los programas de Comunidad de *Proyecto Hombre* y *Pyksida* se ha centrado en el esquema que se utiliza para la evaluación de proyectos sociales. De acuerdo con Pérez Serrano (2002: 31), la formulación precisa y concreta de un proyecto exige conjugar armónicamente todos los pasos que nos llevan a la consecución del mismo, tanto la fase de diagnóstico de necesidades, de identificación de objetos, de especificación de actividades, de tiempo de ejecución, como los recursos de que se dispone para llevar a cabo un proyecto.

Para Espinoza Vergara (1986; citado en Pérez Serrano, 2002), "la formulación del proyecto consiste en una identificación precisa del mismo, especificando sus objetivos, metas, actividades, calendario de ejecución y recursos".

Como Pérez Serrano (2002: 32) destaca en su obra, Ander-Egg en 1981 señaló que para formular un proyecto o programa hay que responder a una serie de preguntas que son:

- 1- La naturaleza del proyecto (idea central del proyecto y el origen de la idea).
- 2- Fundamentación (antecedentes que detectó el diagnóstico y justificación doctrinaria y técnica).
- 3- Objetivos (logros que se pretende alcanzar con la ejecución de una acción).
- 4- Metas (señalar cuánto queremos alcanzar de cada objetivo y de qué calidad).
- 5- Localización (área geográfica donde se ubicará señalando el lugar específico de su funcionamiento).

- 6- Metodología (el conjunto de actividades que se desarrollan).
- 7- Ubicación en el tiempo (calendarización del programa o calendario de las actividades).

Para el análisis socioeducativo de los programas de la fase de “Comunidad” de Proyecto Hombre, Granada y Pyksida, Nicosia hemos utilizado nuestro propio esquema donde hemos añadido unas cuestiones complementarias como la perspectiva de género en las Comunidades Terapéuticas y el seguimiento de los/las participantes. El esquema utilizado es el siguiente:

- 8.1.1. El programa de Comunidad de Proyecto Hombre y de Pyksida.
- 8.1.2. Naturaleza del programa.
- 8.1.3. Justificación del programa.
- 8.1.4. Los objetivos.
- 8.1.5. Las Estrategias y Actividades.
- 8.1.6. Lugar donde se realiza el programa.
- 8.1.7. Cobertura del proyecto.
- 8.1.8. La temporalización/calendario.
- 8.1.9. Los recursos.
- 8.2. Otras perspectivas: el género en las Comunidades Terapéuticas de Proyecto Hombre y Pyksida y seguimiento de los/las participantes.

De acuerdo con el esquema presentado, hemos obtenido información de los distintos centros sobre el funcionamiento de los mismos, las normas, los horarios, la programación, etc., como también, testimonios derivados de los cuestionarios aplicados a los/las profesionales de cada Comunidad. En algunas preguntas relacionadas con las actividades del programa, los métodos utilizados y las personas (terapeutas y participantes), hacemos referencia a estos últimos y a las respuestas que nos dieron en los cuestionarios con el propósito de comparar la opinión y el grado de satisfacción entre profesionales y participantes. En el siguiente capítulo (noveno) hacemos un análisis más profundo sobre el perfil de estos/as participantes basado en sus expedientes y en los cuestionarios aplicados.

Como hemos analizado en el primer capítulo, los “**factores de protección**” son agentes asociados con la prevención del abuso de drogas, tales como el auto-control, la atención



paterna/materna, la competencia académica, las habilidades de no usar drogas y las amistades sanas (Hanson, Venturelli y Fleckenstein, 2011: 536). Al contrario, los “**factores de riesgo**” son esas situaciones que llevan al consumo de drogas, como por ejemplo, el comportamiento agresivo desde la infancia, la falta de supervisión por parte de los padres, los/las amigos/as consumidores/as, la disponibilidad de las drogas, la pobreza, etc. (ídem, 2011).

Como consecuencia, el fortalecimiento de los factores protectores y la utilización de estrategias cognitivas y conductuales en situaciones de riesgo pueden prevenir una futura **recaída**. El enfoque de este capítulo se centra precisamente en analizar la medida en que los programas de intervención y, especialmente el programa de Comunidad de P.H., facilitan a los/las participantes las herramientas educativas adecuadas para prevenir las recaídas, fortalecer los factores protectores y reducir los de riesgo.

En el caso del programa de la **Comunidad de P.H.**, hemos explorado y vivido la experiencia desde la perspectiva del observador participante. Hemos estado integradas en las actividades del Centro, en los grupos y tareas de la Comunidad, como uno/a más.

En el caso de la **Comunidad de Pyksida** en Nicosia, nuestra presencia ha sido más corta debido a las normas del Centro; hemos acudido a los grupos de la Comunidad en ciertos momentos de manera que nuestra implicación ha sido muy limitada. De todos modos, vamos a presentar su programa de Comunidad como nos lo han facilitado los/las terapeutas (documentos internos) y de acuerdo a la información obtenida a través de los cuestionarios.

Antes de presentar los programas, vamos a delimitar brevemente el perfil de los/las terapeutas de los programas, su formación, años de experiencia, etc., según los cuestionarios aplicados que constaban de 29 ítems. El cuestionario era autorrellenable y tenía dos partes: la parte cualitativa (preguntas sobre la eficacia del programa, la perspectiva de género, las necesidades de los residentes, sus aspectos positivos, etc.) y, la cuantitativa (valoración de las actividades y métodos utilizados, las necesidades de los participantes para mejorar el programa y los ámbitos en que éstos/as tienen más dificultad) (cfr. Anexo IV al final de la tesis).

- ***Perfil de los/las terapeutas de la Comunidad de Proyecto Hombre (P.H.) y Pyksida***

En la **Comunidad de P.H.** había seis profesionales, tres hombres y tres mujeres. La **edad** de los hombres terapeutas oscilaba entre los 36 y los 48 años, mientras que las mujeres tenían de 29

a 41 años. En general, el equipo profesional del programa de P.H. era joven y con mucha experiencia en el ámbito de las drogodependencias.

Respecto a la **cualificación profesional**, entre las mujeres había dos psicólogas (66,6%) y una licenciada en derecho (33,3%). Las mujeres tenían una experiencia profesional de cuatro a nueve años. Entre los hombres, había un psicólogo (33,3%), un trabajador social (33,3%) y un ex-usuario (33,3%) que se formó como terapeuta en la escuela de P.H. Los hombres presentaban una experiencia profesional mayor que las mujeres, de siete a nueve años. Todos estos profesionales estaban desarrollando su actividad en las fases de Acogida, Comunidad y de Reinserción y contaban con la ventaja de conocer bien el programa completo de P.H., hecho que les permitía observar y valorar las necesidades, demandas y dificultades que podían presentar los/las participantes. La media de experiencia de las mujeres profesionales era de 7,3 años y la de los hombres de 8,3.

La mayoría de los/las profesionales había trabajado en las tres fases, Centro de Acogida, C.T. y Reinserción. Concretamente, tres de los/las profesionales, un hombre y dos mujeres, habían trabajado en las tres fases del programa de P.H.; los restantes, dos hombres lo hacían en Acogida y en Comunidad y una mujer en Comunidad y Reinserción. Una de las mujeres terapeutas estaba trabajando también en el Programa Joven y en programas de prevención de P.H. Uno de los profesionales que estaba trabajando en las tres fases del programa también lo hacía en el Programa Nocturno de apoyo (cocaína).

El cambio interno que se realiza cada dos años permite a los/las profesionales adquirir una perspectiva global del tratamiento (de las tres fases), renovar sus ideas y propuestas. Igualmente les permite conocer las dificultades y necesidades de los residentes en cada fase.

En la **Comunidad de Pyksida** se solicitó la respuesta a siete cuestionarios, pero sólo contestaron cinco terapeutas, cuatro mujeres y un hombre. El hombre tenía 42 años y la edad de las mujeres oscilaba entre los 37 y los 55 años. La mayoría eran enfermeros/as sociales y sólo había una psicóloga. El terapeuta tenía una experiencia profesional de siete años y las mujeres de uno a diez. En el momento de la investigación estaban desarrollando su actividad en la C.T. de Pyksida y en Reinserción. El hombre terapeuta había estado anteriormente trabajando en el

programa de desintoxicación llamado "ANOSI"<sup>6</sup> y luego se incorporó al programa de Pyksida. Una de las profesionales había trabajado una temporada en las cárceles de Chipre como psicóloga en el programa de prevención "KENCEA"<sup>7</sup> y en el último año se incorporó al programa de Comunidad de Pyksida. Otra de las terapeutas trabajaba en el programa "CEMEA"<sup>8</sup> y luego se unió al programa de Pyksida.

Teniendo en cuenta el perfil de los dos equipos profesionales, pasamos ahora a la presentación y al análisis socioeducativo de las C.T. de Proyecto Hombre y Pyksida.

### **8.1. Análisis socioeducativo de los programas de la fase "Comunidad" de *Proyecto Hombre* (Granada) y de *Pyksida* (Nicosia)**

Como hemos mencionado en la introducción del presente capítulo, analizaremos los programas de la fase "Comunidad Terapéutica" que se desarrollan en España y Chipre, para detectar hasta qué medida los componentes del tratamiento ayudan a la deshabitación prolongada o definitiva del residente, al fortalecimiento de los factores que le van a proteger en situaciones de riesgo y a la disminución de las posibilidades de recaer. En último término, nuestro objetivo es proponer unas líneas de intervención socioeducativa para la mejora del programa de P.H., Granada (España).

---

<sup>6</sup> "ANOSI" es una nueva y moderna unidad de rehabilitación gubernamental que proporciona el tratamiento para ayudar a los adictos en la primera etapa y la más crucial de su desintoxicación para la búsqueda de la liberación del uso de sustancias adictivas. La Unidad ofrece un programa de hospitalización la cual es voluntaria y restringida para un período corto y cubren las necesidades médicas, psicológicas y sociales de los adictos durante la etapa privativa con el fin de ofrecer un acceso más seguro y eficaz a la plena independencia. "ANOSI" es una Unidad de Rehabilitación funciona en un espacio adecuado y acogedor en el Antiguo Hospital de Limassol y es atendida por un equipo multidisciplinario de especialistas.

<sup>7</sup> "KENCEA" es una organización no gubernamental que tiene como objetivo la prevención en los ámbitos universal, selectiva e indicada y también, ofrece ayuda para el tratamiento y desintoxicación de personas adictas a las drogas.

<sup>8</sup> "CEMEA" forma parte de los Servicios de Salud Mental (Ministerio de Salud) y comenzó a funcionar en octubre de 1991 en el Centro de Salud Mental del Hospital General de Nicosia. Desde el 2003 se ha centrado en el tratamiento de las sustancias adictivas legales, como es el alcohol y los medicamentos. Es el único departamento de los servicios del Ministerio de Salud que ofrece tratamiento hospitalizado para personas dependientes de sustancias legales, y se divide en las siguientes fases: 1.Desintoxicación; 2. Movilización e incentivos de desarrollo; 3. Tratamiento psicológico y de desintoxicación; 4. Reinserción social y rehabilitación.

También ofreceremos la visión de los dos equipos profesionales sobre la perspectiva de género en el programa de Comunidad. En el caso de la Comunidad de Pyksida la información es mucho más limitada, hecho que no nos permite contrastar los dos programas en profundidad y llegar a más conclusiones. Igualmente, hay que señalar que los contenidos de los programas no nos han sido facilitados por ninguno de los dos programas de manera que de este elemento no se ha hecho el análisis.

Antes de presentar los programas, nos gustaría distinguir los términos “**terapéutico**” y “**educativo social**”. Las C.T. se basan en acciones, métodos, actividades, grupos que tienen como su prioridad la rehabilitación psicológica y física del sujeto de manera que la recuperación de la salud es su enfoque principal y sólo en segundo orden aparece la educación/reeducación. Como hemos descrito, los/las terapeutas de las C.T. de P.H. y Pyksida son en su mayoría psicólogos/as, enfermeros/as..., es decir, profesionales asociados al tema de la salud. No hay presencia de pedagogos/as y educadores/as sociales en ninguna de las Comunidades, profesiones directamente relacionadas con el trabajo educativo. Como correctamente destaca Olivar Arroyo (2010: 199), en las C.T. solemos encontrar la utilización del término “educación” o “educativo” como manera de “decorar” ciertas actuaciones.

De acuerdo con el mismo autor (ídem, 2010: 208), las **características del trabajo socioeducativo** son: 1) gran diversidad de ámbitos de intervención y dificultad para delimitar el campo a abarcar; 2) diversidad de las personas destinatarias y necesidades educativas relacionadas con situaciones problemáticas; 3) mayor peso de los aprendizajes de procedimientos, habilidades, actitudes y valores frente a los de meros contenidos; 4) relación de las y los educadores sociales con otros profesionales e importancia del papel del voluntariado; 5) poca tradición en la formalización de los planteamientos didácticos en esta disciplina.

La profesión del Educador Social se construye desde la práctica reflexiva tanto como desde la reflexión práctica. El/la educador/a social debe aceptar al drogodependiente como una persona con déficits y carencias, pero también con potenciales y capacidades ya adquiridas que pueden ser de gran utilidad para el trabajo educativo; la relación, así, deberá establecerse en términos oblicuos y dinámicos, contando con variables de carácter personal del sujeto y de carácter situacional (Olivar y Tembrás, 2007; citado en Olivar Arroyo, 2010).

En el **ámbito individual**, una de las herramientas educativas que se pueden utilizar por los educadores sociales es el “Modelo Transteórico” de Prochaska y DiClemente que hemos estudiado en el capítulo 3 de este trabajo. De acuerdo con Olivar Arroyo (2010), la labor educativa podría desarrollar, de manera muy adecuada, actuaciones para la mejora de los procesos de contra-condicionamiento, reevaluación ambiental, autoliberación, liberación social, manejo de contingencias y apoyo social.

En el **ámbito grupal**, se pueden desarrollar dinámicas grupales: ambiente, heterogeneidad, estilos comunicativos, normas grupales, control social, rol de cada componente... Los contenidos a abordar dentro del trabajo socioeducativo con grupos formados por personas drogodependientes podría ser la educación para el ocio y el tiempo libre, educación para la no violencia, coeducación, educación prelaboral, educación cultural, educación ambiental, educación sobre el consumo, animación sociocultural y educación intercultural (ídem, 2010).

Por último, en el **ámbito comunitario** hay que tener presente que en la C.T., “lo educativo es la vida cotidiana” (Comas, 2006; citado en Olivar Arroyo, 2010). En primer lugar, la vida en comunidad ofrece posibilidades de actuación en lo cotidiano en momentos tales como las comidas, los momentos de tiempo libre, los episodios de insomnio, el desempeño de labores de mantenimiento y limpieza, etc. En segundo lugar, la cultura de la C.T. ofrece un apoyo al educador y éste, a su vez, la retroalimenta con cada acción socioeducativa que pone en marcha en estos espacios no reglados; este proceso de encuadre y mantenimiento cultural se da minuto a minuto, día a día, a través del trabajo del educador.

Con la incorporación de educadores/as sociales en las C.T. y poniendo todo lo mencionado anteriormente en práctica, las personas drogodependientes pueden seguir desarrollándose y adquirir esas capacidades que les van a servir para reincorporarse de nuevo en la sociedad. En este capítulo lo que vamos a observar es hasta qué medida las dos C.T. de España y Chipre enfocan lo “terapéutico” o lo “educativo” en orden a hacer ciertas propuestas de mejora basadas en acciones socioeducativas.

### **8.1.1. El programa de Comunidad de Proyecto Hombre y de Pyksida.**

**Proyecto Hombre** es una Organización Solidaria que ha creado un programa educativo-terapéutico para la rehabilitación y reinserción sociolaboral de personas con problemas de drogas y otras adicciones prestando también atención a la prevención. El objetivo global es pasar de la

dependencia a la autonomía personal. Presta una atención especial a la familia que pasa a formar parte del Programa desde el momento que ésta solicita ayuda. Se invita a los familiares a que asistan a seminarios formativos, entrevistas personalizadas, escuelas de padres/madres, grupos familiares y grupos de autoayuda entre otras intervenciones (Asociación de Proyecto Hombre Granada, 2010).

El programa de Comunidad abierta **Pyksida** de Chipre es un programa gubernamental que pasó por varias fases. Hacia finales del 2009 empezó su cambio cuando de Comunidad Terapéutica cerrada se transformó en un programa Intensivo de Rehabilitación y paralelamente se trasladó a un sitio más céntrico de la ciudad para facilitar el acceso a los participantes (Comunidad Terapéutica de Pyksida, 2010).

La primera pregunta del cuestionario relacionada con el programa de la fase de Comunidad se centra en saber “*¿en qué consiste el programa de Proyecto Hombre/Pyksida?*”. Dos terapeutas, un hombre y una mujer, de la **Comunidad de P.H.** destacan:

- PR.PH.4: Terapeuta, ex usuario, 48 años: “*Es educativo, terapéutico*”.
- PR.PH.5: Psicóloga, 29 años: “*Rehabilitación e integración social plena de la persona. Deshabitación de la adicción y dotarlos de habilidades y herramientas a los residentes para hacer frente a la realidad que se les presenta, educar en valores; que aprendan un estilo de vida saludable, aceptarse tal y como son, etc.*”.

Los/las profesionales de **Pyksida** señalan:

- PR.PYK.1: Enfermera social, 55 años: “*El programa de tratamiento es una propuesta terapéutica alternativa para personas adultas drogodependientes, sus familias y personas cercanas. Ofrece programas de deshabitación de las drogas en combinación con un estilo de vida saludable y creativo*”.
- PR.PYK.2: Enfermera social, 38 años: “*Incluye tres fases: Fase A: preparación; Fase B: programa intensivo de día; Fase C: Reinserción y luego hay seguimiento (Follow Up)*”.
- PR.PYK.3: Enfermero social, 42 años: “*En el programa de tratamiento de Pyksida se aceptan personas mayores de 22 años con dependencia de sustancias psicoactivas ilícitas. En la segunda fase es el tratamiento intensivo que dura seis meses y la tercera fase de reinserción que dura seis meses. Luego hay seguimiento (Follow up)*”.
- PR.PYK.4: Psicóloga, 38 años: “*Tres fases: grupos estructurados y psicoterapia*”.

- PR.PYK.5: Enfermera social, 37 años: *“Programa de tratamiento abierto que se dirige a personas adultas que consumen sustancias ilegales. Incluye grupos terapéuticos para lograr cambios de comportamiento y la independencia de los miembros”*.

Ambos programas pretenden la deshabituación del consumo de drogas, el tratamiento terapéutico, los cambios de comportamiento basados en herramientas educativas y psicológicas, en la adopción de estilos de vida saludables, en la mejora de las relaciones interpersonales, etc. Los dos programas desarrollan las tres fases de Acogida, Comunidad y Reinserción y aunque hablan de tratamiento educativo, las actividades y métodos utilizados están basados en técnicas psicológicas y no educativas.

En la siguiente pregunta, *“En relación con el programa de Comunidad, ¿cree que el programa ayuda a las personas a cambiar su estilo de vida y abandonar el consumo de drogas? y ¿por qué?”*, todos/as los/las terapeutas de la *Comunidad de P.H.*, contestaron positivamente.

- PR.PH.1: Psicólogo, 36 años: *“Sí, porque a los que hacen Proyecto Hombre se les enseña y potencia sus recursos personales y sociales”*.
- PR.PH.2: Licenciada en derecho, 41 años: *“Sí, porque ayuda a cambiar hábitos de vida, trabaja la conducta”*.
- PR.PH.3: Psicóloga, 36 años: *“Sí, porque el objetivo es conocer el origen de sus problemas y de sus recursos y habilidades para afrontarlas. Aprender otros nuevos que le ayuden en el futuro”*.
- PR.PH.4: Terapeuta, ex usuario, 48 años: *“Sí, por el porcentaje de altas que mantienen la abstinencia y el nuevo estilo de vida”*.
- PR.PH.5: Psicóloga, 29 años: *“Sí, puesto que en esta fase hacen un conocimiento personal, gestión de sentimientos y profundizan en la parte afectiva. Es la fase en la que identifican el problema existencial por el que la persona esté pasando o haya pasado y le haya condicionado en su vida provocándolo a caer en el consumo”*.
- PR.PH.6: Trabajador social, 40 años: *“Sí, se le da una anatomía y una mejor calidad de vida”*.

Los/las terapeutas de **Pyksida** dicen:

- PR.PYK.1: Enfermera social, 55 años: *“Sí, con su participación en programas de tratamiento reconocen los comportamientos que les pueden llevar a una recaída, y se fortalecen”*.
- PR.PYK.2: Enfermera social, 38 años: *“Sí, les ayuda reconocer el comportamiento que no les deja cambiar. Fortalecen los motivos para el cambio y desarrollan las defensas para prevenir una recaída”*.
- PR.PYK.3: Enfermero social, 42 años: *“Sí. Se fortalecen los motivos, el reconocimiento de las conductas que presentan dificultad en adaptarse y se cambian a positivas. Control de los estímulos y lo que produce y provoca el consumo de sustancias”*.
- PR.PYK.4: Psicóloga, 38 años: *“Sí. Es un programa intensivo con muchas horas de terapia”*.
- PR.PYK.5: Enfermera social, 37 años: *“Sí, porque a través de su participación, tienen la oportunidad de identificar las conductas disfuncionales y adoptar nuevas formas, nuevas actitudes y comportamientos”*.

Los dos programas, según estas manifestaciones, obtienen el cambio de la conducta adictiva y modifican las actitudes problemáticas que han llevado a la persona al consumo de drogas. Ambos enfocan los hábitos y comportamientos negativos para evitar la recaída mediante el cambio de los estilos de vida y la adopción de conductas positivas. Sin embargo, se puede afirmar que no todos/as los/las que acuden al programa de P.H. y Pyksida se sienten ayudados con los métodos que utilizan los/las profesionales y no les resulta tan fácil cambiar su estilo de vida. De hecho, casi la mitad de los/las participantes abandona la Comunidad porque el programa les resulta muy duro. Por ejemplo, las confrontaciones, las voces en la casa, el enfoque en los comportamientos negativos, etc., eran algunos de los métodos que utilizaban en la Comunidad de P.H. que no tenían carácter educativo y utilidad.

Se evidencia la necesidad de una perspectiva educativa en el tratamiento, como por ejemplo, conocimientos sobre las sustancias, los motivos que pueden provocar las recaídas, formas de protegerse del consumo de drogas, controlar los impulsos que les pueden llevar a situaciones de riesgo, etc. También adoptar los Programas Educativos Individuales (PEI) y Grupales (PEG)



para disminuir el porcentaje de personas que abandona el tratamiento y apostar por una abstinencia prolongada o definitiva basada en la fortaleza de los factores protectores y en la disminución, en la medida posible, de los factores de riesgo para evitar las recaídas.

En la pregunta, “*¿Por qué cree que hay un porcentaje de personas que abandona el programa de Proyecto Hombre/Pyksida cuando está en la fase de Comunidad?*”, cuatro de los/las seis profesionales de la **Comunidad de P.H.** contestaron lo siguiente:

- PR.PH.1: Psicólogo, 36 años: “*Abandonan el programa por desmotivación, por la exigencia y la presión*”.
- PR.PH.3: Psicóloga, 36 años: “*Es difícil afrontar su realidad*”.
- PR.PH.4: Terapeuta, ex usuario, 48 años: “*Abandonan por falta de motivación, consumos reiterados por no aceptar la terapia, por no adecuarse el programa a las necesidades del usuario*”.
- PR.PH. 5: Psicóloga, 29 años: “*Lo hacen por falsa seguridad, piensan que están curados. Las dificultades económicas, la falta de conciencia del problema y no aceptar la metodología del trabajo*”.

En la misma pregunta, los/las profesionales de **Pyksida** dan las siguientes contestaciones:

- PR.PYK.1: Enfermera social, 55 años: “*Recaídas, absentismo de los grupos realizados en el programa, por romper las normas del programa*”.
- PR.PYK.2: Enfermera social, 38 años: “*Poca motivación, recaídas*”.
- PR.PYK.3: Enfermero social, 42 años: “*Falta de motivación*”.
- PR.PYK.4: Psicóloga, 38 años: “*Baja demanda de tratamiento*”.
- PR.PYK.5: Enfermera social, 37 años: “*Debido a las recaídas y al consumo de sustancias y, también, por romper los reglamentos y límites que les impone el programa*”.

Los/las profesionales de **P.H.** señalan que la falta de motivación es una de las primeras causas de abandono; igualmente los consumos reiterados, la exigencia y la presión del programa, la sensación de estar curados, la dificultad de reconocer su adicción, los problemas económicos...

La opinión del equipo profesional de **Pyksida** coincide con la de los/las terapeutas de Proyecto Hombre. Por ejemplo, dicen que los/las participantes suelen abandonar la Comunidad

por falta de motivación, porque recaen a las drogas y porque no respetan las normas y los límites del programa.

Las recaídas, la falta de motivación, la violación de las normas y límites de los programas y los problemas económicos en la familia son los más destacados por los/las terapeutas. Consideramos que ambos programas deben individualizar el tratamiento para detectar las necesidades personales de cada miembro y adaptar el proceso educativo a cada uno/a. Los/las educadores/as sociales, con sus prácticas educativas pueden reeducar a los/las residentes y ayudarles a detectar los factores de riesgo y de protección y prevenir las recaídas.

### **8.1.2. Naturaleza del programa**

La **Comunidad de P.H.** es entendida como una casa estructurada en función del crecimiento responsable de todos. Dentro de ella se realiza un trabajo terapéutico en las áreas comportamental, cognitiva, afectiva, formación reglada/no reglada y decisonal del individuo. Para alcanzar los objetivos propuestos en estas áreas es necesario un margen de tiempo amplio, en régimen de internado, con la flexibilidad que da el trabajar con personas y tener como principio básico el respeto al ritmo y el momento de la persona y apoyar, incondicionalmente, las necesidades terapéuticas del residente. Para poder pasar a la fase de Comunidad, el sujeto debe haber superado los objetivos de la fase de Acogida a criterio del equipo terapéutico de la misma. Todas las actividades que la persona haya desarrollado quedarán registradas en la Carpeta Terapéutica de Comunidad (Asociación de Proyecto Hombre Granada, 2010).

El programa de **Pyksida** se basa en una terapia grupal intensiva, incluyendo los fines de semana, dejando el tiempo libre necesario para el mantenimiento y reforzamiento de la vida social y familiar. En total se ofrecen en la primera fase del programa 10 horas de terapia grupal y en la fase principal (de Comunidad) 23 horas por semana. Los servicios ofrecidos por la Comunidad Terapéutica de **Pyksida** en Chipre son: 1) el proceso de admisión al programa de tratamiento, 2) la primera fase del programa, 3) la segunda que es la entrada en la C.T. y, 4) la tercera fase que consiste en el seguimiento del/la participante una vez que ha terminado el programa de tratamiento completo.

Al programa terapéutico de **Pyksida** pueden acudir personas dependientes de sustancias psicoactivas ilícitas que tengan más de 22 años y deseen asistir al programa de rehabilitación

intensiva. A continuación de la solicitud de ingreso pasan por otra evaluación que hacen en conjunto el psicólogo clínico, el terapeuta ocupacional y el consultor de la primera fase. Punto y seguido, se integran en la primera fase del programa. El acceso a la segunda fase (Comunidad Terapéutica) es gradual y tiene lugar cuando el grupo interprofesional considera que la persona está preparada para pasar a la Comunidad. La característica principal de la segunda fase es la intensidad de la terapia semanal con el comienzo a las 8 de la mañana hasta las 20h de la tarde el lunes, martes, miércoles y jueves. El viernes el programa empieza a las 8 de la mañana y dura hasta las 14:30h; los sábados y domingos el horario es de las 8h hasta las 17:30h. Esta fase dura unos seis meses (Comunidad Terapéutica de Pyksida, 2010).

Se observa que los dos programas son muy diferentes entre ellos. El programa de P.H. es cerrado mientras que el de Pyksida es intensivo de día. Éste además exige la edad de 22 años mientras que P.H. acepta personas desde los 18 años.

En ambos programas falta el enfoque educativo e individualizado. Casi todo el tratamiento se basa en terapias psicológicas grupales, cosa que limita a los participantes, especialmente a las mujeres por cuestiones personales como es el maltrato, la prostitución... a expresarse con libertad y encontrar solución a los problemas personales, familiares, de pareja (factores de riesgo)... que les llevó al consumo de drogas.

### ***8.1.3. Justificación del programa***

En el planteamiento inicial de la puesta en marcha de ***Proyecto Hombre Granada***, una de las intenciones principales fue la de establecer tres Fases en el Programa Base y, sobre todo, cubrir las necesidades terapéuticas y contar con centros para atender a todos los miembros con problemas de adicción a las drogas. Dentro de estas intenciones, constituía una necesidad fundamental contar con un centro de los denominados "*Comunidad Terapéutica*", donde se le ofreciera a los drogodependientes la posibilidad de realizar un trabajo de conocimiento personal, basándose en el protagonismo de cada uno, siendo reforzados por el entorno y el ambiente de convivencia de la Comunidad que, de esta manera, se convertiría en un gran grupo de autoayuda.

Nuestro interés –como ya hemos afirmado antes– se va a centrar en el *análisis socioeducativo del programa de la C.T. de Proyecto Hombre en Huétor Santillán, Granada, y de Pyksida, Nicosia, en relación con los factores de protección y de riesgo y su influencia en las recaídas*. La

idea es que con la ayuda de los equipos profesionales y la opinión de los/las participantes de este servicio propongamos unas líneas de intervención para mejorar algunos de los aspectos del programa de Proyecto Hombre.

Al preguntar a los equipos profesionales de las C.T. de P.H. y de Pyksida sobre *la fortaleza del programa y si el nivel educativo de la persona crea dificultades en el tratamiento (por ejemplo, abandonos, recaídas, etc.)*, dos hombres y una mujer terapeutas de la *Comunidad de P.H.* afirman que sí, que la educación afecta el tratamiento. Concretamente, uno de ellos dice:

PR.PH.1: Psicólogo, 36 años: “*Sí, a menor nivel, peor pronóstico*”. Lo contrario expresan dos terapeutas y otra de las profesionales afirma que el nivel educativo no afecta el tratamiento, sino a la motivación.

La mitad de los/la profesionales dice que la educación es un parámetro importante para el tratamiento y la otra mitad afirma que no es un elemento imprescindible para que tenga éxito el tratamiento. Pensando en los/las residentes que hemos observado podemos destacar que el nivel educativo juega un papel importante a la hora del tratamiento de los problemas de drogadicción. En la Comunidad, las personas que no tenían casi estudios, presentaban más dificultad para expresar sus sentimientos, levantarse para ir al cajón para escribir sus pensamientos, tenían menos conocimientos sobre las drogas e incluso tenían dificultad para darse cuenta de sus errores y buscar soluciones.

Cuatro de los cinco profesionales de *Pyksida* dicen que sí afecta el nivel educativo de la persona en su tratamiento. Sólo una de las mujeres destaca lo contrario.

En nuestra opinión, un nivel educativo medio-alto puede afectar positivamente al proceso de tratamiento de la persona y es posible tener más éxito que con personas con un nivel educativo bajo o sin estudios. Las personas con un nivel educativo bajo, según nuestra experiencia y vivencia, tienen más dificultad para expresarse, seguir las demandas y normas del tratamiento e, incluso, integrarse. Les falta mucho conocimiento acerca de las sustancias y sobre el tema de la salud, se sienten incapaces de buscar soluciones ellos/as mismos/as sin la ayuda de los/las terapeutas, presentan más problemas familiares que los/las demás, más dificultades de adaptación, etc. Un tratamiento educativo que refuerce el nivel formativo de las personas, junto con una terapia psicológica, puede producir mejores resultados que un programa que se base solamente en el apoyo psicológico del sujeto. Además, la educación/formación puede funcionar

como factor protector para las personas cuando se encuentren frente a situaciones de alto riesgo y ser también una herramienta que facilite su inserción socio-laboral.

En la siguiente pregunta, “*¿Cambiarías algo en el tratamiento que reciben los/las participantes teniendo en cuenta las siguientes características: sexo/género, edad, nivel educativo, relación con la justicia, recaídas, abandono, reinserción social/rehabilitación?*”, dos hombres profesionales de la **Comunidad de P.H.** contestan positivamente en relación con el *género/sexo* mientras que el otro terapeuta y una de las mujeres lo niegan.

En relación con la *edad* y *el nivel educativo*, la totalidad de los hombres terapeutas (3) y una de las mujeres afirman que harían cambios en el tratamiento. Sobre la *educación*, una de las terapeutas dice que hay que prestar más atención para fases posteriores, que el nivel educativo influye en la reinserción, por lo que habrá que dedicar más tiempo en la formación.

Respecto a la *justicia* (si han estado en la cárcel, si han sido delincuentes por tráfico de drogas, etc.) y/o *conductas asociales*, la totalidad de los hombres profesionales y una de las mujeres afirman que es necesario un cambio. Uno de ellos dice que “*la motivación debe ir encaminada a dejar las drogas, no tan sólo salir de la cárcel*”.

Sobre las *recaídas*, una de las mujeres dice que no cambiaría nada, al contrario de dos hombres que dicen que sí. Uno de ellos lo justifica diciendo que se centraría más en la prevención y en el análisis más exhaustivo de los resultados. Los/las demás terapeutas no contestan a la pregunta. Acerca del *abandono*, dos de los hombres profesionales y una de las mujeres afirman que tendrían que hacer unos cambios, pero no lo justifican; uno de los terapeutas asevera que son necesarios seguimientos y revisiones periódicas.

Por último, sobre la *reinserción social/rehabilitación* sólo contestan dos hombres; uno destaca que ayudarían unas empresas de inserción sociolaboral, mientras que el otro dice que no es necesario un cambio en este ámbito.

Esto por lo que respecta a la Comunidad de P.H. ¿Qué resultados se pudieron recoger en la **Comunidad de Pyksida** a la misma pregunta? Una de las terapeutas señala que cambiaría lo siguiente: en relación con el *género*, incorporaría diferentes grupos de tratamiento para las mujeres y ofrecería un tratamiento especial para las personas de 18 a 25 años. Respecto al *nivel educativo* destaca que no influye mucho en el proceso del tratamiento pero, si lo permitiese el número de participantes, se podrían crear grupos separados según la educación recibida.

Ofrecería tratamiento específico para personas con *conducta infractora/delictiva* y, para que no hubiese tantos *abandonos*, utilizaría diferentes motivaciones para los/las residentes de manera que completen el tratamiento.

El hombre terapeuta sólo destaca la necesidad de crear grupos distintos para los hombres y grupos específicos para las mujeres relacionados con el *estrés postraumático*. Otra terapeuta expresa que las mujeres necesitan más grupos específicos, propone la separación de los grupos según el nivel educativo, si los números de usuarios lo permiten y reforzar a las personas que presentan conductas delictivas. Acerca de la reinserción social/rehabilitación de la persona, propone organizar/buscar redes de trabajo que ayuden a la persona a reincorporarse a la sociedad cuando salga del programa. La última de las terapeutas sólo indica que hacen falta grupos específicos para mujeres.

Llegamos a la conclusión que los/las terapeutas reclaman la necesidad de centrarse en el nivel educativo de la persona con la creación de grupos basados en la educación recibida por cada sujeto. Respecto al género, ambos equipos creen que es pertinente crear grupos específicos para las mujeres, destacando el profesional de Chipre que exige la necesidad de centrarse en el estrés postraumático. También señalan como importante la reinserción laboral de las personas. Esto se puede conseguir llegando a unos acuerdos con diversas organizaciones/asociaciones para el futuro empleo de estas personas.

Acerca de los abandonos y las recaídas, el equipo de Pyksida no hace ninguna propuesta y, en cambio, uno de los/las profesionales de P.H. dice que es necesario un seguimiento de los/las participantes y unas revisiones periódicas como también, centrarse en la prevención y en el análisis de los resultados. La exigencia de un trabajo específico con las personas que presentan conductas delictivas coincide en todos los/las terapeutas de Granada y Nicosia. Todos proponen grupos y terapia específica para este colectivo con el objetivo de mejorar sus comportamientos y especialmente motivarles para dejar el consumo de drogas. Teniendo todo esto en cuenta, propondremos más adelante unas medidas para mejorar tanto el programa de la Comunidad como la vida de los residentes con la participación de pedagogos/as y educadores/as sociales.

Es pertinente aquí mencionar una investigación realizada por el Instituto Deusto de Drogodependencias (2007: 250), donde destacan que las mujeres suelen abandonar la Comunidad por motivos afectivos o emocionales, por ejemplo, porque encuentran pareja o por

dependencia emocional. Además, las mujeres tienen que resolver más dificultades que los hombres en relación con la dependencia y la autoestima, el rol al que deben dar respuesta, la atención a los hijos, la estigmatización social, la falta de apoyo, etc. (ídem, 2007: 250). En este caso, el consumo de la mujer sería más compulsivo, menos racional y más autodestructivo. La pareja consumidora también influye mucho, especialmente en las mujeres que se vinculan más a parejas poco adecuadas.

En un estudio más reciente, Hser, Yih-Ing, Evans, Huang y Messina (2011) examinaron los resultados a largo plazo de las mujeres que estaban embarazadas o con hijos en centros de tratamiento mixtos (hombres y mujeres) y sólo para mujeres. Llegaron a la conclusión que las mujeres tratadas en los programas que son sólo para mujeres presentaban menores niveles de paro, utilizaban menos los servicios de salud mental, y participaban menos en el seguimiento del tratamiento de drogas durante el primer año después de terminar su terapia. No se encontraron diferencias entre los dos grupos en las trayectorias a largo plazo, salvo que las participantes del programa que era sólo para mujeres tenían menores tasas de encarcelamiento durante el tercer año después del tratamiento. Los hallazgos del estudio sugieren el valor añadido de los programas especializados en el tratamiento para mujeres y obra a favor de comenzar a investigar los resultados a largo plazo de los tratamientos para las mujeres que abusan de sustancias.

En cuanto a ***la necesidad de cambiar en los tratamientos actuales algunos aspectos en relación con la eficacia del programa***, tres de los/las profesionales del programa de ***P.H.*** expresan los siguientes puntos:

- PR.PH.1: Psicólogo, 36 años: *“Leerse las guías de evaluación de P.H., reducir la presión y usar terapias de aceptación y compromiso”*.
- PR.PH.4. Terapeuta, ex usuario, 48 años: *“No lo sé, creo que está bien. Quizás más terapeutas, mejorar instalaciones, optimizaría el trabajo”*.
- PR.PH.5: Psicóloga, 29 años: *“Los perfiles de consumo han cambiado, la dinámica familiar ha cambiado por lo que estos aspectos se deben de tener en cuenta”*.

La presión, las terapias de aceptación, el aumento del personal y tener en cuenta los cambios en la familia y los patrones de consumo, son los temas que proponen los terapeutas para mejorar el programa de P.H. y su eficacia. Si se toma en consideración lo que opinan los/las participantes, la presión en la Comunidad es mucha y por eso algunos/as abandonan el programa.

Aumentando el número de profesionales del ámbito educativo (pedagogos/as, educadores/as sociales) y enfocándose más a prácticas educativas que psicológicas, sería más fácil personalizar el tratamiento y trabajar tanto a nivel personal como familiar.

Los/las profesionales de la Comunidad de Chipre, **Pyksida**, destacan lo siguiente:

- PR.PYK.2: Enfermera social, 38 años: *“Tratamiento especializado e incorporación de más actividades como las mencionadas anteriormente, más educación, reforzar los estímulos para el tratamiento”*.
- PR.PYK.3: Enfermero social, 42 años: *“No muchos cambios en relación con el marco terapéutico”*.
- PR.PYK.4: Psicóloga, 38 años: *“Más actividades, programas más especializados, psicoeducación”*.
- PR.PYK.5: Enfermera social, 37 años: *“La forma de ingresar a las personas y la manera de liberarse del programa”*.

El equipo terapéutico de Pyksida reconoce la necesidad de incorporar en el tratamiento más actividades en relación con la educación/formación de los participantes, con el reforzamiento de los motivos que les llevan a un tratamiento con la intención de no recaer. A nivel del marco terapéutico general, nuestra opinión es que sería mejor tener un marco de tratamiento estable, incorporar más programas y grupos especializados y cambiar algunos aspectos en relación con el marco terapéutico de Pyksida; también más individualización. Es obvio que es necesaria una estabilidad en los objetivos y en la forma de trabajar a nivel terapéutico para que sea el programa más efectivo.

Observamos que ambos equipos profesionales se basan más en terapias psicológicas para la rehabilitación de los individuos que en acciones educativas. Algunos de ellos/as detectan la posibilidad de mejorar la eficacia de los programas con la integración de más profesionales, en este caso con educadores/as sociales. Basadas en las recomendaciones de los/las profesionales y los objetivos de esta investigación, intentaremos más adelante proponer unas líneas de intervención socioeducativa con el objetivo de mejorar el programa de P.H.



#### **8.1.4. Los Objetivos**

El objetivo principal de la C.T. de **Proyecto Hombre** es el conocimiento y crecimiento personal de los residentes, considerando el conocimiento como la toma de contacto con los propios recursos personales, recuperación de la imagen real y positiva de sí mismo y el reencuentro de la propia identidad (Asociación de Proyecto Hombre Granada, 2010).

El marco principal del nuevo programa de **Pyksida** adopta los pilares fundamentales de la terapia y de rehabilitación social, como se muestran en la Estrategia Nacional Sobre Drogas 2009-2012:

- ✓ *Disponibilidad y Accesibilidad:* Horario de funcionamiento flexible, sitio céntrico, fácil acceso y económicamente viable con transporte público, acceso inmediato y responder a las diversas necesidades.
- ✓ *Evaluación, Diagnóstico y Planificación terapéutica:* Diagnóstico y evaluación integrada que sirven como base para una terapia personalizada e implicación de la persona en la misma.
- ✓ *Terapia de la adicción científicamente documentada:* criterios para la intervención psiquiátrica, psicológica, terapia ocupacional y consultiva.
- ✓ *Gestión clínica y sistema terapéutico:* colaboración con otras unidades de desintoxicación y formación del personal (Comunidad Terapéutica de Pyksida, 2010).

En relación con los objetivos marcados por los programas, hemos preguntado a los equipos profesionales sobre **los abandonos/recaídas del programa por año**. De la **Comunidad de P.H.** sólo han contestado dos hombres terapeutas. Según ellos, abandona un 50% de las personas atendidas, un porcentaje bastante alto.

Uno de los motivos por los que la gente abandona el tratamiento es la necesidad de ingresos económicos; en este caso sería conveniente que la Comunidad de P.H. permitiera a sus participantes trabajar unas tardes de la semana para que se involucraran en la sociedad a nivel laboral y no abandonaran el tratamiento. Fortaleciendo sus cualidades positivas o, en otras palabras, los factores protectores, pueden evitar situaciones de riesgo en la calle y así combinar su reeducación en la Comunidad con un trabajo de media jornada; de esta forma mejorarían su autoestima y pondrían en funcionamiento su deshabituación.

Del programa de **Pyksida** contestaron cuatro terapeutas diciendo que no hay un número fijo de abandonos pero aproximadamente lo hacen de 4 a 6 personas al año, es decir, un 40-50% de los/las participantes, dependiendo siempre de los ingresos que haya.

Los motivos de abandono por parte de los/las participantes parecen ser los mismos en las dos C.T. En su mayoría son problemas familiares o económicos, dificultades con el programa como la exigencia, las normas y los límites de cada Comunidad. Se nota que la falta de un programa más individualizado, la falta de confianza por parte de los/las participantes, la exigencia del programa, etc. conducen a algunas personas al abandono de su tratamiento. También la falta de pedagogos/as y educadores/as sociales, profesionales especializados/as en la reeducación de las personas.

La totalidad de los/las profesionales (100%) de la **Comunidad de P.H.** ha contestado positivamente a la pregunta si ***los participantes salen con más herramientas educativas cuando terminan el programa.*** Dicen que las personas salen con más conocimientos y crecimiento personal, con más potencia de recursos; aprenden a analizar su manera de pensar y sentir, aprenden formas de actuar ante las dificultades, salen con más valores, habilidades sociales, aprenden a solucionar los conflictos, a tomar decisiones y controlar sus impulsos.

En el caso de los/las terapeutas de **Pyksida**, sólo contestan afirmativamente las cuatro mujeres y dos de ellas ofrecen las siguientes explicaciones:

- PR.PYK.1: Enfermera social, 55 años: *“Salen con unos conocimientos sobre técnicas de prevención de recaídas y habilidades de motivación para la vida”.*
- PR.PYK.5: Enfermera social, 37 años: *“Poseen habilidades de comunicación, expresión de sus sentimientos, herramientas de reivindicación, auto-reconocimiento, confirmación y fortalecimiento de los estímulos positivos para el cambio”.*

Los/las terapeutas de ambas Comunidades apoyan la opinión que los/las participantes del programa salen con más herramientas educativas cuando terminan el programa de tratamiento. Es verdad que suele notarse un cambio evolutivo en las personas que siguen el tratamiento sin problemas y tienen voluntad de crecer como personas y salir de las drogas. Pero, lo que nos intriga y nos hace dudar es el porcentaje de personas que recae en las drogas o sigue con unas conductas delictivas, vuelven a entrar a prisión, a traficar drogas, a ser violentos, etc. ¿Por qué

estas personas no son capaces de seguir utilizando estas herramientas una vez terminado su tratamiento?, ¿Cuáles pueden ser las debilidades del programa que no les deja aplicar estas herramientas?, ¿Por qué no hay generalización en la vida cotidiana normal?. Esto nos hace pensar que el marco teórico psicológico en que se basan los programas terapéuticos no da las herramientas necesarias a los/las residentes para que puedan seguir su vida en la calle sin recaer en las drogas. Nuestra opinión es que serían más útiles métodos y herramientas basadas en la educación social (formación laboral, habilidades sociales, aprender a afrontar situaciones de riesgo, etc.) que permitan que estas personas las puedan seguir empleando una vez que terminen el programa de Comunidad y Reinserción. Más adelante intentaremos dar algunas respuestas a estas preguntas para mejorar el programa de intervención.

#### **8.1.5. Las Estrategias y Actividades**

En la C.T. de *Proyecto Hombre* la planificación de actividades que se establece para cada residente se ajusta a un horario que va de las 8h hasta las 24h (cfr. Anexo III al final de la tesis).

Para llevar a cabo una mejor organización y funcionamiento de la C.T., las actividades diarias de limpieza, cocina, mantenimiento, etc., se distribuyen en **Sectores de Trabajo** que son:

- ✓ Sector mantenimiento/huertos y jardines: Encargado de reparar lo necesario y de procurar mejorar las condiciones de habitabilidad de la casa: reparaciones, reformas, mantenimiento, arreglar los jardines, estructurar el trabajo y pedir los materiales-productos necesarios.
- ✓ Sector administración: Organizar y coordinar las actividades de la comunidad, haciendo especial hincapié en los aspectos médico y jurídico.
- ✓ Sector limpieza: Responsable de mantener, en las mejores condiciones de higiene, la casa, menos la cocina. Hacer la lista de compra de productos, organizar el trabajo semanal, realizar el inventario de productos y pedidos.
- ✓ Sector cocina: Ser responsable de todo lo relacionado con la alimentación dentro de la casa, dedicándose a realizar los menús y elaborarlos, así como a planificar las compras y aprovechamiento de la comida. Realizar la limpieza general de la cocina y despensa a diario y elaborar la libreta de la cocina, así como un inventario de productos y menaje (Asociación de Proyecto Hombre Granada, 2010).

Además, cada persona tendrá una **Responsabilidad Personal** relacionada con algún elemento de la casa que afecte a toda la Comunidad y que tenga que llevar a cabo. Las responsabilidades personales dependerán del recinto y las condiciones de la casa y de la cantidad de personas que vivan en ella (papeleras, ceniceros, basura, voces de la casa, sanitarios, etc.).

El conjunto de los sectores se denomina **Estructura**. Los residentes se distribuyen de manera que los grupos asignados a cada sector sean lo más heterogéneos posible en cuanto a sexo, edad, habilidades e historial de consumo. Los grupos permanecerán estables por un periodo de aproximadamente un mes. Pasado este tiempo el *Coordinador de Fase* redistribuirá a los/las residentes. Ningún sujeto de la C.T. pasará toda su estancia en la misma dentro del mismo sector ni atendido por el mismo terapeuta. Esta variedad incrementa la riqueza de la experiencia terapéutica.

Para una mejor organización del sector y de las tareas asignadas al mismo y con el objetivo de que la persona aprenda las habilidades necesarias para formar parte de una colectividad, se han diferenciado cuatro **Roles**. Son éstos: trabajador, responsable de sector, coordinador, ancianos (cfr. Anexo III al final de la tesis).

En el Programa de la fase de Comunidad se mantienen las mismas normas y límites que en la fase de Acogida. Habrá que diferenciar entre las normas del programa y las *normas propias de la convivencia*.

- **Normas de Convivencia:** Pedir permiso para levantarse de la mesa; para fumar mientras se trabaja; informar de que se va a ir al baño durante el trabajo; comer y beber sentado; recoger los platos que haya usado, su vaso y las migas de pan de su sitio; no dejar comida en el plato; utilizar ceniceros individuales.
- **Motivos de retroceso de la fase:** Relaciones sexuales dentro de la comunidad entre residentes; determinados tipos de violencia (aquellos que no supongan expulsión); consumos reiterados o consumos preparados; caso de necesitar retomar algún trabajo de Acogida; por incumplimiento del contrato terapéutico.
- **Motivos de expulsión de la fase:** Consumos dentro del Centro; violencia explícita dentro del Centro contra cualquier miembro de la Comunidad.
- **Normas y sanciones (o refuerzos):** Básicas: No drogas; no violencia; no relaciones sexuales entre residentes; no juegos de azar.

- **Educativas y de convivencia:** Horarios, higiene, limitaciones, responsabilidades, roles.

Algunos de los **grupos** que se realizan durante la estancia en la C.T. de P.H. son las sondas, la programación, de abandono y recaída, grupo de mujeres y taller de habilidades sociales (cfr. Anexo III al final de la tesis). Además, las personas reciben atención individual por parte de los terapeutas.

Las **herramientas** utilizadas por los/las residentes de la Comunidad de P.H. son: la confrontación, el reclamo personal, la valoración de comportamientos, la experiencia educativa, fuera de estructura, el cajón de sentimientos y el tablillero (cfr. Anexo III al final de la tesis).

Todos los grupos e instrumentos terapéuticos inciden en mayor o menor medida sobre las siguientes cinco áreas de la persona: conductual, cognitiva, emocional, social y espiritual. Los grupos que pueden llevarse a cabo dentro de la Comunidad son los siguientes:

Las **actividades, dinámicas e instrumentos de intervención** mediante grupos que se realizan en la **Comunidad de P.H.** son las siguientes:

**a) Grupo de Programaciones:** Cada sujeto tiene que preparar su programación el jueves por la noche que explicará al grupo al día siguiente (se concreta en objetivos para el fin de semana). Las programaciones contienen un objetivo familiar, otro de pareja -si se tiene-, otro de colaboración (limpieza u otras ocupaciones en su casa familiar) y otro de tiempo libre. También incluyen los horarios para cada día que no están en la comunidad. Entre ellos: No dormir más de ocho horas diarias (la comunidad las considera suficientes) y si quieren hacerlo tienen que hacer una petición al terapeuta; no consumir absolutamente drogas; no relacionarse con gente que tiene contacto con las drogas; cuando salgan de casa, ir acompañados de una persona que conozcan los/las terapeutas y que tenga contacto con ellos, normalmente alguien de la familia (padres, hermanos/as o pareja) o algún amigo/a íntimo/a que no consume drogas. Los/las acompañantes deben llamar cada lunes a los/las terapeutas e informarles sobre el comportamiento del sujeto, si ha cumplido sus objetivos, si se ha comportado bien, si han visto alguna actitud rara, etc.

Uno de los objetivos de las programaciones es trabajar temas personales, por ejemplo, dificultades en las relaciones familiares (pareja, hijos), amigos, etc. y dedicar un tiempo durante

los fines de semana para solucionar esta dificultad. Esto les ayuda madurar a nivel personal y afrontar los problemas de otra manera.

Los lunes se hace otra reunión de “grupo de programaciones”, donde cada sujeto cuenta cómo ha pasado el fin de semana, el cumplimiento de los objetivos, etc. También se pueden producir confrontaciones, especialmente cuando han sucedido situaciones llamativas como el empleo de violencia hacia otra persona, consumos, etc. y, si el terapeuta lo ve necesario o lo proponen los otros residentes, lo puede poner en “*Experiencia Educativa*”.

La “**experiencia educativa**” es un instrumento que se utiliza para trabajar una línea base de la persona en la Comunidad con el fin de analizar una de las dificultades mencionadas en su entrevista inicial o por un incumplimiento de compromisos. El/la residente en “*Experiencia Educativa*” tiene que pedir permiso para todo y comunicarse sólo con un compañero que será su acompañante. A su vez, cada experiencia estará asignada a un/a terapeuta que tratará de reunirse a diario, en la medida en que sea posible, (diariamente) con el/la residente en experiencia y su acompañante para tener información continua del desarrollo. Habrá ocasiones en que no se tendrá que estar callado, sino que la línea de trabajo será otra diferente. La experiencia educativa es lo suficientemente flexible para adaptarse a cada caso de manera distinta e individualizada. Cuando la persona está en experiencia educativa pasa el día entero sola en una habitación y escribe en un papel todas las razones que, según ella, le han llevado a su dificultad (no seguir las normas de la casa, decir mentiras, consumo el fin de semana, etc.) y luego habla sobre estos temas con el/la terapeuta. Tiene que parar en el cajón muchas veces para expresar sus sentimientos y sólo puede hablar con su acompañante. Le dan la oportunidad de pensar individualmente de sus errores y encontrar una manera de no repetirlos.

**b) Grupo Extenso:** maratón de dinámicas destinado a establecer líneas de trabajo en grupos históricos y mejorar el conocimiento entre miembros del grupo. De estos grupos se sacarán los históricos.

**c) Grupo de Histórico** (estático): se lleva a cabo todos los martes, es una sesión de análisis de dificultades actuales del sujeto que se confronta en autoayuda. Una dinámica consiste en que una vez estudiado el caso se traslada al sujeto a una situación concreta de su pasado donde se le

presenta ante la dificultad, se analiza y expresa lo que corresponda y se le vuelve a trasladar al presente a fin de sacar conclusiones, que serán líneas de trabajo para el resto de la comunidad. Se deben verificar los compromisos en los grupos de Autoevaluación.

**d) Grupo de Autoayuda:** se realiza los miércoles, consiste en que el sujeto analiza una dificultad personal, tanto dentro como fuera de la comunidad. Durante este grupo los/las participantes muchas veces lloran y si tienen la necesidad de gritar lo hacen. Los/las residentes intervienen y ayudan haciendo preguntas, confrontando o sugiriendo para sacar sus conclusiones.

**e) Grupo de los Sentimientos (dinámico):** Se efectúa los jueves, en este grupo se delimitan, estudian y expresan los sentimientos de cada persona en una situación concreta. El objetivo prioritario es identificar los sentimientos, siendo la expresión de los/las mismos/as muy importante, no obstante ésta no es obligatoria, ya que no es conveniente forzar para evitar la deformación y el maniqueísmo. Este tipo de grupo ayuda a las personas a conocerse mejor a sí mismas, a nombrar sus sentimientos, aceptarlos y conocer en profundidad a sus compañeros/as.

**f) Grupos temáticos:** Una persona habla sobre un tema concreto y significativo para su proceso. Propone las personas y terapeuta con los que quiere elaborar este tema. El equipo de terapeutas supervisa y controla u orienta al residente para realizar dicho grupo. Hay una serie de temas propuestos: 1. Autoestima. 2. Sexualidad/Afectividad. 3. Soledad. 4. Relaciones Interpersonales. 5. Alcohol. 6. VIH/Hepatitis. 7. Recaídas. 8. Droga/Alcohol/Juego.

**g) Grupo de familia:** El objetivo principal del trabajo con familias es informarles y enseñarles qué es una C.T. y el trabajo que en ella se realiza para, de esta forma, disminuir el impacto de la progresiva reincorporación de su miembro a su entorno familiar. Se trata de integrar a la familia en el proceso del participante como un factor fundamental de una adecuada adaptación socio-familiar. Para ello, son fundamentales los seminarios formativos e informativos y las comunicaciones que un/a terapeuta de la Comunidad y algunos monitores de la misma realizan los lunes por la mañana durante la fase de Acogida y la organización, una vez al mes, de una Asamblea de Familias durante la fase de Comunidad con el fin de que las familias entren en

contacto con la realidad de ésta. Los grupos familiares o grupos de pareja se organizan en función de las necesidades familiares de cada sujeto. Se debe organizar uno, al menos, durante el tiempo de estancia en Comunidad.

Lo que se pretende con los grupos familiares es analizar la estructura familiar, los sistemas de roles y alianzas, resolver problemas y traumas del pasado (historia familiar) y el proceso íntegro del participante para plantear expectativas para cuando éste abandone la C.T.

En general, según la Comunidad, este tipo de grupos proporciona, dentro de los contenidos educativos, apoyo y ayuda a las personas con adicción a las drogas. Todos los grupos realizados por la Comunidad, el cada día que pasa, con el trabajo, las conversaciones entre los/las residentes, las confrontaciones, las normas, el horario, el curso de jardinería, etc., motivan a adoptar un estilo de vida sano.

Como ya se ha indicado, cada persona tiene una responsabilidad personal relacionada con algún elemento<sup>9</sup> de la casa que afecte a toda la comunidad y que tiene que llevar a cabo. Las responsabilidades personales dependen del recinto, de las condiciones del Centro y de la cantidad de personas que viven; a partir de ahí entran a funcionar las listas de los turnos: la furgoneta, responsable de revisar las plantas, servicios, papeleras, ceniceros, basura, voces de la casa, horarios, etc.

#### ***8.1.5.1. El programa de Comunidad de Proyecto Hombre y de Pyksida y el tratamiento***

A continuación analizamos las **estrategias categorizadas** (personal, sanitario, laboral y socio-familiar) en el programa socioeducativo de intervención, como también, los distintos métodos utilizados por los/las terapeutas durante la estancia de los/las usuarios en la Comunidad.

- **Nivel personal:** Los objetivos se encaminan a que los participantes aprendan a desarrollar conductas nuevas, es decir, respetar uno al otro y escuchar cuando alguien les habla con madurez y responsabilidad. Según la Comunidad, inicialmente los/las participantes se comportan de forma diferente, con menos madurez y su conducta cambia con el tiempo debido a los programas educativos y las normas que se establecen. A través de distintos instrumentos y dinámicas se

---

<sup>9</sup> Con "elemento" nos referimos al trabajo en la comunidad en los diferentes sectores; limpieza, administración, cocina y mantenimiento.



desarrollan dimensiones (por ejemplo la sexualidad), se aceptan situaciones acontecidas cuando eran más jóvenes (traumas, etc.), además de aumentar la autoestima y fomentar sus habilidades.

En la mayor parte de los residentes que estudiamos durante nuestra estancia en la Comunidad se ha observado que se sienten fracasados, incapaces de vivir con sus familias en un ámbito normalizado.

En ese sentido, la meta de la Comunidad es ayudar a las personas a socializarse con otras no inmersas en la droga, que viven una vida adaptada, que trabajan y que les pueden apoyar en estos momentos difíciles.

En definitiva, los grupos, las normas de la casa, los/las terapeutas y el funcionamiento de la Comunidad en general, fomentan en los participantes cambios a nivel personal y el abandono de las drogas. Según la Comunidad, algunos salen del programa más fuertes, decididos a cambiar sus vidas y vivir en un ámbito sano y normalizado, asumiendo sus responsabilidades en casa con más madurez y seguridad. Pero el programa no funciona para todos por igual porque es muy duro y no todos son fuertes para adaptarse a los requerimientos del programa, máxime si son personas con grandes carencias/dificultades socioeducativas o con una socialización deficiente. Por tanto se producen muchas recaídas en la droga porque algunos de ellos no reciben la ayuda psicológica y educativa que buscan.

En este sentido, la Comunidad trabaja a nivel personal para fortalecer los factores de protección de cada persona (habilidades, relaciones personales y familiares favorables, etc.) y minimizar las situaciones de riesgo que les pueden llevar a una recaída. En la mayoría de los casos los/las participantes consiguen terminar el programa de P.H. con éxito, pero hay un porcentaje bastante importante que no lo hace. La intervención socioeducativa individualizada puede aumentar este porcentaje y consecuentemente disminuir el número de personas que reinciden después del tratamiento.

- **Nivel sanitario:** Según la Comunidad, en el caso de enfermedades transmitidas, como son el VIH, la hepatitis, etc., se pretende que los/las participantes acepten, desde los grupos y las confesiones personales, que están enfermos y que es necesario adoptar un estilo de vida más saludable y de higiene. Por otro lado, se cuida la higiene mediante normas como las que se siguen en la cocina (lavarse las manos, ponerse un gorro mientras cocinan, lavar los alimentos y

tener en cuenta la fecha en que caducan, etc.). Es un primer paso para la vida fuera de la comunidad donde cada uno será responsable de sí mismo/a.

Los roles en la Comunidad dan la oportunidad a los usuarios de aprender a cocinar, comer bien y sano y apreciar lo que les ofrece la comunidad así como aprender a compartir cosas como la comida y la bebida (eliminar el individualismo). La abstinencia de drogas es una de las metas del programa y es asumido por los/las participantes.

Según hemos observado durante nuestra estancia en la Comunidad, a los usuarios se les exige adoptar una vida más saludable (higiene personal y en la cocina, abstinencia de drogas, etc.). En algunos casos se comprueba que el programa tiene éxito para algunas personas pero no para todas, tal como ya hemos señalado. Son muchos los/las participantes que se desaniman porque es muy estricto y exigente y no pueden responder a las normas. De hecho, un 42% de los/las participantes han abandonado el programa aunque en su decisión influyen varios motivos (entre los cuales se hayan razones económicas y familiares).

Algo importante a destacar es la necesidad de trabajar con los/las residentes más a nivel individual para ayudarles a superar sus dificultades personales, familiares, conductuales, etc. Cada residente, dependiendo de su edad, sexo, procedencia, etc. necesita un programa de actuación personal. Como hemos visto en la primera parte de este trabajo, se exige un tratamiento individualizado en los centros de tratamiento teniendo como punto de referencia el modelo socioeducativo que se centra principalmente en las necesidades personales, familiares, laborales, interpersonales...de la persona; así se detectan con mayor facilidad los factores de protección y de riesgo en cada miembro según su historia personal y se trabaja la prevención de recaídas.

Es importante mencionar que cada sujeto tiene sus características y particularidades que los/las terapeutas deben tener en cuenta. Por eso es importante adoptar medidas educativas basadas en las necesidades de cada uno en todos los niveles (educativo, familiar, personal, laboral...) y desarrollarlas con la ayuda y orientación de los/las educadores/as sociales.

- **Nivel laboral:** En el desarrollo del programa se realizan cursos de formación y talleres (cursos de jardinería, pintura, informática, etc.) y con la cooperación de otras asociaciones se motiva a los/las participantes a pensar en su futuro y su reinserción laboral. En la temporada en

que estuvimos en la Comunidad, había un convenio de colaboración entre la Comunidad y la Consejería Laboral de la Junta de Andalucía que permitía ofrecer un diploma de jardinería que les ayudaba a encontrar trabajo con más facilidad. El resultado fue que el taller de jardinería motivó a muchas personas (56%) a hacerlo, aprender y trabajar posteriormente en este ámbito. Dicha motivación será más evidente cuando los usuarios pasen a la tercera fase denominada “reinserción socio-laboral”, en donde los/las terapeutas les ayudan encontrar trabajo. Estos talleres, con la colaboración de organizaciones públicas, aumentan las posibilidades para encontrar trabajo después del programa y contribuyen a que no se sientan rechazados de la sociedad.

- **Nivel socio-familiar:** La comunidad, los/las terapeutas y el programa en general tienen como finalidad, entre otras, reinsertar a los miembros a nivel familiar y social, reforzar las relaciones con la familia, especialmente si han tenido problemas. Muchos de ellos han expresado en los diferentes grupos (de sentimientos, histórico, etc.) que sus relaciones, especialmente con los padres, han mejorado mucho, hay más comunicación en la casa y comprensión. Los/las terapeutas tienen reuniones específicas cada semana con los padres y hablan sobre el progreso de sus hijos. También en los grupos los/las participantes expresan sus sentimientos y con el apoyo de los/las profesionales superan muchos de los problemas que tienen con la familia. De igual modo, el programa les motiva a encontrar amigos que no consumen sustancias y vivir una vida saludable.

Sería muy positivo si organizaran grupos entre los participantes y sus padres e hijos o parejas periódicamente, para afrontar juntos sus problemas, no sólo los relacionados con la adicción sino también los que existen en la casa y con la familia. Del mismo modo, organizar grupos o seminarios educativos especialmente ofrecidos a los padres o familiares para ayudarles a entender el problema de sus hijos, hermanos, etc., a reconocer los errores que han cometido en el pasado y poder mejorar eficazmente las relaciones, conociendo en profundidad el proceso del tratamiento y compartiendo los objetivos.

Como ya hemos dicho, las **normas básicas** del centro son no drogas, no violencia, no relaciones sexuales entre residentes y no juegos de azar, que se hacen extensivas a la vida fuera de la comunidad. Las reglas son rígidas, por ejemplo, el consumo de alcohol u otro tipo de

drogas tiene como resultado el retroceso de la persona (se la obliga a regresar por un tiempo a la primera fase del tratamiento -la Acogida- hasta superar su problema).

Las **normas educativas** específicas y de convivencia son: horarios, higiene, limitaciones, responsabilidades y roles (cfr. Anexo III al final de la tesis).

En la **Comunidad de Pyksida** se ofrecen los siguientes grupos y terapias durante la semana: Grupo de Movilización; Grupo de Habilidades de Vida; Psicoterapia a través de los artes visuales; Psicoterapia a través de la música; Grupo de Preparación; Grupo de Técnicas para la Prevención de las Recaídas; Grupo de Comportamiento; Grupo de Mujeres; Taller de Experiencias; Grupo de Compañeros (aliados); Grupo de reinserción; Terapia Deportiva; Grupo de Psicoeducación (cfr. Anexo III al final de la tesis).

Regresando a los cuestionarios de los/las profesionales, hemos preguntado a los/las terapeutas ***qué cambiarían en el programa (pautas, normas, etc.) para que fuera más efectivo.***

En la **Comunidad de P.H.** han señalado lo siguiente:

- PR.PH.1: Psicólogo, 36 años: *“Adaptaciones individuales y menos presión”*.
- PR.PH.2: Licenciada en derecho, 41 años: *“Confianza, relación usuario-terapeuta, refuerzo positivo”*.
- PR.PH.3: Psicóloga, 36 años: *“Es imprescindible conseguir que haya confianza entre el usuario y el terapeuta. Más importancia al refuerzo positivo, no centrarse sólo en lo que hacen mal”*.
- PR.PH.4: Terapeuta, ex usuario, 48 años: *“Nada, creo que hay un buen porcentaje de éxito”*.

Dos de las mujeres terapeutas de la Comunidad de P.H. están de acuerdo sobre las relaciones que deben existir entre los participantes y terapeutas, el refuerzo positivo y la confianza. Un terapeuta dice que no hay nada que cambiar en el programa porque hay un buen porcentaje de éxito. De todas formas, es necesario enfocar nuestra mirada en las personas que abandonan el programa y las dificultades que presentan para ayudarlas, como también, en las que recaen en las drogas, una vez finalizado el tratamiento. Uno de los profesionales de la Comunidad de P.H. sostiene la necesidad de adaptar el programa a cada individuo y que haya menos presión. También se constata una necesidad de reforzar los comportamientos positivos de los/las participantes y no siempre enfocar lo malo, como dice correctamente una de las terapeutas.

Una actividad que observamos durante nuestra estancia en la Comunidad de P.H. y que nos llamó la atención fue la de las confrontaciones que tenían lugar continuamente entre los individuos y los/las terapeutas como parte de su terapia. Esto producía mucho estrés y presión a los/las residentes, mucha inquietud y sentimientos desagradables hacia los/las terapeutas y el programa y entre ellos/as mismos/as. Esta herramienta no es nada educativa, al contrario, es una forma de crear presión psicológica a la persona y es contraproducente para su desarrollo y para su deshabitación e inserción.

De acuerdo con los comentarios y observaciones que hace el equipo profesional de P.H., queda claro que se debería cambiar la relación entre el/la terapeuta y el individuo, que haya más tiempo individual con cada uno/a de ellos/as, adaptar el programa a las necesidades de las personas que están en tratamiento, animarles para seguir el programa y reforzarles positivamente, etc.

En la *Comunidad de Pyksida*, contestaron cuatro de los cinco profesionales. Esto fue lo que afirmaron:

- PR.PYK.1: Enfermera social, 55 años: *“Crear programas terapéuticos más intensivos, fortalecer las actividades, programas educativos”*.
- PR.PYK.2: Enfermera social, 38 años: *“Tener un marco terapéutico claro, fortalecer las distintas actividades y tener terapeutas alternativos”*.
- PR.PYK.3: Enfermero social, 42 años: *“Marco terapéutico estable”*.
- PR.PYK.4: Psicóloga, 38 años: *“Más horas de terapia/tratamiento y un marco terapéutico más estricto”*.
- PR.PYK.5: Enfermera social, 37 años: *“Marco terapéutico más estable, reglas claras, fácil acceso al programa”*.

Como se puede observar, casi todos/as están de acuerdo que Pyksida debe adoptar un marco terapéutico más estable, tener las reglas y los límites claros, fortalecer sus actividades y hacerse incluso más estricto. También, una de las terapeutas destaca la necesidad de tener unos/as terapeutas alternativos/as, es decir, de otra formación, con otra mentalidad, etc.

Al contrario con los/las terapeutas de P.H., los/las de Pyksida se centran en el marco terapéutico de la Comunidad y en la necesidad de unas reglas y límites más estrictos. También

destacan la necesidad de contar con terapeutas de otra formación, algo que no consideran como necesidad en la Comunidad de P.H., aunque no los/las haya. Se nota que las observaciones de los/las profesionales de Pyksida se centran más en términos generales que tienen que ver con la propia estructura del programa mientras que los/las terapeutas de P.H. sugieren cambios de contenido, es decir, cómo trabajar mejor con los individuos, mejorar la terapia a nivel individual y grupal y reforzar las relaciones entre equipo terapéutico y participantes. Todo esto se justifica y nos parece muy racional si tenemos en consideración los años que lleva funcionando la Comunidad de P.H. y los cambios estructurales que ha sufrido Pyksida el último año.

Las preguntas que vamos a ver más adelante son *valoraciones de actividades y métodos utilizados para los/las participantes en el programa de Comunidad de P.H. y de Pyksida* y, en qué medida pueden ayudar a los participantes. Los/las profesionales tenían que valorar las actividades según la escala: 5 – Mucho; 4 – Bastante; 3 – Regular; 2 – Poco; 1 – Nada.

- ***Terapia de grupo***

- ✓ **Proyecto Hombre**: el 83,3% (5) de los/las profesionales otorgan la máxima valoración (mucho) a la terapia de grupo en el proceso del tratamiento; el 16,7% (1) restante afirma que es bastante valiosa. En la misma pregunta, cuando se les formuló a los/las participantes en el programa de Comunidad de P.H. contestaron lo siguiente: el 55% de ellos que es muy importante, el 30% bastante y el 15% regular. Tanto la mayoría de los terapeutas como la de los participantes coincide en que la terapia de grupo es muy importante para su tratamiento. Compartir los problemas con sus compañeros/as y con los terapeutas parece ser beneficioso para ellos/as porque se sienten más identificados/as, intercambian pensamientos y opiniones con personas que se encuentran en la misma situación y esto les ayuda a ver algunos asuntos con más claridad. Quizás en grupos como éstos es donde deban enfocarse temas educativos semanales como, por ejemplo, identificar los factores de riesgo de cada uno/a y formas de afrontarlos, etc.
- ✓ **Pyksida**: el 60% (3) del equipo profesional valora la terapia de grupo como bastante eficaz, un 20% (1) le da la valoración máxima y otro 20% (1) la valora como regular. En general, parece que el/las terapeuta-s valoran como bastante positiva la labor que se hace a nivel grupal en la Comunidad de Pyksida pero existen márgenes de mejora. En la

misma pregunta los/las participantes de Pyksida consideran como muy buena la terapia de grupo (33,3%) y bastante buena la mayoría de ellos/as (66,6%). Llegamos a la conclusión que los/las participantes de la Comunidad de Pyksida están contentos con las terapias grupales.

- ***Conciencia sobre la toxicomanía***

- ✓ **Proyecto Hombre**: el 83,3% (5) de los/las profesionales señala que en la Comunidad se trabaja mucho la conciencia sobre la toxicomanía. Una persona dice que se trabaja bastante (16,7%). Comparando esto con lo que dicen los/las participantes tenemos los siguientes resultados: más de la mitad (60%) coincide con la mayoría de los profesionales pues afirman que se trabaja mucho la conciencia sobre la toxicomanía, otro 25% coincide con el profesional que afirma que se trabaja bastante y el resto del 15% afirma que se trabaja regular. De acuerdo con los datos, tanto los terapeutas como los individuos están muy contentos con el trabajo que se hace en la Comunidad referente a la conciencia sobre la toxicomanía. Parece que en esta actividad el equipo da más importancia a lo educativo que a lo terapéutico aunque deberían existir grupos específicos de “educación sobre el consumo y las drogodependencias”, organizados por educadores/as sociales con la participación de los padres, madres y/o parejas.
- ✓ **Pyksida**: el 80% (4) de los/las profesionales valoran este método como regular y sólo un 20% (1) considera que el programa de Pyksida conciencia a sus miembros satisfactoriamente sobre el uso de sustancias. En la misma pregunta, un 33,3% de los participantes de la Comunidad se manifiesta como muy contento con el trabajo que se hace sobre la toma de conciencia de la toxicomanía, un 50% se muestra bastante contento y un 16,7% regular. Parece que la opinión de los miembros y de los/las profesionales es bastante similar. Se nota que se puede concienciar más de lo que se está haciendo hasta ahora y es una de las necesidades que tienen estas personas. La información sobre las sustancias les ayudará acercarse a su realidad y a las consecuencias que acarrea su consumo excesivo.

- ***Seminarios***

- ✓ **Proyecto Hombre**: con referencia a los seminarios, el 66,7% (4) de los/las profesionales está bastante contento y un 33,3% (2) regular. Al contrario, el 35% de los participantes está muy contento con los seminarios que reciben en la Comunidad, un 35% bastante contento, un 10% los encuentra regulares y un 15% está poco contento. Uno de los participantes no contestó a esta pregunta (5%). Se observa que la mayoría de ellos/ellas parece estar más contenta que los/las terapeutas con los seminarios desarrollados en la Comunidad. La explicación posiblemente pueda encontrarse en la existencia de un diferente nivel educativo entre los profesionales y los/las participantes. De todas formas, hay que tener en cuenta que el 15% de los participantes no está muy satisfecho. Es importante introducir más seminarios educativos durante la estancia de los/las participantes en la Comunidad sobre temas personales (salud, sexualidad, relaciones personales...), laborales (orientación y formación laboral...), etc.
- ✓ **Pyksida**: los seminarios realizados en la Comunidad de Pyksida en Nicosia parecen no ser de la satisfacción de los/las terapeutas. El 60% (3) dice que son regulares y el 40% (2) poco efectivos como método. Parece ser una de las técnicas que deberían fortalecer en el programa y en el proceso de tratamiento. Los seminarios que tratan temas como la educación para la salud, la toxicomanía, la prevención de recaídas, la educación sexual, etc., pueden ayudar a los miembros a conseguir un conocimiento importante para su posterior abstinencia. Lo mismo ocurre con los/las participantes en la Comunidad de Pyksida. Un 33,3% los encuentra bastante útiles, un 16,7% regulares, un 16,7% nada útiles y un 33,3% no contestan. La razón de que no contesten y el por qué este tema reciba tan poca valoración, se debe al hecho de no realizar tantos seminarios en la Comunidad de Pyksida cuando debería haber para la educación/formación de sus participantes.

- ***Reuniones de trabajo / Sectores***

- ✓ **Proyecto Hombre**: las reuniones/sectores de trabajo son valoradas con calificativos que van desde muy positivas a regulares. El 50% (3) del equipo profesional valora el trabajo que se hace en los sectores como regular y el 33,3% (2) como bastante útiles; sólo un



terapeuta valora estas reuniones de trabajo como muy buenas (16,7%). En el caso de los participantes, el 30% valora como muy buenas las reuniones de trabajo, el 45% como bastante buenas, el 15% regulares, una persona (5%) poco buenas y otra (5%) nada buenas. Como resultado general, la valoración entre terapeutas y residentes va de regular a bastante buena. Un hecho a destacar consiste en las muchas horas que los/las participantes dedican a las tareas de la casa, tanto por la mañana como por la tarde, y por eso se quejaban mucho. Además, los sectores no les ofrecen nada a nivel educativo; funcionan como una forma de controlar a los/las participantes y no de reeducarlos.

- ✓ Pyksida: las reuniones de trabajo/sectores han recibido una valoración muy baja por parte del/las terapeuta-s. El 33,3% (2) valora que las reuniones de trabajo no tienen ninguna utilidad, el terapeuta masculino considera que sirven poco (16,7%) y dos que son regulares (33,3%). En la Comunidad de Pyksida, por la forma que estaba estructurado el programa, no había reuniones de trabajo como en la Comunidad de P.H. Ésta puede ser una de las explicaciones por la que el/las terapeuta-s dan baja valoración a esta actividad. Lo mismo ocurre con los participantes de la Comunidad: el 50% no contesta, una persona contesta regular (16,7%) y dos participantes las valoran como bastante útiles (33,3%).

- ***Relajación***

- ✓ Proyecto Hombre: el 50% (3) de los profesionales valora la actividad de relajación de los participantes como algo regular, el 33,3% (2) la aprecia como bastante bien y un 16,7% (1) muy bien. Por su parte, la mitad de los participantes (50%) afirma no estar nada contenta con la relajación que se hace en la Comunidad, el 25% poco, el 15% regular, el 5% bastante y el 5% mucho. Por lo tanto, el 90% de los/las participantes en tratamiento no está satisfecho (valoran de “regular” a “nada”) con el tema de la relajación en la Comunidad; es lo que peor valoran al igual que las actividades recreativas y de tiempo libre. Opinamos que el tiempo libre es una de las actividades y/o métodos que necesita más atención y trabajo por parte de los/las profesionales en la Comunidad para reforzar los factores de protección (saber manejar de forma productiva su tiempo libre).
- ✓ Pyksida: un 40% (2) considera que no tiene ninguna utilidad la relajación en el programa de Pyksida, otro 40% (2) dice que la encuentra regular y un 20% (1) poco. Hay que hacer

notar que la situación no es la misma a la del P.H. en donde los/las participantes estaban todo el día en casa trabajando y necesitaban más tiempo para relajarse y desconectar. En la misma pregunta, el 50% de las personas considera la relajación como bastante útil mientras que la otra mitad (50%) no contesta.

- ***Actividades recreativas y de tiempo libre***

- ✓ **Proyecto Hombre**: el 50% (3) de los profesionales valora a las actividades recreativas y de tiempo libre con el calificativo de bastante buenas, el 33,3% (2) las encuentra regulares y sólo un 16,7% (1) señala que son muy buenas. En cambio, en opinión de los participantes un 75% las valora de regulares o sin ninguna importancia. Como hemos venido afirmando, el tiempo libre y las actividades recreativas son componentes muy importantes en el tratamiento de las drogodependencias. Normalmente, las personas adictas invierten su tiempo libre en drogarse. Por eso consideramos que es muy importante que estas personas aprendan a utilizar su tiempo libre de manera provechosa para fortalecer sus factores protectores; por ejemplo, apuntarse a talleres que le ayuden a fortalecer su formación, buscar actividades de tiempo libre sanas como es la música, la danza, el deporte, etc. Pensamos que es imprescindible que haya actividades recreativas en estos programas y que formen parte del tratamiento con el objetivo de disminuir las recaídas en los/las participantes. Educar cómo pueden emplear su tiempo libre y de ocio es una de las acciones educativas más importantes si tenemos en cuenta que estas personas se dedicaban a drogarse en su tiempo libre. Al terminar el programa de P.H. se encuentran con que no saben qué hacer con su tiempo libre y muchos/as de ellos/as, por puro aburrimiento, recurren de nuevo a las drogas.
- ✓ **Pyksida**: las actividades recreativas y de tiempo libre reciben también baja valoración por parte de los/las profesionales de Pyksida. El 40% (2) las valora como poco buenas, un 20% (1) cree que son regulares y un 40% (2) bastante buenas. En la comunidad de Pyksida se realizaban actividades de tiempo libre los fines de semana, como natación, buceo, etc. La valoración que dan los participantes de la Comunidad es: un 16,7% las valora como muy buenas, un 50% como bastante buenas y un 33,3% no contesta porque como, nos han dicho, el programa no tiene durante la semana actividades de tiempo libre.

Uno de los participantes expresa en su cuestionario que le gustaría tener más actividades de tiempo libre con sus compañeros/as y con los/las terapeutas fuera del contexto de la Comunidad para conocerse mejor y para tener la oportunidad de hacer nuevas amistades.

- ***El ambiente y la relación entre ellos/as***

- ✓ **Proyecto Hombre**: un 66,7% (4) de los/las profesionales valora el ambiente y la relación entre ellos/as con el calificativo de muy buenos. Una de las profesionales no contesta y otra señala que están bastante bien (16,7%). En general, valoran positivamente este tema. Lo mismo sucede con los/las participantes para quienes un 60% afirma que les satisfacen bastante, un 15% mucho, un 15% regular y 10% nada. De acuerdo con nuestra experiencia en la Comunidad, podemos decir que los/las participantes desarrollan muy buenas relaciones entre ellos desde el principio porque se sienten muy identificados, especialmente los/las que presentan historias de vida parecidas. La gente que no está muy a gusto en la Comunidad y se queda más marginada es la gente más joven que sale de la cárcel y siente obligada a estar en la Comunidad para cumplir parte de su condena. Suele ser gente que proviene de familias desestructuradas, jóvenes rebeldes que no siguen las normas del programa y crean problemas entre los residentes de la Comunidad.

- ✓ **Pyksida**: el 60% (3) del equipo valora como bastante buena la relación y el ambiente entre los participantes y un 40% (2) la encuentra regular. En cambio, la mitad (50%) de los/las participantes de Pyksida está bastante contenta con la relación que hay entre los compañeros/as, un 16,7% mucho y un 33,3% regular. El hecho de no convivir durante la semana no les permite valorar dicha relación en la misma medida que los/las participantes de P.H.

- ***Formación para la reinserción***

- ✓ **Proyecto Hombre**: la formación para la reinserción es un asunto que valoran muy bien los/las profesionales. La mitad (50%) dice que se trabaja muy bien en la Comunidad y la otra mitad (50%) que bastante bien. Los participantes están igualmente satisfechos. Un 60%, está muy contento con la formación que recibe, un 20% bastante contento, un 10% regular y un 5% nada contento. Uno de los usuarios no contesta. Los cursos que se

realizan en la Comunidad (jardinería, informática, etc.) les pueden servir cuando salgan del programa para su inserción laboral. La formación de las personas es una de las labores más importantes que se realiza en un programa de deshabituación de drogas porque es un paso para su reeducación y reinserción. La mayoría de los/las residentes tienen un nivel educativo muy bajo y su formación es necesaria para poder reintegrarse laboralmente cuando salgan de la Comunidad. En la tercera fase de Reinserción esta actividad recibe mayor atención.

- ✓ Pyksida: el 80% (4) del equipo profesional de Pyksida considera que la formación para la reinserción es regular y el 20% (2) que es muy buena. Éste es uno de los puntos que se debe fortalecer en la Comunidad para mejorar la incorporación de sus miembros en el mundo social y laboral. En una de las preguntas previas una de las terapeutas de Pyksida ha comentado la necesidad de crear redes con organizaciones para facilitar la reintegración laboral de los/las residentes después de terminar la Comunidad. Según las respuestas de los participantes de Pyksida, éstos están más contentos de lo que parecen los/las profesionales de la Comunidad (el 66,6% está bastante contento, un 16,7% poco y un 16,7% no contesta.). Durante nuestra estancia en la Comunidad había participantes que no tenían trabajo y eso les afectaba bastante. Especialmente, un joven de 27 años no tenía recursos ni formación para buscar un trabajo ya que había pasado mucho tiempo de su vida en centros de tratamiento y tenía empleos precarios. La formación para la reinserción es una de las tareas más importantes de la Comunidad por eso es imprescindible la presencia de personal especializado para la formación laboral de estas personas y su reintegración en la sociedad.

Comparando las opiniones de los/las profesionales de las dos Comunidades llegamos a la conclusión que la formación para la reinserción está más estructurada y mejor elaborada en la Comunidad de P.H. Tanto los/las profesionales como los/las participantes parecen estar más contentos/as que los/las de Pyksida. De todos modos, hay que crear vínculos entre los distintos programas de tratamiento y organizaciones/instituciones sociolaborales para facilitar la inserción laboral de estas personas.

El siguiente grupo de preguntas está relacionado con las necesidades de los/las participantes teniendo como objetivo mejorar el programa; por ejemplo, crear más grupos con la familia/pareja/hijos, más tiempo libre (actividades, excursiones, etc.) y más encuentros personales entre terapeutas y participantes. En el caso de Pyksida no se pregunta la opinión de los/las profesionales sobre el tiempo libre porque el programa no tiene incorporada esta actividad.

- ***Más grupos con la familia/pareja/hijos.***
- ✓ **Proyecto Hombre**: sólo un 16,7% (1) señala que es muy importante trabajar más con la familia, a un 50% (3) le parece bastante importante, un 16,7% (1) lo valora como regular y otro 16,7% (1) como poco necesario. Se sabe que trabajar con la familia de los/las participantes de las C.T. es uno de los elementos más importantes en la Comunidad. Considerando que la mayoría de ellos/as provienen de familias desestructuradas, con relaciones malas entre ellos/as, con poca comunicación y afectividad, creemos que es necesario trabajar conjuntamente con la familia. El núcleo familiar de cada participante puede ayudar para la recuperación de su autoestima, mejorar las relaciones familiares y/o de pareja, mejorar las relaciones entre padre, madre e hijos/as, etc. El contacto con la familia durante la fase del tratamiento les puede ayudar a restablecer sus relaciones, expresar sus sentimientos, superar traumas del pasado e incluso, ser para ellos/as un apoyo importante para no recaer. Las relaciones familiares son unos de los factores protectores más importantes que deben trabajar los participantes durante el proceso de su tratamiento y, con la ayuda de educadores/as, pedagogos/as, pueden reeducar los valores adquiridos y mejorar las relaciones familiares, de pareja y con los hijos/as.
- ✓ **Pyksida**: el 60% (3) de los profesionales de Pyksida destaca que es bastante importante incorporar en el tratamiento más grupos con la familia, las parejas e hijos de los participantes para que estén más contentos/as y para mejorar el programa. Un 20% (1) valora este asunto como regular y un 16,7% (1) como poco importante para la mejora del programa.

En general, se nota que los/las terapeutas de los dos programas están más o menos de acuerdo. El equipo profesional de P.H. tiende a apoyar más a los grupos con la familia que el de Pyksida, tal vez porque han detectado más esta necesidad entre sus residentes. Tenemos la impresión que los grupos donde se implica más la familia, pareja y/o hijos/as de los/las participantes, no sólo puede mejorar la relación entre ellos/as sino también ser un motivo para acabar su tratamiento e reincorporarse a la vida familiar y social y sentirse comprendidos y valorados por parte de sus familiares, etc. La familia y el apoyo de la misma pueden funcionar como factores protectores y pueden ayudar a prevenir las recaídas.

- ***Más tiempo libre (actividades, excursiones, etc.).***
- ✓ **Proyecto Hombre**: la mayoría de los/las profesionales (66,7%) (4) piensa que es bastante importante introducir más actividades de este tipo, un 16,7% (1) valora como regular la introducción de más tiempo libre en el programa y un 16,7% (1) destaca que no es nada necesario. Como hemos visto antes, el 75% de los participantes expresa su insatisfacción por no tener más tiempo libre para actividades, etc., hecho que demuestra la importancia de introducir más actividades en el programa de tratamiento. En el caso de Pyksida, no hemos preguntado a los/las profesionales sobre esta perspectiva porque, por temas estructurales del programa, no está incorporado.
  
- ***Más encuentros personales entre terapeutas y residentes.***
- ✓ **Proyecto Hombre**: sólo un 16,7% (1) considera que es muy importante trabajar individualmente con los/las participantes, un 16,7% (1) bastante importante, la mitad de los profesionales (50%) (3) regular y un 16,7% (1) poco importante trabajar a nivel personal con los/las participantes. En general, se puede observar que la mayoría de los/las terapeutas no considera que es un elemento muy importante cuando los mismos participantes lo reclaman. En un grupo con muchos participantes, con un/a solo/a terapeuta y el tiempo limitado, es bastante difícil para la persona expresar sus sentimientos. Hay que tener en cuenta que cada persona, sea hombre o mujer, no se siente igual de cómodo/a contando sus pensamientos y sentimientos en grupo. Las situaciones personales hacen imprescindible la existencia de más encuentros personales entre

terapeutas y participantes. Los Proyectos Educativos Individuales (PEI) se pueden aplicar perfectamente en las Comunidades Terapéuticas para mejorar la situación personal de cada persona, como también los Grupales (PEG) para la detección de los factores de riesgo y de protección, siempre con la orientación de profesionales formados como educadores/as sociales y/o pedagogos/as.

- ✓ Pyksida: un 60% (3) de los/las profesionales valora de regular la importancia de los encuentros individuales entre participantes y terapeutas en orden a mejorar el programa y el tipo de tratamiento ofrecido, un 20% (1) considera que afectaría poco y sólo un 20% (1) cree que el programa mejoraría bastante.

Se observa que los/las profesionales de las Comunidades no creen mucho en la efectividad que pueden tener las reuniones personales entre terapeuta-residente. En nuestra opinión, los encuentros personales entre terapeutas y participantes en una C.T. son imprescindibles para que pueda cada uno/a de éstos/as expresarse y tratar sus dificultades mejor. Estudiando la historia personal, familiar, económica, el nivel educativo recibido, etc. de cada individuo, sería más eficaz tratar temas sensibles en privado, basados como hemos ya dicho, en el diseño de Proyectos Educativos Individuales (PEI). El contacto personal entre terapeuta-usuario puede ayudar en la profundización de ciertas problemáticas particulares como, por ejemplo, separaciones, maltrato, prostitución, etc. Estamos a favor de que se hagan más encuentros personales entre los/las terapeutas y los/las participantes y que estén basados en una intervención con enfoque socioeducativo.

Por último, hemos preguntado a los/las profesionales ***qué más les gustaría añadir sobre las necesidades de los/las participantes***. Dos de los/las profesionales de la ***Comunidad de P.H.*** han propuesto lo siguiente:

- PR.PH.1: Psicólogo, 36 años: *“Evaluación, talleres y seminarios”*.
- PR.PH.3: Psicóloga, 36 años: *“Mayor atención individualizada y más terapeutas disponibles, ya que estamos pocos y cambiantes”*.

Se observa que los/las mismos/as profesionales piden más talleres y seminarios para mejorar el tratamiento ofrecido, quieren más evaluación de los resultados obtenidos y también mayor atención individualizada y más terapeutas. Estas sugerencias del equipo profesional pueden ser la base para las propuestas de mejora del programa.

El siguiente grupo de preguntas enfoca las dificultades que presentan los/las participantes en el tratamiento y sus motivos. Por ejemplo, si tienen dificultad para expresar sus sentimientos, mejorar la comunicación, establecer relaciones positivas, etc.

- ***Expresar sus sentimientos:***

- ✓ Proyecto Hombre: el 50% (3) del equipo cree que los/las participantes tienen mucha dificultad a la hora de expresar sus sentimientos, un 16,7% (1) dice que tiene bastante dificultad para expresarse y otro 16,7% (1) manifiesta que se expresan regular; un 16,7% (1) no contesta. Esta pregunta contrasta con la anterior sobre las necesidades de los individuos y los encuentros personales entre profesionales y participantes. Aquí los mismos profesionales reconocen que los participantes tienen mucha dificultad para expresar sus sentimientos cuando antes no consideraban necesario tener conversaciones personales/individuales con ellos.
- ✓ Pyksida: el 40% (2) de los/las profesionales de Pyksida opinan que los/las participantes tienen mucha dificultad para expresar sus sentimientos y pensamientos, un 20% (1) destaca que esta dificultad es bastante obvia, un 20% (1) piensa que esta dificultad es regular y un 20% (1) que la gente tiene poca dificultad para expresar sus sentimientos.

En términos generales, se puede afirmar, según la opinión de los/las profesionales en Granada y en Nicosia, que los/las participantes presentan bastante dificultad a la hora de expresar sus sentimientos y pensamientos. Les cuesta abrirse y contar su vida, especialmente a las personas que han tenido unas vivencias muy duras, como por ejemplo, separaciones, maltratos, ingresos en prisión, etc. Un proyecto socioeducativo individualizado que se centre en las dificultades de cada persona y fortalezca los factores de protección que le pueden ayudar a evitar la recaída podría ser un buen recurso para mejorar su calidad de vida y salir del programa rehabilitada en la mayor medida posible.

- ***Mejorar la comunicación***

- ✓ Proyecto Hombre: el 66,7% (4) dice que los participantes en tratamiento necesitan mejorar bastante la comunicación, un 16,7% (1) da la valoración máxima a esta dificultad



de los participantes (mucho) y una de las profesionales no contesta (16,7%). La falta de comunicación es un tema que está asociado con la familia, la educación, las relaciones personales... La gente con problemas de drogadicción, como ya hemos mencionado, suele provenir de familias problemáticas, marginadas y con un nivel educativo y económico bajo. Por eso hay que trabajar más a nivel personal y familiar con los residentes, detectar sus dificultades y necesidades, educarles para que aprendan pautas para mejorar su comportamiento como también mejorar la comunicación entre los miembros de la familia.

- ✓ Pyksida: un 20% (1) expresa que hay mucha dificultad entre los/las participantes para comunicarse con sus familiares y para expresarse en general, un 40% (2) dice que tienen bastante dificultad y otro 40% (2) considera esta dificultad como regular. Las personas adictas a las drogas suelen aislarse y perder la comunicación con su entorno. Los programas de tratamiento deberían dar importancia a este asunto para ayudarles a mejorar también la comunicación y las relaciones con sus familiares, parejas, hijos/as y amigos/as que a su vez pueden funcionar como factores protectores y ser una forma de prevenir las recaídas.
  
- ***Establecer relaciones sociales positivas***
- ✓ Proyecto Hombre: un 33,3% (2) cree que los participantes tienen muchas dificultades a la hora de establecer relaciones sociales positivas y alejarse de sus amigos/as consumidores/as. El resto de los profesionales (4) opina que es bastante difícil para ellos conocer gente nueva y no consumidora (66,7%). Este es uno de los objetivos de este trabajo, es decir, fortalecer los factores protectores de los participantes en la Comunidad para evitar futuras recaídas. Establecer relaciones sociales positivas les ayuda, aparte de no consumir drogas, a conseguir una estabilidad emocional, aumentar su autoestima, sentirse queridos y valorados, etc. Estos elementos constituyen factores protectores muy importantes.
- ✓ Pyksida: El establecimiento de relaciones sociales positivas por parte de los/las participantes parece que no se considera, por parte de los/las profesionales, como una dificultad de mucha importancia. Un 20% (1) de los profesionales no contesta a la

pregunta, el 40% (2) considera que esta dificultad es bastante conflictiva entre la gente consumidora y un 20% (1) opina que esta problemática es regular. Otro 20% (1) piensa que esta dificultad no presenta mucha dificultad entre la gente del programa.

La ayuda de educadores/as sociales, pedagogos/as, animadores/as socioculturales puede motivar a los participantes de la C.T. a sentirse personas normalizadas, formar parte de esta sociedad y establecer relaciones sociales positivas. Se observa que los/las profesionales de P.H. dan más importancia a esta dificultad de los participantes que el equipo terapéutico de Pyksida. Para los participantes de la Comunidad de P.H. resultaba más difícil hacer amistades nuevas porque estaban en la casa durante la semana y sólo salían los fines de semana, tiempo en el que cada uno de ellos tenía que cumplir los objetivos de su programación y además estar acompañado. Es curiosa la opinión de los/las participantes de Pyksida. Según ellos/as, un programa de Comunidad cerrado es más fácil que un programa intensivo de día como el de Pyksida porque se sentían expuestos al peligro de consumir y recaer en las drogas.

Establecer relaciones sociales positivas es una de las herramientas educativas fundamentales para este colectivo. Con la presencia y ayuda de los/las educadores/as sociales y pedagogos/as en la Comunidad, se pueden aprender formas de gestionar situaciones de estrés con la ayuda de relaciones amicales nuevas y dar paso a una nueva forma de vida sana, alejando así situaciones de riesgo que les pueden conducir a una reincidencia.

- ***Fortalecerse y hacer frente a sus dificultades***

- ✓ Proyecto Hombre: el 66,7% (4) expresa que es bastante difícil para los/las participantes fortalecerse y hacer frente a sus dificultades mientras que un 33,3% (2) dice que es muy difícil. Por su parte, los participantes tenían la sensación de ser incapaces para enfrentar sus dificultades y expresar sus sentimientos hacia las personas de su entorno (familiares, pareja...) porque se sentían infravalorados.
- ✓ Pyksida: el 40% (2) del equipo profesional encuentra esta dificultad regular, otro 40% (2) bastante y un 20% (1) considera que los participantes tienen mucha dificultad para fortalecerse y hacer frente a estas dificultades. Como hemos mencionado antes, es

importante recibir ayuda y apoyo de los profesionales en la Comunidad para poder enfrentar estas problemáticas que se les presentan.

En general, se detecta en ambos equipos que los participantes en tratamiento presentan mucha dificultad hacer frente a sus problemas y fortalecerse. Necesitan más trabajo y ayuda de los/las profesionales para aprender, buscar las formas de afrontar los problemas en su casa, en su trabajo, con sus familiares, pareja, hijos/as... Primero tienen que hacer un trabajo interno profundo con ellos/as mismos/as para poder luego buscar las herramientas adecuadas que les lleven a la resolución de sus problemas. Para que esto sea efectivo, es indispensable hacer un trabajo individual con cada participante para detectar cuáles son exactamente sus necesidades, ayudarles a sentirse más seguros/as y fuertes y poder afrontar con éxito sus problemas.

- **Otros- Sugerencias de los/las terapeutas (P.H. y Pyksida)**

Los/las profesionales de la **Comunidad de P.H.** han querido destacar otros ámbitos de dificultad de los/las participantes:

- PR.PH.1: Psicólogo, 36 años: *“Bloqueos afectivos, miedos, complejos e inseguridades. Nivel formativo y orientación laboral, prevención de recaídas”*.
- PR.PH.2: Licenciada en Derecho, 41 años: *“Laboral y social”*.
- PR.PH.3: Psicóloga, 36 años: *“Lo que más dificultad conlleva es volver a tener o recuperar una red social adecuada y enfrentarse a conflictos diarios”*.
- PR.PH.4: Terapeuta, ex usuario, 48 años: *“Bloqueos afectivos, gestión emocional, regulación de conflictos, traumas sin resolver, mejora de autoestima, adquisición de más valores que favorezcan un nuevo estilo de vida”*.
- PR.PH.5: Psicóloga, 29 años: *“Autoestima: suelen venir con autoestima muy baja por lo que estas carencias y falta de habilidades tienen que aprenderlos para favorecerse”*.

En la **Comunidad de Pyksida** una terapeuta destaca lo siguiente:

- PR.PYK.5: Enfermera social, 37 años: *“Debido al largo tiempo que una persona está consumiendo drogas, pierde gradualmente la capacidad de comunicación y expresión emocional, lo cual le dificulta a la hora de socializarse y tener relaciones sociales”*.

Como se observa, casi todos los/las terapeutas de P.H. y de Pyksida señalan de manera principal los bloqueos afectivos de los participantes, la dificultad de establecer relaciones sociales positivas, superar sus miedos y complejos, aumentar su autoestima, la prevención de recaídas y la formación y orientación laboral. Para resolver estos problemas es necesaria una educación adecuada a nivel grupal y personal donde se trabajen estos asuntos en profundidad. Un programa más individualizado ayudaría a los profesionales a detectar las dificultades de cada persona para poder trabajar estas problemáticas individualmente.

La mitad de los/las profesionales de **P.H.** (50%) contesta afirmativamente a la pregunta si *el programa debería ofrecer más talleres y/o cursos de formación a los participantes para que puedan conseguir trabajo una vez que estén reinsertados*. Expresan que deberían existir más talleres formativos y de orientación laboral, educación reglada y no reglada, facilitar el poder acudir a cursos de formación por las tardes -estando en Comunidad- sin interrumpir la terapia. Una de las profesionales afirma que se debería ampliar la red formativa. Una de las psicólogas cree que no es necesario ofrecer más talleres y lo justifica de la manera siguiente: *“Puesto que lo que fomentamos es la autonomía, les dotamos de herramientas y habilidades para que sean ellos los que se dirijan a los dispositivos pertinentes para iniciar el proceso de búsqueda activa de empleo”*.

En la misma pregunta, el 80% (4) de los/las profesionales de **Pyksida** apoya la posibilidad de ofrecer más talleres y/o cursos de formación. Una de las terapeutas manifiesta que *“se mandan a centros especializados para su formación laboral/profesional”*.

Según las respuestas de los/las terapeutas, las Comunidades deberían ofrecer talleres y/o cursos de formación con más frecuencia para motivar a los/las participantes a reinsertarse laboralmente. Incluso sería de ayuda, según nuestra opinión, ofrecer una variedad de talleres y/o cursos de formación para cubrir en la mayor forma posible los intereses de los residentes y ayudar en su educación y desarrollo, tanto personal como laboral.

En la última pregunta hemos cuestionado a los profesionales acerca de *qué se contempla para la reinsertión*. Cinco de los seis terapeutas de **P.H.** (83,5%) han contestado lo siguiente: autonomía personal y progresivo acercamiento al programa; el aprendizaje de habilidades sociales y otras. Al ser comunidad semi-abierta, los fines de semana se van trabajando aspectos de reinsertión a nivel familiar y social. La autogestión, la autonomía personal, la creación y

mantenimiento de un nuevo estilo de vida libre de drogas y la independencia personal. Igualmente, la autonomía e independencia de la persona/la resocialización en todos sus ámbitos; la búsqueda activa de empleo/la resolución de conflictos y la toma de decisiones. Todo ello se pone en práctica en la C.T. (gestión de sentimientos y mejora de todo lo conseguido en las áreas). Todo esto se hace desvinculándose poco a poco del programa.

La abstinencia de las drogas y la reinserción social, laboral y familiar de la persona depende mucho del fortalecimiento de los factores protectores. Este debe ser uno de los objetivos del tratamiento y de los profesionales, enseñar pautas a los participantes para que puedan elegir formas de vida saludables (familiares y pareja no consumidores, amistades sanas, ocupación laboral, formación profesional, etc.).

El 60% de los/las terapeutas de **Pyksida** (3) señala lo siguiente:

- PR.PYK.1: Enfermera social, 55 años: *“Completar el programa de tratamiento abierto y estar trabajando”*.
- PR.PYK.2: Enfermera social, 38 años: *“Organización, planificación, sistema de servicios médicos integrados, apoyo financiero y formación profesional”*.
- PR.PYK.5: Enfermera social, 37 años: *“Socialización, trabajo, relaciones sociales, amigos/as, expresión de sentimientos, red de apoyo, cambio del estilo de vida y afrontamiento de los problemas”*.

Lo que se pretende, en orden a la reinserción de la persona adicta, es conseguir una desintoxicación y deshabituación de las drogas, una autonomía personal, unas herramientas que le ayuden a adoptar un estilo de vida sano, establecer nuevas relaciones con personas no consumidoras, adquirir una formación laboral, etc. De todos modos, aparte del tiempo que se dedica en la C.T. a la reinserción de la persona, este tema se trabaja con más exhaustividad en la tercera fase, la de Reinserción, que no abordamos aquí.

#### ***8.1.6. Lugar donde se realiza el programa***

El programa de Comunidad de **P.H. se realiza en** Huétor Santillán, situado en la parte nororiental de la Vega de Granada, provincia de Granada.

La Comunidad Terapéutica de **Pyksida** está ubicada en Strovolos, a 10 kms. del centro de Nicosia en una zona residencial.

### **8.1.7. Cobertura del proyecto**

A la **Comunidad de P.H.** acuden personas mayores de 18 años con dificultades derivadas del abuso o adicción a una o varias drogas. Paralelamente se abordan otras problemáticas asociadas: problemas judiciales o de salud física, trastornos psiquiátricos, relaciones familiares, falta de respaldo social, etc. Inicialmente a las personas que ingresan en la C.T. se les realiza una entrevista donde se evalúa su grado de motivación y posteriormente, en presencia de la familia, firman el Contrato Terapéutico y el de Compromiso de Pago. Un terapeuta realiza el Itinerario Terapéutico de forma conjunta con el residente. Hacia la mitad del proceso aproximadamente, se realiza una evaluación del trabajo hecho y de los objetivos conseguidos en las siguientes áreas: relaciones sociales, sexualidad, salud-hábitos saludables, amistades-tiempo libre y afectividad-sentimientos, y se reelabora a partir de los resultados un proyecto de vida con los objetivos que el participante quiera alcanzar en estas áreas a partir de este punto.

El/la participante, como referencia, debe realizar unos registros con las aportaciones de los grupos en los que participa, que deben ser supervisados por el terapeuta. Los objetivos del residente son revisados continuamente, estableciendo líneas de trabajo reestructurables en cada caso de acuerdo con las necesidades. En la C.T. todas las actividades diarias se organizan según un horario planificado de forma que el sujeto adquiera compromiso y responsabilidad. Con el funcionamiento de una consulta médica y la aplicación del programa intensivo de Día tienen la oportunidad las personas con patología dual de participar en el programa. La terapia está ajustada a las necesidades de las personas con patología dual diagnosticada.

Al programa terapéutico de **Pyksida** pueden acudir personas dependientes de sustancias psicoactivas ilícitas mayores de 22 años que desean hacer el programa de rehabilitación intensiva. Tienen la posibilidad de ponerse en contacto con el programa personalmente a través del número telefónico de contacto de la Comunidad. Paralelamente, se remiten participantes de otras organizaciones o instituciones, de médicos del sector privado, del Servicio de lucha contra la droga de la Policía de Chipre, etc. Al principio, la persona adicta tiene una cita con el psiquiatra en la cual se hace la primera evaluación psiquiátrica. A continuación se pasa por otra evaluación hecha en equipo por el psicólogo clínico, el terapeuta ocupacional y el consultor de la primera fase. A partir de ahí, se integra al residente en la primera fase del programa.

En la pregunta, “*¿Cuáles crees que son los aspectos positivos y/o fortalezas de los/las participantes?*”, los/las profesionales de **P.H.** contestan:

- PR.PH.1: Psicólogo, 36 años: “*Capacidades, motivación, expectativas, ilusiones, aspectos positivos de la abstinencia y conocimiento personal*”.
- PR.PH.2: Licenciada en Derecho, 41 años: “*Apoyo familiar*”.
- PR.PH.3: Psicóloga, 36 años: “*Su motivación y confianza en la terapia y los terapeutas. El apoyo familiar para los que tienen familia*”.
- PR.PH.4: Terapeuta, ex usuario, 48 años: “*La capacidad innata de la “presura” de afrontar, superar problemas, esto en general y después en particular cada uno sigue sus circunstancias que tendrá las suyas (familia, amigos, etc.)*”.
- PR.PH.5: Psicóloga, 29 años: “*Conciencia del problema, ganas de salir de su situación, la familia y su apoyo; implicación en el programa cuando creen en la metodología*”.

El equipo terapéutico de **Pyksida** destaca lo siguiente:

- PR.PYK.1: Enfermera social, 55 años: “*El desarrollo de la motivación personal para el tratamiento, la participación constante en los programas de tratamiento, el apoyo de su familia*”.
- PR.PYK.2: Enfermera social, 38 años: “*Mayor y más cualitativa participación en el programa. Desarrollo de relaciones terapéuticas*”.
- PR.PYK.3: Enfermero social, 42 años: “*Terapia cualitativa, terapia de deporte, determinación de límites*”.
- PR.PYK.4: Psicóloga, 38 años: “*La intensidad del programa*”.
- PR.PYK.5: Enfermera social, 37 años: “*El desarrollo de la motivación personal, para mejorar el estado psico-emocional de los miembros y desarrollar y mantener la abstinencia. El desarrollo y la creación de nuevos incentivos y un nuevo estilo de vida para sí mismos con estilos de vida saludables*”.

Se aprecia aquí de nuevo una coincidencia de opiniones entre los profesionales de ambas Comunidades. Según los/las profesionales, los miembros tienen muchas capacidades y voluntad para salir del mundo de las drogas. El apoyo familiar les ayuda mucho –los que cuentan con familia – pero lo más importante es la voluntad de deshabituarse, de rehacer sus vidas. Si no

creen en el programa, en los/las terapeutas y en ellos/as mismos/as su tratamiento no va a tener éxito. Por eso hay abandonos y recaídas durante la terapia. Como mencionó uno de los profesionales de P.H. en una de las preguntas anteriores, la prevención de recaídas es uno de los temas que se debe trabajar en la Comunidad pero también durante la fase de la Reinserción. Mediante la participación activa en el tratamiento que ofrece la Comunidad, el fortalecimiento de la motivación para el cambio y la adopción de estilos de vida saludables, los participantes pueden salir del programa y abandonar las drogas. El desarrollo de una relación cercana entre terapeuta y participante ayuda a motivarse más, como propone una de las terapeutas de Pyksida, igual que una terapia que incluya deporte puede animar a nivel físico y psicológico a estas personas. Todo esto se puede conseguir a base de acciones socioeducativas y con la participación de profesionales formados/as en este sentido.

#### ***8.1.8. La temporalización / calendario***

En el programa de ***Comunidad de P.H.*** la duración del programa se adapta al proceso de cada persona pero la duración media es de 8 meses aproximadamente.

En el programa intensivo de la ***Comunidad de Pyksida*** el tiempo marcado para la deshabitación de los/las participantes se distribuye en dos fases:

- *Fase 1. Dura dos semanas* y tiene los siguientes objetivos: Análisis de los objetivos terapéuticos; Intensificación gradual del marco terapéutico.

Durante estas dos semanas los/las terapeutas realizan su trabajo sobre la base de Grupos de movilización, Análisis de los resultados del diagnóstico, Feedback de los grupos de tratamiento y responsabilidades dentro de la comunidad.

- *Fase 2. Dura seis meses* y se trabaja en las siguientes áreas: Terapia individual y terapia de grupo; Análisis y movilización del potencial individual; Desarrollo de mecanismos de defensa; Estabilización del estado mental; Tratamiento de la comorbilidad; Estabilización de la situación social; Desarrollo de habilidades sociales; Desarrollo y estabilización de las relaciones interpersonales.

El trabajo durante estos seis meses se centra en Técnicas de prevención de recaídas; Grupo de psicoeducación; Grupo de habilidades de vida; Taller vivencial; Psicoterapia a través del arte; Grupo de comunidad; Grupo de prevención de recaídas; Grupo de mujeres; Musicoterapia;



Actividades al aire libre; Reuniones individuales; Psicoterapia; Grupo de aliados (cfr. Anexo III al final de la tesis).

### **8.1.9. Los recursos**

Los recursos utilizados en la **Comunidad de Proyecto Hombre** son materiales y humanos (incluyendo aquí a los profesionales y a los voluntarios):

- Materiales: Instalaciones, material de oficina y fungible.
- Humanos: Psicólogos/as, trabajadores/as sociales, pedagogos, ex participantes del programa, licenciados/as en derecho.
- El *voluntariado* enriquece la calidad humana del Programa y colabora en el proceso de rehabilitación y cambio de los participantes.

Los recursos utilizados en la **Comunidad de Pyksida** son igualmente:

- Materiales: Instalaciones, material de oficina y fungible.
- Humanos: 1 psiquiatra/Coordinador científico, 1 psicólogo clínico, 1 terapeuta ocupacional y 5 enfermeros/as sociales.

## **8.2. Otras perspectivas: el género en las Comunidades Terapéuticas de Proyecto Hombre y Pyksida y seguimiento de los/las participantes**

Si enfocamos ahora la perspectiva de género y cómo ésta se incorpora a los programas de Comunidad, se preguntó a los dos equipos cuáles son las **diferencias que pueden existir entre hombres y mujeres respecto al consumo de drogas y cuáles pueden ser éstas**.

El 66,6% (4) de los/las profesionales de la **Comunidad de P.H.** contestó que hay diferencias entre los hombres y las mujeres consumidores/as. Algunas de sus respuestas son:

- PR.PH.1: Psicólogo, 36 años: “*Las diferencias en los hombres son los factores sociales y emocionales y en las mujeres el trauma de la adicción*”.
- PR.PH.2: Licenciada en Derecho, 41 años: “*Los hombres cuentan con menos apoyo familiar*”.

Una de las terapeutas expresa justamente lo contrario diciendo que son *las mujeres* las que cuentan con *menos apoyo familiar*. Otra destaca que la diferencia en los hombres es la *edad de*

*inicio de consumo*; empiezan en una edad más temprana y las mujeres tardan más en reconocerlo y pedir ayuda. Dos terapeutas afirman que el consumo de drogas es igual entre hombres y mujeres y no presenta diferencias.

En la *Comunidad de Pyksida*, una de las terapeutas opina que hay diferencia entre los hombres y las mujeres en la *forma* y en la *edad* en que empiezan a consumir sustancias. Otra destaca que los hombres presentan un *aumento de la dependencia*, cuando las mujeres presentan una *confianza reducida en sí mismas*, una *autoestima baja* y son *víctimas de explotación*. Para otro de los terapeutas los hombres presentan diferencias en el *tipo de la sustancia consumida* y en el *grado de dependencia mientras que* las mujeres suelen ser *víctimas de maltrato-explotación*. La psicóloga de la Comunidad señala las diferencias entre hombres y mujeres afirmando que los *motivos por los hombres empiezan a consumir son distintos* y que en el caso de las mujeres les afecta el *trauma, el abuso sexual y la violencia física*. La última de las terapeutas explica que los hombres empiezan a consumir a una *edad más temprana, se experimentan más* y suelen ser *policonsumidores*, mientras que las mujeres se inician a una edad mayor que los hombres.

Lo que han destacado los/las terapeutas en sus respuestas de ambas Comunidades son datos que aparecen en varios estudios e investigaciones, al igual que en Memorias publicadas de varias asociaciones y programas de tratamiento. Las mujeres suelen empezar a consumir sustancias más tarde que los hombres y también suelen sufrir abusos sexuales y maltrato durante su infancia y adolescencia. Los hombres suelen experimentar y consumir drogas más temprano que las mujeres y también son policonsumidores. Las mujeres además, por razones sociales, suelen sentirse más estigmatizadas y con menos autoestima que los hombres, por eso tardan más en pedir ayuda. Se observa que tanto las mujeres como los hombres que han caído en la drogadicción carecen de habilidades que les pueden proteger del consumo de sustancias; están más expuestos a entornos y personas que les pueden llevar a situaciones de riesgo.

El Instituto Deusto (2007: 281-282), en la investigación ya citada, encontró diferencias entre hombres y mujeres respecto al consumo de drogas y al tratamiento. Las mujeres acuden con menos frecuencia a programas de deshabituación por la razón de ser programas diseñados para masculinos, encontrándose en inferioridad numérica. La estigmatización social es mayor en las mujeres adictas, lo que provoca sentimientos de vergüenza y de culpa que les llevan a ocultar su

adicción; la maternidad les genera obligaciones y cuentan con menor apoyo familiar. Las mujeres del estudio presentan la duración del tratamiento como algo negativo y que afecta a la hora de acudir a tratamiento (ídem, 2007: 159).

En la segunda pregunta de este apartado, hemos querido saber si ***los/las participantes cuentan con un apoyo familiar o de pareja durante el tratamiento.***

Las respuestas que dan los/las profesionales de ***P.H.*** son:

- PR.PH.1: Psicólogo, 36 años: *“Los hombres sí, madre y/o pareja. Las mujeres habitualmente no”*.
- PR.PH.2: Licenciada en Derecho, 41 años: *“Tanto los hombres como las mujeres cuentan con apoyo, aunque las mujeres cuentan con un apoyo más débil”*.
- PR.PH.3: Psicóloga, 36 años: *“Los hombres normalmente sí cuentan con su familia, las mujeres son más reticentes al tratamiento y no tienen apoyo familiar ni de pareja”*.
- PR.PH.4: Terapeuta, ex usuario, 48 años: *“Tanto los hombres como las mujeres cuentan con apoyo familiar y/o de pareja pero no todos”*.
- PR.PH.5: Psicóloga, 29 años: *“Algunos hombres cuentan con apoyo y la mayoría de las mujeres también”*.
- PR.PH.6: Trabajador social, 40 años: *“Los hombres cuentan con apoyo tanto de familia como de pareja, las mujeres tienen menos apoyo”*.

En la ***Comunidad de Pyksida***, tres de las cuatro terapeutas dicen que los/las participantes sí cuentan con el apoyo familiar (una mujer y el único hombre profesional afirman que casi todos cuentan con apoyo durante el tratamiento). Se observa que hay apoyo de las familias/parejas, aunque no lo tienen todos/as. Éste puede ser uno de los motivos más importantes por los cuales las personas recaen a las drogas. En este sentido, como ya hemos afirmado antes, los programas deben incorporar grupos de familias, de parejas e hijos/as todas las semanas, para fortalecer estas relaciones y para que el sujeto tenga más razones y motivos para cambiar su conducta adictiva y no presentar recaídas. Así, no sólo se reeduca la persona drogodependiente sino también a las personas cercanas a él/ella.

A partir de las respuestas de los dos equipos profesionales se evidencia que las mujeres no cuentan con el mismo apoyo familiar y/o de pareja que los hombres. La mujer no suele abandonar su pareja cuando entra en tratamiento, en cambio, el hombre es más probable que lo

haga. La carga familiar, materna y de pareja suelen acompañarles durante su tratamiento y estos son muchas veces los motivos que les llevan al abandono del tratamiento. En el capítulo 2, en el apartado "*La perspectiva de género y las drogodependencias*", hemos hecho una referencia a varios estudios que mencionan esta carencia que presentan las mujeres en relación con los hombres y muchas veces puede ser la causa en ellas de una recaída en la drogadicción.

Según la investigación hecha por el Instituto Deusto de Drogodependencias (2007: 159), el 50,9% de las mujeres que estaban en tratamiento no contaban con el apoyo de su familia o pareja. El apoyo familiar es una condición necesaria para el ingreso en un centro de rehabilitación, el inicio y el mantenimiento del tratamiento.

Lo mismo destaca De Wilde (2005: 59) en un estudio que se ha realizado en varios países europeos con el objetivo de detectar las diferencias entre hombres y mujeres en las C.T. Según él, las mujeres están menos privilegiadas que los hombres en cuanto al apoyo que reciben de sus parejas cuando están en tratamiento.

La tercera pregunta era, "*¿Existen diferencias entre sexos en relación con las recaídas?*". Dos de los tres hombres terapeutas de la **Comunidad de P.H.** afirman que sí existen diferencias mientras que dos de las mujeres aseveran lo contrario. La tercera de las profesionales dice ignorarlo. Las razones que dan los dos terapeutas son las siguientes:

- PR.PH.1: Psicólogo, 36 años: "*Los hombres no abandonan estereotipos y las mujeres por la presión de la pareja, la familia y sociedad*".
- PR.PH.6: Trabajador social, 40 años: "*Los hombres por el apoyo y las mujeres por su poco apoyo y por las cargas familiares*".

En cuanto a la **Comunidad de Pyksida**, dos terapeutas afirman que no hay diferencias entre los dos sexos y el resto de los profesionales dicen que sí. Una de las enfermeras destaca que los hombres presentan más recaídas que las mujeres; la psicóloga dice que los hombres presentan recaídas más frecuentes y las mujeres más escasas. El hombre terapeuta solamente se limita a decir que está de acuerdo y que hay diferencias entre el sexo y las recaídas.

Se observa que los/las profesionales de ambos programas coinciden en que las mujeres presentan menos recaídas que los hombres y cuando llegan a reincidir lo hacen por motivos como la falta de apoyo, la presión que sienten por parte de la familia y de la sociedad. Hay que detectar los motivos que lleva a los/las participantes a una recaída con la intención de ayudarles y

ofrecerles las herramientas adecuadas durante el tratamiento para enfrentarse a las situaciones y/o personas que les afectan negativamente. En la Comunidad hay que trabajar tanto en grupo como individualmente, al igual que con la familia y/o pareja de cada participante, teniendo como punto de referencia el Proyecto Educativo Individual (PEI) de cada residente.

El apoyo por parte de la familia y/o de la pareja cuenta mucho durante el proceso del tratamiento. Las mujeres suelen tener recaídas debido a las cargas familiares, especialmente las que tienen hijos. De acuerdo con el Instituto Deusto de Drogodependencias (2007: 169), las recaídas forman parte inseparable del proceso de rehabilitación. El 45,8% de las mujeres del estudio realizado contestó que había tenido recaídas (un 60,5% de ellas por factores individuales, un 44,7% por factores relacionales, un 26,3% debido a factores sociales y un 7,9% a factores institucionales).

Como hemos visto en el cuarto capítulo "*La prevención de las recaídas*", la persona drogodependiente tiene que afrontar las situaciones de alto riesgo que son, principalmente, los estados emocionales negativos, los conflictos interpersonales y la presión social y reforzar los factores protectores que les ayudarán a permanecer abstinentes, adoptar unas habilidades de afrontamiento y aprender a detectar las recaídas antes que surjan. Igualmente, las mujeres tienen que prestar especial atención a esas situaciones o sentimientos que les llevan a una reincidencia.

En la pregunta, "*¿El embarazo y/o los hijos de las mujeres tienen un papel importante a la hora de empezar el tratamiento o incluso a la hora de abandonarlo?*", hemos recibido las siguientes respuestas de los/las terapeutas de **P.H.**:

- PR.PH.1: Psicólogo, 36 años: "*El embarazo y/o los hijos impide el comienzo del tratamiento y favorece el abandono*".
- PR.PH.2: Licenciada en derecho, 41 años: "*Sí, afecta el comienzo y el abandono del programa*".
- PR.PH.3: Psicóloga, 36 años: "*Si no están con ella puede ser un motivo para iniciar tratamiento, recuperarlos. Si tiene a sus hijos a veces no se puede permitir hacer tratamiento si no tiene apoyo de su familia*".
- PR.PH.5: Psicóloga, 29 años: "*A la hora de empezar el tratamiento es una de sus motivaciones, toman mayor conciencia. A la hora del abandono utilizan la excusa de tener hijos para justificar su abandono*".

- PR.PH.6: Trabajador social, 40 años: *“Les cuesta más empezar el tratamiento y es un motivo de abandono”*.

Respecto a las respuestas del equipo profesional de **Pyksida** observamos lo siguiente: tres terapeutas dicen que el embarazo juega un papel importante en el tratamiento para las mujeres. Otra de las profesionales afirma que el embarazo es importante cuando empiezan el tratamiento, hay más demanda. La psicóloga explica que cuando empiezan el tratamiento las mujeres embarazadas o con hijos hay múltiples intervenciones pero no explica nada más.

En general se nota que los dos equipos están de acuerdo en que los hijos y/o el embarazo de las mujeres son un punto de referencia a la hora de empezar el tratamiento. Muchas veces los hijos son la excusa para que entren en un programa de desintoxicación, pero en otras ocasiones los utilizan como justificación para abandonarlo. Podemos deducir que las mujeres, según sus necesidades, recurren a sus hijos para empezar o abandonar el tratamiento. Es decir, los hijos funcionan para ellas como factor protector para que empiecen el tratamiento, pero en otras ocasiones actúan como factor de riesgo que les hace abandonar el programa. Cuando ven los cambios positivos en sus conductas y el cambio en sus vidas- la relación entre la familia, la pareja, los hijos- se animan para seguir con el tratamiento.

De acuerdo con Simonelli y Calvo (2003: 166), las mujeres drogodependientes muchas veces desean un embarazo para defenderse ante la vida o como un recurso para conseguir la salvación. Muchas de ellas siguen consumiendo durante el embarazo y mantienen ese estilo de vida; en otras ocasiones en que han dejado de consumir drogas, reanudan los hábitos drogodependientes en el parto y post-parto, intentando sentirse a la altura de las circunstancias y calmar la sensación de culpa.

Señalan que en muchas ocasiones las mujeres después del parto pierden la ilusión que tenían antes, cuando las exigencias de la realidad se hacen demasiado duras por dificultades del niño o de la madre o por la ausencia de una red de apoyo. Tanto si la mujer vuelve a consumir como si permanece en la abstinencia, los problemas de ser madre aparecen. Estas mujeres tienen muchos problemas y dificultades para construir y mantener relaciones interpersonales gratificantes (con la pareja y con la familia de origen), tienen una tendencia a adoptar un estilo de vida que lleva al aislamiento y dificultades para reconocer y satisfacer las necesidades de su hijo (ídem, 2003: 166-167).

Díaz (2006: 18) señala que las mujeres desean la maternidad para disminuir el consumo pero muchas veces culpabilizan a los hijos como dificultad para empezar el tratamiento. Buscan apoyo en los abuelos o asunción total de la crianza de sus hijos por parte de éstos o silencian su problema de adicción en algunos casos.

Pasando a la pregunta si ***el programa hace algún tipo de distinción en el tratamiento por la condición de ser mujer***, cinco de los seis profesionales de ***P.H.*** dicen que sí, se forman grupos específicos de género. Todos/as los/las profesionales de ***Pyksida*** están de acuerdo en que el programa diferencia el sexo y ofrece grupos específicos para las mujeres. Las cuatro mujeres profesionales de esta Comunidad destacan que se forman grupos específicos de género, y en concreto, grupos de mujeres aunque no explican cómo trabajan en estos grupos ni la eficacia que tienen.

La incorporación de grupos específicos de género y la educación sobre la igualdad es fundamental en centros de tratamiento de drogas. Teniendo presente todo lo que hemos mencionado hasta ahora, las mujeres que entran en un tratamiento de drogas suelen presentar más problemas psicológicos relacionados con la violencia de género, malos tratos, abandonos de sus parejas, pérdida de la custodia de sus hijos, etc.

Deberían de formarse grupos específicos de mujeres, con o sin hijos/as, de mujeres maltratadas, mujeres prostitutas, etc., donde vayan resolviendo sus problemas con el objetivo de ir superando poco a poco los traumas generados. En relación con *el o la* profesional que va a dirigir el grupo, en nuestra opinión, sería mejor que fuera una decisión tomada por las propias mujeres; hay mujeres que se sienten mejor con un hombre terapeuta y otras con una mujer.

La siguiente pregunta, ***¿Crees que debe incorporarse este enfoque en el programa? ¿Por qué? Por ejemplo, ¿en qué situaciones?***, dos de las terapeutas del programa de ***P.H.*** no contestan; el resto lo hace afirmativamente. Uno de ellos afirma que debería agregarse este enfoque en todos los casos, tanto para mujeres como para hombres. Una de las terapeutas señala que debería incorporarse para los dos géneros e incidir en las dificultades que tiene una mujer si está sola; otro terapeuta dice que ya está incorporado el enfoque de género en el programa de tratamiento.

En el caso de la **Comunidad de Pyksida**, dos de las profesionales no contestan, dos dicen que no hace falta y el terapeuta opina que el enfoque de género debería incorporarse “*sólo para las personas que han experimentado estrés postraumático*”.

En esta pregunta parece que hay diferencia en las respuestas y opiniones de los/las profesionales. Como hemos indicado anteriormente, un enfoque de género en este tipo de tratamiento es muy importante para la mejora de la vida emocional, psicológica y familiar tanto del hombre como de la mujer. Por ejemplo, consideramos que sería oportuno crear grupos específicos de hombres y mujeres en los que tratar por separado temas como la adicción (drogas y alcohol), historia familiar, problemas emocionales y psicológicos, abusos sexuales y maltratos, violencia de género, enfermedades relativas a la salud física, intentos de suicidio, maternidad y paternidad, relaciones de pareja, relaciones con los/las hijos/as, etc.

De acuerdo con De Wilde (2005: 108), las admisiones a tratamientos y el uso/abuso de drogas son un tema complejo en el que interactúan muchas variables biológicas y sociológicas. Determinar las diferencias y la comprensión del contexto social de los roles de género es importante con el fin de proporcionar un tratamiento más sensible al género y mejorar la retención de tratamiento y evolución de las mujeres.

En la pregunta, ***¿Crees que es necesario tener un programa de tratamiento teniendo en cuenta la perspectiva de género?***, la mayoría del equipo profesional de **P.H.** ha contestado afirmativamente (66,7%) pero el resto de ellos/as no está de acuerdo (33,3%).

En los casos afirmativos, los/las profesionales han propuesto:

- PR.PH.1: Psicólogo, 36 años: “*La mujer drogodependiente necesita atención específica en inserción laboral y apoyo social*”.
- PR.PH.3: Psicóloga, 36 años: “*Trabajar con ambos géneros para concienciar de las igualdades y diferencias y, prevenir y trabajar la discriminación o violencia. Tenemos casos de maltratadores y mujeres maltratadas.*”
- PR.PH.5: Psicóloga, 29 años: “*Para trabajar aspectos a nivel de sexualidad, dependencia afectiva, autoestima, maltrato de la tipología que sea. Además, por tendencia y estadísticas hay mayor número de hombres que de mujeres, a éstas les cuesta también expresar sus problemáticas, teniendo en cuenta esta perspectiva ellas toman*”



*conciencia de la importancia de hablar de sus problemáticas sin que lleguen a sentirse intimidadas”.*

Respecto a los/las profesionales de **Pyksida**, el terapeuta no contesta a la pregunta y las demás terapeutas contestan afirmativamente.

- PR.PYK.1: Enfermera social, 55 años: *“Prestar servicios que atiendan las necesidades específicas de las mujeres”.*
- PR.PYK.2: Enfermera social, 38 años: *“La mujer drogodependiente necesita un espacio donde poder atender sus necesidades y particularidades, como por ejemplo el hecho de tener niños”.*
- PR.PYK.4: Psicóloga, 38 años: *“La mujer drogodependiente, debido a su problema particular, necesita un lugar donde poder sentir confianza y también un espacio que le pueda ofrecer las facilidades necesarias que necesita si tiene niños y familia”.*
- PR.PYK.5: Enfermera social, 37 años: *“Las mujeres llegan a consumir drogas por motivos diferentes que los hombres y también presentan unas necesidades distintas. Como consecuencia necesitan otras formas de tratamiento en un programa de deshabitación”.*

La mayoría de los/las profesionales de las Comunidades de Pyksida y de P.H. están a favor de un programa más especializado en género. Las mujeres necesitan grupos específicos donde se trabajen determinados temas femeninos como la maternidad, los motivos de consumo, la vida en pareja, la sexualidad, los maltratos, etc. Como destacan los/las profesionales de la Comunidad, es significativo dar más importancia a la reinserción sociolaboral de la mujer y al apoyo que reciben de sus familias y/o parejas cuando estén en tratamiento.

Hay que señalar que las mujeres perciben más inconvenientes que beneficios a la hora de entrar a un tratamiento porque éstos están diseñados teniendo en cuenta las necesidades de los hombres. La mujer en nuestra sociedad no está asociada con el consumo de drogas; la idea generalizada de que la adicción es un tema masculino hace que las mujeres convivan con su problema de forma más oculta y en soledad (Instituto Deusto de Drogodependencias, 2007: 20-23).

La mujer no recibe el mismo apoyo que el hombre cuando está en tratamiento en una Comunidad Terapéutica, igual que cuando está en prisión. No cuenta con apoyo familiar ni de pareja, al contrario, siente el rechazo y la decepción (Fernández, García del Moral, Urbano, y Arostegi, 2008: 167-168). Esto puede suceder también en los centros de tratamiento de drogas.

En nuestro caso, muchas de las mujeres de la Comunidad de P.H. estaban separadas, no tenían ningún contacto con su ex pareja, aunque tuvieran hijos/as. Algunas no tenían apoyo de sus familiares; en un caso, una mujer separada que había perdido la custodia de sus dos hijos vivía en un piso de Acogida porque su padre no la quería en la casa y muchas veces le pegaba. Al contrario, casi todos los hombres que tenían familia propia o no contaban con un apoyo mientras estaban en la Comunidad. Tenían además un círculo de amigos más amplio que las mujeres.

En un tratamiento debemos tener presente que la mujer sufre más que el hombre de depresión, ansiedad, baja autoestima, malos tratos, etc. De hecho, un tratamiento para que sea eficaz debe atender a las distintas necesidades de la persona, no solamente su drogadicción (National Institute on Drug Abuse (NIDA), 2009).

Otra pregunta que hemos hecho a los/las profesionales es si creen que debería haber un *programa específico para las mujeres/madres que están en la Comunidad*. Más de la mitad de los/las profesionales (66,7%) de *P.H.* están de acuerdo, al contrario de dos terapeutas que no lo ven necesario (33,3%).

La mitad de las mujeres de *Pyksida* (50%) ha contestado positivamente mientras que las otras dos terapeutas dicen que no es necesario; el hombre terapeuta no contesta a la pregunta. Lo que proponen las dos terapeutas es crear servicios que puedan atender estas necesidades de las mujeres-madres en tratamiento e incorporar grupos sobre la educación de las madres y demás temas relacionados con la maternidad.

Tanto los/las profesionales de P.H. como los/las de *Pyksida* están de acuerdo en que hay que prestar mayor atención a la maternidad, crear grupos específicos para mujeres y atenderlas de forma distinta que a los hombres. Tenemos que ser conscientes de su situación, por ejemplo, que algunas de ellas tienen hijos/as y que durante el tratamiento suelen sentirse culpables. Esto les impide muchas veces empezar el tratamiento o, en otras ocasiones, es el motivo de abandono. Formar grupos específicos de mujeres con niños/as sería lo más adecuado para aumentar su

autoestima y sentirse bien consigo mismas, no sólo como mujeres sino también como madres. Es evidente que es necesario establecer coordinaciones con salas cuna, jardines infantiles, hogares de cuidado diario, etc., para la atención y el cuidado de los/as hijos/as, como una forma concreta de apoyo a la adherencia de las mujeres a los programas de tratamiento.

- ***Seguimiento de los/las participantes***

Tres años después de nuestro primer contacto con los/las participantes en la ***Comunidad de P.H.***, quisimos volver para ver qué había pasado con aquellos participantes, si acabaron el programa o no. Nuestra pregunta a los/las terapeutas de P.H., a quienes se les pasó el cuestionario en 2009, fue qué había pasado con los **34** (26 hombres y 8 mujeres) que habíamos estudiado, tanto a través de los expedientes como de los cuestionarios.

En general, de todos ellos trece participantes (hombres y mujeres, 38%) abandonaron el programa de P.H. mientras estaban en la fase de la Comunidad o en la de Reinserción. Dos de los hombres que abandonaron su tratamiento volvieron a entrar en la cárcel. Otros doce participantes (35%) consiguieron acabar el programa con éxito y dos personas, un hombre y una mujer, retomaron el programa de P.H. (6%). La mujer, en este caso, según la información que nos han dado los terapeutas, se juntó con su ex novio, también drogodependiente, y volvió a recaer. El otro hombre que retomó el programa es una persona que presentaba muchos problemas psicológicos, hizo muchos intentos de dejar las drogas en distintos programas en Granada pero no consiguió deshacerse. Según la información proporcionada, dejó el programa de P.H. pero lo retomó poco después.

La situación de los **26 hombres** en total era la siguiente: Once abandonaron el programa (42%), ocho consiguieron el alta terapéutica (31%), un hombre volvió a retomar el programa (4%), tres entraron en la prisión por volver a delinquir (11,5%). La situación de los otros tres hombres se desconoce (11,5%).

En cuanto a las **8 mujeres**: Dos abandonaron el programa (25%), cuatro acabaron el programa y se les dio el alta terapéutica (50%), una retomó el programa por motivo de recaída (12,5%), una abandonó el programa de P.H. y empezó el programa de CPD (12,5%).

A primera vista, lo que podemos señalar en relación con el género es el número de altas terapéuticas. La mitad de las mujeres ha conseguido terminar el programa de P.H. con éxito,

mientras que en el caso de los hombres lo ha conseguido menos de la mitad (31%). Por parte de los hombres, un porcentaje importante abandonó el programa (42%), una persona retomó el programa y seis han tenido otras situaciones. De estos seis participantes sabemos que tres (11,53%) volvieron a la prisión por delitos de drogas o porque no cumplieron su condena y abandonaron el programa de tratamiento; de los otros tres no nos especificaron los profesionales que les ha pasado. El porcentaje de hombres que abandonaron el programa (42%) es mayor que el de las mujeres (25%).

Es obvio que la gente que consiguió terminar el programa de P.H. y reinsertarse es menos de la mitad de todos los residentes estudiados (35%). De las 34 personas sólo 12 lo terminaron mientras que 13 (38%) lo abandonaron y los demás han presentado otras situaciones como volver a la cárcel, entrar en otro programa de desintoxicación o retomar el programa de Proyecto Hombre.

Teniendo en cuenta los resultados y las cifras expuestas, observamos que son necesarios unos cambios en el programa para aumentar el porcentaje de personas que llegan a terminar el programa con éxito. Sabiendo la opinión tanto de los/las participantes como de los/las profesionales en cuanto a lo que les gustaría cambiar y las necesidades de los que acuden a estos programas, vamos a proponer al final de este trabajo unas líneas de actuación con el objetivo de mejorar el programa de tratamiento, teniendo presentes los *factores de riesgo* que presenta este tipo de personas que acude a solicitar tratamiento a su problema de drogadicción. Esa mejora pasa por, fortalecer los *factores protectores*, enfocar la perspectiva de género y *prevenir las recaídas*.

En relación con la C.T. de **Pyksida**, es importante señalar que no se hacía, hasta ese momento, un seguimiento escrito de los/las participantes. Los/las terapeutas del programa nos habían dicho que esta era una debilidad del programa que se debía principalmente a la continua estructuración del programa pero que ahora este asunto iba a cambiar. Ahora todas las C.T. y programas de tratamiento de drogas están obligados por la Unión Europea a hacer un seguimiento de sus participantes hasta unos años después de terminar el programa para poder calificar la eficacia del mismo, sus debilidades, estudiar por qué recae esta población, etc. Por lo tanto, en el caso de Pyksida, no podemos llegar a ninguna conclusión en relación con la eficacia del programa ni hacer propuestas para su mejora.

## 9. ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN DE LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE *PROYECTO HOMBRE, GRANADA Y PYKSIDA, NICOSIA*

---

En el presente apartado se analizan los datos obtenidos de los expedientes y cuestionarios aplicados a los/las participantes de la C.T. de *Proyecto Hombre (P.H.)* en Granada, España (cfr. Anexo V al final de la tesis), y de la Comunidad de *Pyksida* en Nicosia, Chipre que hemos estudiado (cfr. Anexo V al final de la tesis).

En el caso de la Comunidad de **P.H.**, se han analizado treinta y cuatro (34) expedientes y se han empleado veinte (20) cuestionarios. La muestra analizada constituye la totalidad de la población en el momento de la investigación. La diferencia que se presenta entre el número de expedientes y el número de cuestionarios aplicados se debe a los altibajos en este tipo de programas de tratamiento, como se explicó en el capítulo 7 de la metodología.

La investigación en la C.T. **Pyksida** (Brújula) de Chipre, se ha realizado con el objetivo de conocer la situación de las drogas en el país, entender el programa y presentar las características de esta población. De las doce personas en total que estaban ese momento en la fase de Comunidad sólo seis (6) consintieron en contestar el cuestionario. De los expedientes hemos conseguido recopilar información sólo de nueve (9) personas ya que algunas no tenían su expediente formado. En los datos derivados de los expedientes y los cuestionarios sólo coinciden cuatro (4).

En relación con el cuestionario, traducido al griego, hemos aplicado el mismo en ambas Comunidades. La única diferencia ha sido la introducción de dos preguntas nuevas sobre las recaídas en el de Pyksida. Es importante destacar que el programa de Comunidad de Pyksida estaba pasando por un proceso de cambio y transformación: de C.T. cerrada se convertía en un programa terapéutico intensivo de día, como lo describimos en el capítulo 8. Había muchos cambios a nivel terapéutico y a nivel de coordinación y dirección del programa.

## **9.1. Datos descriptivos de los expedientes y cuestionarios de los/las participantes de las Comunidades Terapéuticas de Proyecto Hombre, Granada, y Pyksida, Nicosia.**

En este apartado se presentan los datos derivados de los expedientes y los cuestionarios de la población en las C.T. de **Proyecto Hombre (P.H.)** y **Pyksida**. Vamos a discutir los resultados de los dos diferentes instrumentos y hacer una comparación con datos procedentes de otras fuentes que han investigado la misma población objeto de este estudio. Para el análisis de este apartado se ha utilizado el programa Excel.

### **9.1.1. Datos personales.**

**9.1.1.1. Edad y Sexo:** En lo que se refiere a los *expedientes*, el colectivo de la **Comunidad de P.H.** estaba formado por treinta y cuatro personas, de las cuales veintiséis eran hombres (76,5%) y ocho mujeres (23,5%). Los hombres tenían una edad entre 18 y 50 años y las mujeres entre 26 y 39 años. La edad media para el conjunto era 32,4 años (32,88 los hombres y 31,12 las mujeres).

En la **Comunidad de Pyksida**, el colectivo estaba formado por nueve personas, ocho hombres (88,9%) y una mujer (11,1%). La edad media para el conjunto de los/las participantes era 31,3 años (23 la mujer y 32 los hombres) (cfr. Anexo VI, tabla 1 al final de la tesis).

En cuanto a los *cuestionarios* aplicados en la **Comunidad de P.H.** lo contestaron cuatro mujeres (20%) y dieciséis hombres (80%). La edad media de la muestra era 33,25 años, 31 años para las mujeres y 33,8 para los hombres. En la **Comunidad de Pyksida** participaron seis participantes, cinco hombres (83,3%) y una mujer (16,7%). La edad media de los usuarios era 27,5 años, 23 años para la mujer y 36,4 para los hombres.

Como se observa, tanto en la Comunidad de P.H. como en Pyksida, la mayoría de los/las participantes eran hombres. Por lo general, las mujeres suelen acudir a programas de tratamiento de drogas a una edad mayor que los hombres, dato que demuestra la dificultad de éstas para aceptar su dependencia y afrontar la realidad. Existe un mayor deterioro físico y mental en ellas en el momento de solicitar ayuda. Llegan muy tarde porque frecuentemente ocultan su problema.

No les resulta fácil aceptarlo y solicitar ayuda para su resolución (Urbano Aljama y Arostegi Santamaria, 2004).

En el caso de Chipre, los hombres que acuden a tratamiento tienen una edad media (36,4 años) mayor que los de la Comunidad de P.H. de Granada. En el caso de las mujeres sucede justo lo contrario, es decir, las de la Comunidad de P.H. presentan una edad media mayor que la única existente en la Comunidad de Pyksida. Por consiguiente, no se puede llegar a conclusiones porque la muestra de mujeres en ambas Comunidades es muy pequeña.

¿Qué sucede en otros lugares y modalidades de tratamiento? En la Unidad de Deshabitación Residencial PATIM, “Los Granados” de Castellón (Valencia), de acuerdo con la memoria de 2010, se atendieron 76 casos, 63 eran nuevos, 22 del año anterior y 13 readmitidos (Fundación PATIM, 2011: 98). En el 6,76% eran mujeres y en el 93,24%, hombres. De todos los/as participantes, el 6,76% tenía una edad de 18-25 años, el 28,34% de 26 a 33, el 32,43% entre 34 y 41 años, el 24,32% de 42 a 49 años y un 8,11% tenía más de 50 años.

En el Principado de Asturias, el perfil de los participantes que acudieron a tratamiento residencial en Comunidades terapéuticas durante los años 2001-2008 también fue cambiando. La edad media de la población en tratamiento se ha ido incrementando durante los últimos años y lo mismo sucede en relación al porcentaje de hombres y mujeres: hay más mujeres en los últimos 3 años que anteriormente. Por ejemplo, en 2005, el porcentaje de hombres era de 81% y el de las mujeres de 19%. En 2007 y 2008, el porcentaje de mujeres subió a un 30% y descendió el de los hombres a un 70% (Gutiérrez Cienfuegos, Donate Suárez, Hevia Fernández y González Fernández, 2009).

Se observa, por tanto, en los datos expuestos en los expedientes, cuestionarios y demás estudios que la población masculina sigue siendo con diferencia la que demanda servicios con mayor frecuencia en los programas residenciales para el tratamiento de drogas. Las mujeres no suelen superar el 20%-30% del total de las personas atendidas en este tipo de programas por varias razones expuestas en el marco teórico (capítulo 2, punto 2.4). También la edad media de las personas que piden tratamiento se va incrementando, tanto en las mujeres como en los hombres. Esto demuestra que la gente drogodependiente tarda más en pedir ayuda a los/las profesionales y esto puede ser debido, entre otras causas, a la falta de motivación.

El tratamiento debe adaptarse a las necesidades personales, familiares y laborales de los residentes y enfocarse de acuerdo con la motivación del sujeto para el cambio. Así se refuerzan los factores de protección y se disminuyen los factores de riesgo que llevan a una recaída. De esta forma la persona adicta puede cambiar sus actitudes y seguir desarrollándose.

**9.1.1.2. Lugar de nacimiento y nacionalidad:** Con referencia al lugar de nacimiento de los/las participantes de la **Comunidad de P.H.**, veinticuatro eran de la provincia de Granada (70,6%) de los cuales diecisiete eran hombres (65,4%) y siete mujeres (87,5%). De la provincia de Jaén procedían siete personas (20,6%), todos hombres. Un residente nació en León (2,9%) y vivía en Granada, otro en Barcelona (2,9%) y una mujer era de Bilbao (2,9%) pero vivía en Marbella los últimos años. Todos los residentes eran de nacionalidad Española (cfr. Anexo VI, tabla 2 al final de la tesis).

En cuanto al lugar de nacimiento de los/la participante/s de **Pyksida** observamos que provenían de diferentes países. Según los datos de los *expedientes*, había un hombre de Albania (11,1%), otro de Grecia (11,1%), otro de padres chipriotas emigrantes a África (11,1%), otro de Georgia (11,1%), uno de Chipre (11,1%) y tres de Rusia (33,3%), incluida la mujer. Tres tenían la nacionalidad greco-chipriota (33,33%), entre ellos el hombre que nació en África y tres la griega (33,33%). Tres residentes (33,33%) eran de Rusia y Albania pero desconocemos si habían obtenido la nacionalidad griega.

Observamos que los chipriotas eran menos de la mitad de los/las participantes del programa de Pyksida. Se da la circunstancia de que hay muchos/as participantes que vienen desde Grecia y Europa del Este para entrar en programas de desintoxicación que se desarrollan en Chipre con el propósito de desconectarse de su pasado, amigos/as y/o de situaciones de riesgo que les llevan a consumir.

Con referencia a las respuestas de los *cuestionarios* por parte de los participantes en la **Comunidad de P.H.**, se presenta solamente una diferencia en comparación con los datos extraídos de los expedientes: un hombre señaló como lugar de nacimiento la ciudad de Salamanca (5%) pero llevaba muchos años viviendo en Granada con su familia.



Según los resultados de los seis **cuestionarios** aplicados en **Pyksida**, hay dos hombres de Chipre (33,3%), uno de Grecia (16,6%), otro de Georgia (16,6%), otro de África (16,6%) y una mujer de Rusia (16,6%).

Una diferencia que se presenta en relación con los datos expuestos es la multiculturalidad de la C.T. de Chipre mientras que en la de P.H. sólo había españoles/as. Este componente no produjo ningún conflicto durante el proceso del tratamiento entre los/las participantes o los/las terapeutas.

En la provincia de Granada y en Andalucía se refleja la problemática de la drogadicción. En el capítulo 3 (gráfico 8), se manifiesta la demanda de tratamiento en las C.T. El número de plazas y de ingresos en las C.T. de Granada va aumentando año por año, dato que hace visible la necesidad de una mejor prevención de las drogas y de cambios en algunos modelos utilizados en los centros de tratamiento. Se vuelve cada vez más urgente combinar lo terapéutico con lo educativo en ciertas acciones para poder reeducar a la gente drogodependiente y ayudarle en su desarrollo personal, familiar, interpersonal, laboral...

**9.1.1.3. Estado civil:** El 47,1% de los/las participantes, hombres y mujeres de la **Comunidad de P.H.**, estaba soltero, el 29,4% divorciado, el 14,7% casado y el 8,8% tenía pareja. La mitad de las mujeres (50%) estaba divorciada, tres estaban solteras (37,5%) y sólo una tenía pareja (12,5%). De los hombres, trece estaban solteros (38,2%), seis divorciados (17,6%), cinco estaban casados (14,7%) y dos tenían pareja (5,9%). Las mujeres de P.H. duplicaban el número de hombres divorciados/separados (23,1% para los hombres y 45% para las mujeres) y no había ninguna mujer casada mientras que cinco hombres sí lo estaban (19,2%). En nuestro caso, las cuatro mujeres se divorciaron o porque estaban con parejas consumidoras o porque ellas consumían y sus parejas las abandonaron (cfr. Anexo VI, tabla 3 al final de la tesis).

En relación con las personas en la **Comunidad de Pyksida**, había seis solteros (66,7%), uno casado (11,1%), otro divorciado (11,1%) y uno tenía pareja (11,1%). La única mujer participante en la Comunidad estaba soltera (11,1%).

Comparando con las personas atendidas en el programa “Los Granados”, la mitad era soltero/a (50%), el 16,22% separado/a, un 6,76% divorciado/a y un 8,11% vivía en pareja. De un 10,81% se desconocía su situación (Fundación PATIM, 2011: 100).

Correlacionando el estado civil de los hombres residentes con las recaídas, se observa que entre los que presentaban un mayor índice de recaídas antes de ingresar en la **Comunidad de P.H.** había un 26,9% de solteros, un 15,4% de divorciados/separados, un 11,5% de casados y un 3,8% que vivía en pareja. De las mujeres, había dos solteras (25%) y dos divorciadas (25%) (cfr. Anexo VI, tabla 4 al final de la tesis).

En cuanto a los participantes de **Pyksida**, presentaron recaídas dos solteros (25%), un divorciado/separado (12,5%), uno casado (12,5%) y uno en pareja (12,5%). La única mujer participante no había reincidido.

Examinando la bibliografía referida al estado civil de los/las participantes y su relación con las recaídas, vemos que es frecuente que las mujeres consumidoras hayan tenido parejas adictas y es posible que tras un tratamiento no se sientan capaces de soportar un fracaso afectivo más porque les recuerde a sus anteriores relaciones con adictos. Por otra parte, la posibilidad de establecer una relación “normalizada” después de un proceso de consumo es menor para las mujeres que han sido adictas. También, es probable que el estigma que permanece tras una historia de consumo haya afectado a su propia percepción personal y consideren que es poco lo que pueden ofrecer a otra pareja (Urbano Aljama y Arostegi Santamaria, 2004).

En general, vemos que las relaciones familiares y de pareja, los problemas económicos, las peleas y discusiones en la familia...llevan a los/las participantes a consumir y a descuidarse. El tratamiento psicológico parece que no fortalece a las personas que acuden a los programas y como resultado recaen una vez que salen a la calle. Quizás el enfoque psicológico deba sustituirse por uno educativo mediante el cual la gente adquiera durante su tratamiento herramientas para poder afrontar por sí mismo los problemas que le llevaron al consumo de drogas, los denominados como factores de riesgo.

**9.1.1.4. Número de hijos/as de los/las participantes:** Dieciséis de las treinta y cuatro personas en la **Comunidad de P.H.** tenían de uno a tres hijos/as (47%); doce eran hombres (46%) y cuatro mujeres (50%). Los hombres con hijos/as tenían de 29 a 50 años y las mujeres de 30 a 39 años. En dos casos, las mujeres expresaban en sus expedientes que no querían tener hijos con sus parejas; habían sido embarazos indeseados, igual que sus matrimonios. Casi todos los residentes

que tenían niños/as expresaban en los grupos de tratamiento que sentían culpabilidad porque estaban lejos de ellos y no podían compartir su vida diaria.

En la Comunidad de **Pyksida** sólo un hombre (11%) tenía un hijo de cinco años, los demás estaban solteros o vivían en pareja sin hijos/as.

Por lo general, los hijos/as funcionan para los miembros como motivo para cambiar su estilo de vida. Algunos/as deciden entrar en programas de deshabitación para no perder la custodia. Por otra parte, la falta de ayuda para atender a los hijos es uno de los factores que condiciona el acceso de las mujeres al tratamiento.

De acuerdo con el Boletín informativo del Instituto Nacional de Estadística (2009: 7), “*el indicador coyuntural de fecundidad, que mide el número medio de hijos por mujer en edad fértil, se sitúa en 1,46 en el año 2008, frente al 1,40 registrado el año anterior. Así, la fecundidad en España prosigue su recuperación y alcanza su valor más elevado desde el año 1990*”.

Tabla 26

**Tipos de hogar. Instituto Nacional de Estadísticas, 2007 (%)**

Pareja sin hijos	21,5
Pareja con 1 hijo	21,0
Pareja con 2 hijos	17,4
Pareja con 3 o más hijos	3,7
Un adulto con hijos	7,9

*Fuente:* Instituto Nacional de Estadísticas, 2009: 2.

Viendo la tabla 26, observamos que la población que venimos estudiando tiene más hijos/as que las familias españolas “normalizadas”. Vemos que los/las participantes con 2 (26,5%) y con 3 hijos (5,9%) superan el número de hijos por familia española (17,4% y 3,7% respectivamente).

Los resultados reflejan la falta de información y preocupación por parte de los padres (factor de riesgo) que muchas veces conduce a los/las hijos/as a actitudes equivocadas (matrimonios y embarazos indeseados...), razón por la cual la C.T. debe reforzar las habilidades educativas (factor protector) de los residentes que se relacionan con la sexualidad, la formación en habilidades sociales, etc. Se hace necesaria la introducción de seminarios sobre la Educación para la Salud y la sexualidad durante la estancia de los/las participantes en la Comunidad para evitar embarazos no deseados en el futuro y protegerse incluso de enfermedades contagiosas.

**9.1.1.5. Residencia actual:** La gran mayoría de los/las participantes de **P.H.** residía en su casa familiar, considerando que en ese término está incluida tanto la casa de la familia propia como la de los padres (82,4%). En la casa familiar vivía el 84,6% de los hombres y el 75% de las mujeres. Dos hombres y una mujer vivían en un Centro de Acogida en Granada (8,8%), dos hombres vivían solos (5,9%) y una mujer con su pareja (2,9%) (cfr. Anexo VI, tabla 5 al final de la tesis).

De acuerdo a los datos procedentes de los *cuestionarios* contestados por los miembros de **P.H.**, el 85% estaba viviendo en su casa familiar, es decir, con su pareja e hijos/as, con hermanos/as o con su familia de origen. Dos hombres (10%) vivían en una casa de Acogida y otro solo (5%). Entre las personas que vivían en sus casas familiares se encontraban la totalidad de las mujeres (20%) y trece hombres (65%).

En relación con la residencia actual de los/las participantes de **Pyksida**, tenemos los siguientes datos derivados de sus *expedientes*: un hombre vivía solo (11,1%), siete personas estaban con sus familiares (padres y hermanos/as) (77,8%), un hombre estaba casado y vivía con su propia familia (pareja e hijo, 11,1%) y otro con su pareja (11,1%).

Según los datos de los *cuestionarios* de la **Comunidad de Pyksida**, una persona vivía sola (16,7%) y cinco en sus casas familiares de los cuales (83,5%) dos vivían con sus hermanos/as (33,3%), dos con sus padres (33,3%) y una con su propia familia (16,7%).

En la Memoria anual de 2009, la Fundación Girasol de Arcos de la Frontera (Cádiz) constata que el 62% vivía con la familia de origen, el 21% con su propia familia y el 17% solos (Fundación Girasol, 2010).

El apoyo familiar y social durante el proceso de deshabitación es muy significativo porque funciona como estímulo para el cambio. Este apoyo tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos en la persona y funciona como factor protector.

En un estudio realizado en distintas regiones de Chile con personas que habían terminado programas de tratamiento, se llegó a la conclusión de que el apoyo social es un factor protector de la recaída del consumo de drogas, en participantes que habían alcanzado la abstinencia del consumo, tras seis meses de tratamiento (Garmendía, Alvarado, Montenegro y Pino, 2008: 173).

Deducimos que si las personas no tienen un apoyo familiar-social durante su tratamiento tienen más posibilidades de abandonar el tratamiento y recaer en las drogas y sucede al contrario

con las que cuentan con un apoyo familiar, de amigos, de pareja... Los/las terapeutas y los programas de tratamiento de drogas deben prestar más atención a las relaciones familiares porque funcionan como factor protector y promueven la salud de las personas a corto y largo plazo. El encuentro entre residentes y familiares, parejas, hijos/as durante el tratamiento, con la orientación de educadores/as y pedagogos/as, puede ayudar a la reeducación de los/las participantes y de sus familiares con el objetivo de mejorar las relaciones entre ellos/as.

**9.1.1.6. Número de miembros en el hogar:** Las familias de origen de los residentes de la **Comunidad de P.H.** se caracterizan por el elevado número de miembros. En los *expedientes* algunas personas sólo mencionaban los miembros de su familia propia y otras sólo los miembros de la familia de sus padres (hermanos y hermanas). Quince participantes (44,1%) tenían de uno a tres hermanos/as, diez más de tres (29,4%) y siete más de cinco (20,6%). Un hombre no mencionaba si tenía hermanos/as o no (2,9%) y otro era hijo único.

De acuerdo con los expedientes de los participantes de **Pyksida**, el número de miembros en la familia no era tan numeroso como en la Comunidad de P.H. Las familias de la mayoría de los/las participantes consistían de tres personas (55,5%), en tres casos de cuatro (33,3%) y en uno de dos (11,1%). La información obtenida de los expedientes sólo mencionaba el número de los miembros con los que estaban viviendo en ese momento y no de su familia de origen.

Como la mayoría de los/las residentes en la Comunidad de Pyksida es extranjera, no cuentan con el mismo apoyo que los de la Comunidad de P.H. que estaban en su ciudad natal y en su país. Algunos de los participantes de Pyksida sólo tenían a sus hermanos/as en Chipre con los/las que convivían. Los/las participantes de la Comunidad de P.H. provenían de familias numerosas, cosa que dificultaba el crecimiento de los/las hijos/as. Los padres y madres de la mayoría de ellos/as, como vamos a ver a continuación, poseían trabajos precarios y tenían un nivel educativo e ingresos muy bajos. Esto no les permitía dedicar tiempo a la educación de sus hijos/as, hecho que llevó a estas personas al consumo de drogas, al abandono de sus estudios, etc.

**9.1.1.7. La situación familiar en relación con los factores de protección y de riesgo:** En este apartado presentamos la vida familiar de los/las residentes en estudio en relación con los factores

de protección y de riesgo. La información derivada de la Comunidad de Pyksida es mucho más limitada porque no pudimos acceder a los expedientes de los/las residentes.

La presencia de los factores de riesgo es muy llamativa, al contrario de los factores protectores que son prácticamente inexistentes. Como hemos mencionado, muchos/as de los/las participantes habían sufrido experiencias desagradables en sus casas: malos tratos, alcoholismo por parte de uno de sus progenitores, separación de los padres, fallecimientos, enfermedades, etc. A continuación, exponemos algunas vivencias personales expresadas en los expedientes por los propios residentes de la Comunidad de P.H.:

- **PH.M.26 años, en pareja:** *“Sus padres se separaron cuando ella tenía 4-6 años. Recuerda a su padre con las maletas. Su madre es alcohólica. Su madre estaba “peda”, había rotura de objetos. Vivió un infierno. Bebía sin parar. Le mandaba a la tienda para comprar vino, más de 1 noche ha dormido en el portal por no irse a casa con su madre, preferiría quedarse en la calle...”*
- **PH.M.6, 39 años, separada:** *“Eran cuatro hermanas en la familia. Son todas consumidoras. Una se suicidó el verano de 2005, la otra sigue consumiendo y la tercera hizo el programa. Su padre bebía todos los fines de semana pero ello no tenía consecuencia para su problema. A los 17 años empezó a trabajar en un supermercado y empezó a beber (...). Un día encontró a su madre muerta en el sofá. Empezó a beber otra vez con su marido...”*
- **PH.H.24, 48 años, casado:** *“... No recuerda su infancia feliz. Desde los 6 años está trabajando. Su padre era alcohólico, un vago, un bebedor, muy agresivo. Ha visto a su madre correr por el campo y su padre detrás de ella para matarla. Problemas de alcohol en la familia: madre y hermanos. Criado en una familia conflictiva, ha sufrido mucho maltrato...”*
- **PH.M.7, 27 años, soltera:** *“X de pequeña era una niña nerviosa, violenta, conflictiva, pegona. Su padre siempre llegaba tarde y borracho, sentía miedo cuando escuchaba ruido, a que le gritara, que se peleara con su madre. (...) En su casa había un ambiente de intransigencia y de malos tratos, sobre todo con su madre. (El padre) le puso la pistola en la cabeza (a la madre) dos veces para matarla y su hijo la escondió. Él era militar, alcohólico, un machista, violento y torpe y pegaba a su madre...”*

En los *cuestionarios*, quisimos saber sobre el **ambiente en la familia durante la infancia/adolescencia**. Se expresan situaciones tanto agradables (factores de protección) como desagradables (factores de riesgo) de los/las residentes de ambas Comunidades.

La mitad de los/las participantes (50%) de la **Comunidad de P.H.** destaca que el ambiente en su familia durante la infancia y adolescencia era agradable. Había normas y organización en la casa, había respeto entre los miembros de la familia, los padres sólo consumían (alcohol) esporádicamente, en fiestas o los fines de semana. Había tranquilidad en la casa y en algunos casos los/las participantes decían que sus padres les exigían estudiar, les aconsejaban ser selectivos con sus amistades y tener cuidado. Por el contrario, la otra mitad (50%) recuerda un ambiente desagradable durante su infancia y adolescencia. Algunas de las respuestas de los/las participantes son:

- **PH.H.10, 24 años, soltero:** *“Mi padre consumía, cuando nací estaba en la cárcel y a los 7 años se murió. Hubo muchos cambios, tuvimos que dejar nuestra casa, la verdad es que todo fue muy desagradable”.*
- **PH.H.18, 20 años, soltero:** *“Era desagradable, sólo había malos tratos entre todos los miembros de la familia, psicológicos y físicos. Mi padre y mi hermano consumían mucho alcohol y las normas no se cumplían”.*
- **PH.H.21, 24 años, soltero:** *“Yo era maltratado por mi padre y no he estado toda mi infancia en mi casa ya que con 14 años entré preso en Carmona (Sevilla)”.*

La mayoría de los miembros de la **Comunidad de Pyksida** destacó en los *cuestionarios* que había tenido recuerdos agradables de su ambiente familiar o por lo menos vivía en un ambiente tranquilo. Sólo en tres ocasiones los residentes expresaron el poco contacto que tenían con sus padres y la falta de comunicación.

De acuerdo con el Instituto Deusto de Drogodependencias (2001: 199), en las familias con hijos/as consumidores hay un clima más conflictivo, hay más motivos de roce, se discute más. Estos conflictos se deben a los estudios y a la poca colaboración doméstica y, en alguna ocasión, a la hora de llegada a casa. El dinero, los amigos y el consumo de alcohol o tabaco dan lugar a algunas discusiones, pocas pero más frecuentes que en las familias con hijos/as no consumidores/as. Los padres exigen más a los hijos/as y tienen más dificultad para manejar los

problemas. En estos hogares se asienta la permisividad excesiva, la inconsistencia y la resignación. Igual, cuando los padres consumen alcohol y tabaco hay más probabilidad de que los hijos/as consuman. Así los padres modelan o enseñan un tipo de conducta y transmiten con su ejemplo unas expectativas, hecho que confirma en el/la adolescente lo apropiado de consumir ciertas sustancias (ídem, 2001: 199-200).

Pasando a la **organización y normas durante la infancia y adolescencia**, un 65% de los/las participantes de la Comunidad de **P.H.** destacó en sus *cuestionarios* que había organización y normas en su casa familiar mientras que el resto (35%) afirmó lo contrario (cfr. Anexo VI, tabla 6 al final de la tesis). La mayoría de este porcentaje es de hombres, lo cual indica que sus padres eran más estrictos que los de las mujeres.

Estas situaciones crean confusión a las personas cuando están en pleno periodo de aprendizaje; la familia es la que educa y protege a las personas, especialmente en edades tan críticas como la infancia y adolescencia. En algunos casos, el rol de la familia y de los padres lo estaba desempeñando el centro educativo. Según los testimonios de los/las participantes, las figuras paternas y maternas no eran las adecuadas para su educación. Es llamativo el hecho que sólo una mujer señala que había organización, normas y control en su casa cuando otra dice que sólo recibía educación de su colegio. Otra consideraba la limpieza y el trabajo como normas y organización en la casa. Otra dijo que había mucho control y normas excesivas por parte de su padre y una sobreprotección por parte de su madre.

Tres hombres (15%) afirmaron que había normas y control en su casa pero no las respetaban y/o no las cumplían porque simplemente no querían o no les interesaba cumplirlas; otro pasó toda su adolescencia en la cárcel por robo y tráfico de drogas; como consecuencia, no había tenido una vida familiar con normas y organización en la casa. Otro participante tampoco había tenido en su casa normas ni control por parte de sus padres porque su padre falleció cuando tenía 7 años y su madre no pudo educarlo como se considera apropiado. El hecho de no haber conocido la figura paterna en la casa por fallecimiento supone mucho descontrol para la madre que tiene que emprender los dos roles de trabajar y educar a los/las hijos/as sin apoyo.

En lo que se refiere a la **Comunidad de Pyksida**, más de la mitad de los/la participante(s) (66,6%) expresó que había organización y normas durante su infancia y adolescencia. En uno de los casos, un varón expresó que había organización y normas pero era muy rebelde y no las



seguía. Otro vivía con sus tíos y tías porque sus padres trabajaban y no había organización ni normas en la casa. Lo que aprendía se lo enseñaban de mala forma y le maltrataban psicológicamente. Como hemos visto en el primer capítulo, algunos factores de riesgo pueden consistir en el exceso de disciplina, la baja comunicación familiar, la inconsistencia de las normas, los límites poco claros, etc., tal como describen los miembros de las dos C.T.

Se aprecia que en las familias de estos consumidores existen un mayor clima de discusiones y un número elevado de problemas con los hijos/as. Esto hace a los padres sentirse desbordados y confusos, sin saber bien qué hacer. Algunos de estos padres prácticamente no ponen (o no han puesto nunca) normas, otros sí e intentan que se cumplan, pero en ambos casos los hijos/as “se les escapan de las manos”, ya sea por falta de límites, por excesivo control o porque concurren circunstancias especiales que hacen difícil la convivencia y el control (Instituto Deusto de Drogodependencias, 2001: 115).

Existe un segundo perfil, el de aquellos padres y madres que justifican el comportamiento de sus hijos e hijas o lo “pasan por alto” y el de otras familias que intentan hacer cumplir las normas incluso recurriendo si es preciso al control excesivo o al agobio. Son padres indulgentes e inconsistentes. También, hay padres que creen en la madurez y responsabilidad de sus hijos/as, lo que les lleva a no establecer demasiadas normas, directrices, en la confianza de que su hijo ya sabe lo que tiene que hacer. Son los tolerantes o permisivos. Por último, hay un cuarto grupo de padres que establecen normas en la casa familiar, procuran ser flexibles y tolerantes con la edad y las circunstancias y creen en la educación que dan a sus hijos/as. Estos padres pertenecen al modelo autorizador (ídem, 2001).

En nuestro estudio hay de los cuatro tipos de padres. La combinación del tipo de padres con la falta de comunicación y de expresión de los sentimientos provoca en los/las jóvenes recurrir a las drogas para olvidarse de los problemas familiares, la incomprensión que sienten por parte de sus padres... La presencia de las drogas en la casa, en este caso alcohol y tabaco, vuelve a las personas más propensas a consumir en edades más tempranas.

La reeducación de estas personas durante el tratamiento en la C.T. es muy importante para aprender de los errores de sus padres y no cometer los mismos con sus propios hijos/as. Con el reforzamiento de los factores protectores, en este caso la expresión de los sentimientos, el

diálogo entre los padres, madres e hijos/as, la comprensión, el apoyo... se puede conseguir una minimización de los factores de riesgo.

**9.1.1.8. La situación familiar y la prevención de recaídas:** El ambiente en la familia, como hemos visto en los apartados anteriores, puede condicionar el consumo por parte de los hijos/as y las recaídas. Como se demuestra en la tabla 27, la mitad de las personas que había presentado recaídas (50%) en el pasado había vivido en familias sin normas y organización mientras que la otra mitad que estaba en el caso contrario (50%) había estado en familias más normalizadas (normas, organización, padres no consumidores).

Las recaídas aparecen cuando el/la participante se expone a una serie de factores de riesgo como, por ejemplo, la inexistencia de un ambiente sano (pareja y/o amigos consumidores), problemas en la casa familiar, malos tratos...que conducen al sujeto al consumo de drogas para evadirse de sus problemas. Cuando los factores de protección están presentes en la familia, la persona es menos propensa a consumir drogas durante su vida en comparación con la expuesta a situaciones de riesgo.

Tabla 27

**Ambiente en la familia durante la infancia y adolescencia por intervalos de recaídas y tratamiento anterior / Cuestionarios *Proyecto Hombre* (Números absolutos y porcentajes).**

<b>Recaídas y tratamiento anterior.</b>	<b>Ambiente en la familia durante la infancia y adolescencia</b>					<b>Total</b>
	Agradable, normas y organización, padres no consumidores.	Desagradable, malos tratos, padres consumidores y autoritarios.	Desorganización familiar, peleas entre los padres, no se cumplían las normas.	Desagradable, muchos cambios después de la enfermedad, muerte de su padre.	Desagradable, familia pobre y me afectaba.	
<b>Sí</b>	7 (35%)	2 (10%)	2 (10%)	2 (10%)	1 (5%)	<b>14 (70%)</b>
<b>No</b>	3 (15%)	2 (10%)	1 (5%)	-	-	<b>6 (30%)</b>
<b>Total</b>	<b>10 (50%)</b>	<b>3 (15%)</b>	<b>3 (15%)</b>	<b>2 (10%)</b>	<b>1 (5%)</b>	<b>20(100%)</b>

Aparte del ambiente en la familia, las recaídas se provocan por otras situaciones como, por ejemplo, la relación del sujeto con su pareja, el grupo de amigos, la situación laboral, el estado económico y otros. Durante la estancia de los/las participantes en la Comunidad, los/as educadores/as deben apoyar a los miembros para recuperar un ambiente familiar positivo, de

apoyo y de comprensión donde se pueda crear un sentimiento de protección y de confianza entre los miembros de la familia. Mediante la reeducación se pueden restablecer las relaciones familiares positivas con el objetivo de que funcionen como factores de protección para cuando terminen los/las participantes el programa.

Como hemos analizado en el capítulo cuarto de este trabajo, *“una de las razones subyacentes del por qué los adictos que se están recuperando reaccionan con impulsos tan intensos por consumir ante varios estímulos y situaciones de alto riesgo, es porque sus creencias básicas en relación con las ventajas o inconvenientes relativos a tomar drogas, no han cambiado sustancialmente, es decir, no han modificado significativamente sus actitudes, que son las que alimentan el craving”*. Entonces, la implicación de los educadores y pedagogos en las C.T. se considera imprescindible para la educación de los miembros en habilidades sociales, de afrontamiento de situaciones de riesgo, de manejo del estrés, del *craving*, etc.

Como hemos visto, el modelo de Marlatt sobre la prevención de recaídas, basa su teoría en la premisa de que el objetivo principal es el de enseñar a los individuos cómo anticipar y enfrentar el problema de la recaída. La recaída no es vista como un fracaso sino como una herramienta de aprendizaje, así que los individuos con la ayuda de los educadores deben intentar modificar su conducta.

Los/as educadores/as sociales deben centrarse en el entrenamiento en habilidades de afrontamiento (cognitivas y conductuales), en la reestructuración cognitiva y en el reequilibrio del estilo de vida. Igualmente, como destacan Becoña Iglesias y Cortés Tomás (2008), las personas deben aprender a identificar qué situaciones, pensamientos y/o estados emocionales pueden acercar al consumo y cómo afrontarlos adecuadamente utilizando determinadas técnicas, identificar las claves y señales que anuncian la posibilidad de una recaída y aprender a enfrentarse a un recaída antes de y después de que se produzca un consumo.

Todos estos objetivos son posibles con la reeducación del sujeto y las personas más apropiadas para esto son los educadores sociales. Basados en programas PEI y PEG, a los que hemos hecho referencia en otros capítulos, la reeducación y el desarrollo de la persona es posible. Así podemos, no sólo disminuir el número de personas que abandonan los programas de tratamiento sino también aumentar el número de participantes que consiguen una abstinencia prolongada o definitiva.

### **9.1.2. Situación socioeconómica.**

**9.1.2.1. Ocupación laboral de los/las participantes en relación con el género:** La mayoría de los miembros en la **Comunidad de P.H.** en Granada, tanto en los *expedientes* como en los *cuestionarios*, o no trabajaba o tenía trabajos precarios, es decir, de poca estabilidad y de pocos ingresos. Son trabajos para los que no son necesarios estudios o formación profesional específica.

Concretamente, nueve de los veintiséis hombres no trabajaban o no lo mencionaban en sus expedientes (26,5%). Cuatro trabajaban en negocios familiares (supermercado, panadería, etc.) (11,8%) y algunos lo hacían como albañiles, pintores, en la venta ambulante o como cristaleros (23,4%). Uno de ellos había montado dos empresas privadas (un almacén de distribución de distintos productos y otra de construcción) y se trataba del único de los hombres con estudios universitarios (2,9%). Un chico de 18 años estaba estudiando por la tarde para sacar el graduado escolar. Los demás estaban trabajando en Bares, en el Bingo y como conductores de grúa (8,7%).

Cuatro de las ocho mujeres (50%), al igual que la mayoría de los hombres, ocupaban puestos para los que no se precisa estudios o formación. Una trabajaba como limpiadora de hogares y a temporadas ejercía la prostitución (2,9%), un dato que sólo se mencionaba en su expediente, otra de mensajera (2,9%), la más joven de 27 años de camarera (2,9%) y una de las mujeres divorciadas de dependienta en la tienda de su madre (2,9%). Dos eran peluqueras (5,9%) -hicieron el curso de peluquería- y otra ejercía de secretaria (2,9%). La cuarta mujer, con estudios universitarios, trabajaba en una escuela como maestra/educadora especial (2,9%). A causa del consumo de diferentes sustancias más de la mitad de los participantes -hombres y mujeres- iba dejando sus trabajos y/o estudios, manteniéndose gracias a sus familiares.

Con referencia a los miembros de la **Comunidad de Pyksida**, tres hombres estaban desempleados (33,3%), otro era pintor (trabajaba como profesional libre) (11,1%), otro fontanero (11,1%), otro estaba en un despacho de abogados (11,1%), otro trabajaba como profesional libre (11,1%) y el último como empleado en una compañía privada (11,1%). Los datos de los cuestionarios coinciden en esto mismo; la única diferencia es la ocupación de los dos hombres de los cuales no tuvimos datos porque no tenían expediente: uno trabajaba de peluquero y el otro

como informático. La única mujer trabajaba como telefonista (11,1%) en una compañía privada a tiempo parcial.

De acuerdo con los datos de la UNAD (Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente) sobre la situación laboral de las personas que acudieron a tratamiento durante el 2008, ya no reflejan la marginalidad y la exclusión social de hace unos años. El 23,68% de las personas atendidas trabajaba, el 19,64% se declaraba en paro, el 18,31% tenía algún tipo de subsidio o renta básica y el 19,64% aseguraba ser estudiante (UNAD, 2009).

Los resultados de nuestra investigación, en comparación con otros estudios, muestran gran inestabilidad. También reflejan que la mayoría de la población ha abandonado su trabajo después de un consumo prolongado; algunas de las mujeres dejaron de trabajar porque habían tenido niños. El consumo diario creaba dependencia de la sustancia adictiva, produciendo una reducción de importantes actividades sociales y laborales y, en consecuencia, empezaron a faltar al trabajo, a mentir y algunos a robar dinero de sus jefes para comprar sustancias. Los que seguían trabajando lo hacían para poder comprar drogas. Se notaba también que muchas personas no presentaban un gran repertorio de habilidades laborales por eso, la C.T. debe introducir más cursos y talleres de formación laboral.

La movilidad laboral asociada al status de la comunidad es el cambio fundamental que puede producir rápidamente ejemplos manifiestos de modificación personal y potenciar algunas auto-percepciones positivas que constituyen el cambio de identidad (De León, 2004: 177). En la C.T. el trabajo es una actividad fundamental que se utiliza para conseguir la socialización, la recuperación a través de la autoayuda y la vida correcta.

En definitiva, el trabajo en la Comunidad es tanto un objetivo como un medio para la recuperación. Es una manera de educar a las personas y formarlas en habilidades específicas y ayudarlas a crecer a nivel personal. Forma parte de la terapia. Resulta muy difícil afrontar el problema económico si los/las participantes con hijos no tienen trabajo o si no se tiene pareja que colabore. De esta forma, la responsabilidad recae en los abuelos.

La ocupación profesional funciona como un factor protector porque la persona sigue siendo un miembro activo y forma parte de la sociedad. Sin embargo, teniendo en cuenta el cambio de los patrones de consumo, el ámbito laboral puede funcionar también como factor de riesgo. Muchos de nuestros/as participantes estaban consumiendo mientras estaban trabajando para

reducir el cansancio y aguantar más y otros consumían con sus compañeros/as de trabajo. Por culpa de las drogas muchas de estas personas dejaron de trabajar, no podían apoyar económicamente a sus familiares y entraron en tratamiento.

El tráfico de drogas y la prostitución habían sido formas de supervivencia por parte de nuestros/as participantes y una solución fácil para ganar dinero y para conseguir la sustancia principal de consumo. Todos éstos son factores de riesgo que disminuyen la motivación para cambiar su estilo de vida y quedarse abstinentes. Por eso, la mayoría de las personas adictas a las drogas llevan consumiendo muchos años antes de tomar la decisión de acudir a un centro de tratamiento de drogas.

Es obvio que los/las participantes de la Comunidad de P.H. necesitan una formación laboral, no sólo para asegurar su futuro laboral o reinsertarse cuando salgan del centro sino para aumentar su autoestima y autonomía. El empleo es una forma de autoafirmación y adaptación social, actúa como factor protector y es una de las ventajas para evitar una recaída después del tratamiento. El trabajo para las personas adictas puede funcionar como una forma de compromiso y de responsabilidad hacia sus jefes/as y compañeros de trabajo, hecho que les evita recaer. La persona desarrolla así sus potenciales y se reeduca en ámbitos que no tenía antes trabajados. La función de la Comunidad terapéutica y de los educadores es, dentro de la formación para el empleo, proteger a los miembros de una recaída y buscar formas de interaccionar con personas sanas y adquirir nuevos hábitos de vida.

**9.1.2.2. Ocupación laboral de los padres y madres (progenitores de los/las participantes) y sus hermanos/as:** Examinando los *expedientes* y *cuestionarios* de la población de la **Comunidad de P.H.**, observamos que sus padres trabajaban en ocupaciones que no requerían estudios universitarios, precarias y con bajos salarios, como la construcción, el campo, bares/pubs, viajantes/transportistas fuera de España, panaderías, el ejercicio militar, tiendas de ropa de caballeros, carnicerías/relojerías/venta ambulante, empleados de Renfe, negocios familiares y como pintores-escayolistas. Algunos eran pensionistas y otros habían fallecido.

En cuanto a la ocupación laboral de las madres de los miembros, el 52,9% de los/las participantes no lo indicó en su expediente. De las pocas madres de las que tenemos información, se sabe que algunas poseían trabajos para los que no hacían falta estudios o formación y otras

tenían estudios superiores. Los trabajos de las madres eran: maestra, jefa de infantil y primaria, trabajadoras agrícolas, limpiadoras, vendedoras en tienda de ropa, amas de casa y camareras de bar (con el padre del usuario/a). En los **cuestionarios**, la única diferencia existente era la de cuatro madres que trabajaban en el campo junto con sus maridos, otra estaba jubilada y otra era pensionista. Una de las madres trabajaba como empleada de hogar y otra había fallecido. Sólo las madres de dos participantes (un hombre y una mujer) poseían trabajos que requerían estudios universitarios; las demás madres tenían estudios muy básicos y trabajos precarios.

Tenemos que mencionar que había padres y madres que tenían dos trabajos a la vez y como consecuencia estaban ausentes de la casa la mayor parte del día y no controlaban a sus hijos. Éstos, como resultado, estaban más metidos en el mundo de las drogas, sus amigos en su mayoría eran consumidores e, incluso, algunos se dedicaron al tráfico de drogas, parte de los cuales terminó en la cárcel. Otros crecieron en familias consumidoras, vivencias que favorecen el consumo de drogas por parte de los/las hijos/as.

Los padres y madres de los/las participantes en la **Comunidad de Pyksida** tampoco tenían empleos que requerían mucha formación o estudios. Dos hombres no mencionaban en sus **expedientes** la ocupación laboral de sus padres y madres (22%). De los demás tenemos la siguiente información: algunos estaban desempleados, otros jubilados/as y, de un sujeto, fallecidos. El padre de uno era contador (logística), el de otro periodista y la madre tenía una empresa propia de contabilidad. El padre de otro residente era vendedor ambulante y la madre trabajaba en una cafetería. Los datos de los cuestionarios coinciden también.

En los estudios realizados en otros lugares y a los que hemos hecho referencia antes, se ha comprobado también que el abuso de drogas en la familia tiene relación con padres preocupados en exceso y súper-protectores de sus hijos o, por el contrario, con padres alejados y despreocupados por ellos. En el caso de la población estudiada con padres ausentes, se comprueba que éstos eran los soportes económicos del hogar y la madre era la responsable del cuidado de los hijos. Estas familias se caracterizan por desorganización y caos, escasas reglas y límites muy confusos (Díaz, 2004).

Esto puede aumentar la probabilidad de problemas económicos e inestabilidad en el hogar y a ello se suma cierto déficit de habilidades básicas para llevar a cabo una educación familiar “normalizada”. De este hecho podemos deducir una de las razones por las que los hijos e hijas

presentaban carencias de estímulos para estudiar y buscar un trabajo mejor. También hay que mencionar que muchos de los/las participantes en la Comunidad terapéutica, especialmente los hombres, tenían que trabajar con sus padres en el campo o como pintores cuando eran más pequeños.

En los cuestionarios hemos pedido a los/las participantes que nos dijeran también la **situación laboral de sus hermanos/as**. Al igual que sucedía con los/las residentes de la **Comunidad de P.H.** sus hermanos/as poseen trabajos precarios, que no demandan muchos estudios y con pocos ingresos. En su mayoría realizaban labores agrícolas, se dedicaban a la albañilería, muchas de las hermanas trabajaban como limpiadoras o en hostelería, algunas eran amas de casas, peluqueras y otras estaban jubiladas. Sólo las hermanas de una mujer tenían mejores puestos de trabajo: una trabajaba como fiscal y otra en una mutua de accidentes laborales. Hay bastantes personas que destacaban que sus hermanas estaban estudiando para conseguir un título y un mejor puesto de trabajo en el futuro.

Por el contrario, los/as hermanos/as de la **Comunidad de Pyksida** tenían ocupaciones que requerían estudios o algún tipo de formación profesional, idiomas, etc. Los trabajos destacados por los participantes eran: empleada de banco, policía, esteticista, policía de tráfico en el Ayuntamiento, empleado en una cantina, constructor, vendedora en tienda de ropa, dueña de restaurante y ama de casa.

Observamos que en las familias donde los padres y madres tienen un mejor puesto de trabajo, los hijos/as que están en tratamiento y sus hermanos/as tienen un mejor trabajo y lo mismo sucede, pero al contrario, con los hijos/as, hermanos/as cuyos padres y madres tenían peores puestos de trabajo, poseían ocupaciones precarias y mal pagadas. Los padres y madres influyen, tanto en la educación de sus hijos como en su orientación laboral.

La ocupación profesional de los participantes puede funcionar como un factor protector; el hecho de poseer un trabajo que les permite reconocimiento y/o ingresos económicos suficientes para alimentar a sus familiares... los motiva para conseguir una abstinencia prolongada y/o definitiva. El hecho de estar ocupados/as ayuda a prevenir situaciones de alto riesgo y recaídas. Por tanto, es necesario apostar por la formación laboral de los/las usuarios/as a través de cursos en colaboración con agencias/instituciones de empleo.



Estimulando la formación y a la vez la reeducación de los/las participantes en la Comunidad, reforzamos los factores de protección y disminuimos los factores de riesgo. Ésta es una función de los educadores/as sociales y no de los psicólogos/as, por eso consideramos que su incorporación en los centros de tratamiento, y especialmente en las C.T., es importante para un cambio positivo de la persona. La C.T. debe funcionar como un espacio educativo donde el sujeto aprenda y entrene las habilidades que le pueden alejar de las drogas. Un espacio donde pueda reflexionar, actuar y potenciar sus capacidades, en este caso laborales.

**9.1.2.3. Estado económico de la familia:** Casi todos los/las residentes (94,1%) de la **Comunidad de P.H.** expresaban en sus expedientes la situación económica que había tenido su familia durante su infancia y adolescencia. Esta información fue confirmada por los/las terapeutas de la Comunidad. Es importante mencionar que el estado económico que vamos a presentar en este apartado corresponde a la familia de origen de los/as participantes en el programa. Los datos se pueden observar en la tabla 28. En general, casi la mitad de las personas provenía de un estado económico medio (41,2%).

Hemos venido afirmando que el contexto sociofamiliar negativo es uno de los factores de riesgo que influye en el consumo por parte de los jóvenes. El estado económico de la familia, como sabemos, juega un papel importante en dicho contexto, así como la ubicación de familias en zonas deprimidas y marginales. Según la literatura revisada, los jóvenes con un consumo problemático de sustancias ilegales suelen proceder de clases socialmente bajas o medias.

Tabla 28

**Estado económico de la familia / Expedientes *Proyecto Hombre***  
**(Números absolutos y porcentajes)**

Sexo	Estado económico de la familia					Total
	Bajo	Medio-bajo	Medio	Medio-alto	No mencionan	
Hombres	3 (8,8%)	8 (23,5%)	12 (35,3%)	2 (5,9%)	1 (2,9%)	26 (76,5%)
Mujeres	1 (2,9%)	2 (5,9%)	2 (5,9%)	2 (5,9%)	1 (2,9%)	8 (23,5%)
<b>Total</b>	<b>4 (11,8%)</b>	<b>10 (29,4%)</b>	<b>14 (41,2%)</b>	<b>4 (11,8%)</b>	<b>2 (5,9%)</b>	<b>34 (100%)</b>

En nuestro caso no podemos decir que genéricamente los participantes procedían de familias deprimidas y marginales porque sólo cuatro (11,8%), tres hombres y una mujer, reflejaban un

estado económico bastante bajo, con dificultades económicas y oportunidades limitadas. Evidentemente, las drogas pueden estar presentes en familias pobres, medias y ricas. El estado económico afecta mucho al riesgo de consumo abusivo pero no es el único, influye también la familia en general, el comportamiento de los padres, la sociedad y, por supuesto, el individuo.

Correlacionando el *estado económico* de las personas con su historial de *recaídas*, vemos que provenían de clase media (20,6%), medio-baja (17,6%) y baja (8,8%). De la clase medio-alta sólo dos personas presentaron recaídas y una no dijo en su expediente cuál era su clase económica. Esto demuestra que las personas con menos recursos económicos enfrentan más situaciones de riesgo que las personas que provienen de familias con mayor poder económico (cfr. Anexo VI, tabla 7 al final de la tesis).

En la **Comunidad de Pyksida** la mayoría de los/las participantes provenía de familias de estado económico medio (66,6%) en una proporción mayor que los/las participantes de la Comunidad de P.H. En cuanto a los otros niveles, un 22,2% tenía uno bajo y el 11,1% medio alto. En general, los/la participante(s) de la Comunidad de Pyksida tenían una situación económica mejor que los miembros de la Comunidad de P.H. Como vamos a ver más adelante, algo que distingue a los miembros de Pyksida de los de P.H. es la posibilidad de estar en tratamiento y seguir trabajando. Esto hace que sean más independientes económicamente que los/las participantes de la Comunidad de P.H. que dependen de sus familiares. Llegamos a la conclusión de que el perfil de la persona adicta a las drogas va cambiando y ya no proviene exclusivamente de familias marginadas y pobres. Puede ser perfectamente una persona de familia de un estado económico medio o alto y de una familia estructurada.

Con la incorporación de cursos de formación laboral, con la reeducación y la motivación de los usuarios por parte de los/las educadores/as, pueden mejorar su situación económica cuando salgan de la Comunidad con la obtención de mejores empleos.

**9.1.2.4. Recursos económicos de los/las participantes:** De los *expedientes* de la **Comunidad de P.H.** se deduce que más de la mitad de los/las participantes (61,8%) recibía ayuda familiar (de padres, hermanos/as y/o esposos/as) - quince hombres (44,1%) y seis mujeres (17,6%)-. Seis hombres cobraban el paro (17,6%) y un hombre y una mujer recibían una pensión por motivos de salud (5,9%). Un hombre (2,9%) recibía ayuda del cura de su pueblo y cuatro (11,8%) no

mencionaban en sus expedientes sus recursos económicos (tres hombres y una mujer) (cfr. Anexo VI, tabla 8 al final de la tesis).

En los *cuestionarios*, más de la mitad de los miembros (55%) de la **Comunidad de P.H.** revela que se mantenía con la ayuda económica que le ofrecía su familia o pareja, entre ellos siete hombres (43,8%) y la totalidad de las mujeres (100%). Cinco hombres recibían el paro (25%), uno recibía una pensión por motivos de salud (5%) y otro la donación del cura de su pueblo (5%). Dos de los residentes no mencionaban quién les ayudaba económicamente (10%).

En relación con el **género** se puede observar que la totalidad de las mujeres contaba con el apoyo de sus familias mientras que en el caso de los hombres solamente el 43,8%. El apoyo por parte de la familia durante la fase de tratamiento es fundamental para la recuperación de la persona. Las personas que tienen apoyo emocional, social y económico de sus familiares y amistades, suelen presentar menos recaídas que las personas sin ningún apoyo (Garmendia et al., 2008).

De acuerdo con los *expedientes* de los usuarios de la **Comunidad de Pyksida**, cuatro personas (44,4%) trabajaban, una vivía con la ayuda de su familia (11,1%), un hombre recibía ayuda de su familia y aparte una pensión (11,1%); la única mujer recibía una pensión y trabajaba a media jornada (11,1%); a otro sujeto le ayudaba su familia pero también trabajaba (11,1%). Uno de los residentes vivía de sus ahorros (11,1%) (cfr. Anexo VI, tabla 9 al final de la tesis).

Según los *cuestionarios* de la **Comunidad de Pyksida**, una persona se mantenía gracias a la ayuda que le ofrecía su familia (16,7%), cuatro trabajaban (66,7%), entre ellas la mujer, y uno vivía de sus ahorros de trabajos anteriores (16,7%).

Al contrario de lo que sucedía en la Comunidad de P.H., en donde el 55,5% recibía ayuda de sus familias, en la de Pyksida solamente una persona, o sea un 16,7%, se encontraba en la misma situación. Como hemos mencionado anteriormente y se pone de relieve aquí, esto se debe a la oportunidad que tienen los/las participantes de Pyksida de mantener sus trabajos e ingresos y estar a la vez en tratamiento. De hecho, la mayoría de ellos, incluida la mujer, estaba trabajando.

Consideramos que la posibilidad que da el programa de la Comunidad de Pyksida a los/las participantes de trabajar por la mañana y acudir al tratamiento por la tarde es muy positiva. Muchos de ellos conservaban sus empleos y sus ingresos durante su tratamiento, lo cual les ayudaba a sentirse útiles y no aislarse de su contexto sociolaboral.

En un estudio de comparación entre participantes cocainómanos y heroínómanos en el EuropASI, se han encontrado diferencias entre ambos grupos en la principal fuente de ingresos que tienen los participantes. Los cocainómanos suelen referir ingresos por empleos mientras que los heroínómanos reciben ingresos de compañeros, familiares o amigos, paro, ayuda social, pensión o seguridad social... (García Rodríguez, Secades Villa, Fernández Hermida, Carballo Crespo, Errasti Pérez y Al-Halabi Díaz, 2005: 37).

Lo mismo ocurre con los/las participantes de ambas Comunidades que venimos estudiando: los ingresos provienen principalmente de sus familiares (padres, hermanos/as, parejas...) siguiéndole la baja laboral, las pensiones, etc. El tratamiento no les permite trabajar y simultáneamente seguir en la Comunidad y ayudar económicamente a sus familias, de manera que las parejas y/o los padres tienen que apoyarles durante el proceso de deshabituación. El apoyo que recibe la gente en tratamiento funciona como un factor protector, es decir, la propia familia juega un papel muy importante que puede ayudar a la persona a salir de la droga o conseguir una abstinencia prolongada.

Para mejorar la situación económica y laboral de las personas en la fase de Comunidad de P.H. hay que introducir cursos de formación laboral con el objetivo que el sujeto adquiriera las capacidades, a nivel teórico y práctico, que le ayuden a buscar un empleo mejor y, asimismo, a desarrollar el sentimiento de autonomía y de pertenencia a la sociedad. La persona necesita educarse integralmente, no sólo a nivel laboral sino también en el mundo de los valores y las actitudes. Como correctamente destaca Olivar Arroyo (2010), a la autonomía se asocian determinados elementos: la responsabilidad, la iniciativa, el autocuidado o el contar con criterios propios y ser menos influenciado por el entorno. La labor del/la educador/a social es facilitar estas herramientas educativas al sujeto que le ayuden a incrementar los factores protectores y reducir los factores de riesgo posibles inductores de una recaída.

**9.1.2.5. La clase social y la situación económica del participante como factor de protección y/o de riesgo:** De acuerdo con los datos expuestos relacionados con la situación económica y social de los/las usuarios/as y teniendo en cuenta los expedientes de los/las participantes en este estudio, llegamos a la conclusión que el ambiente socioeconómico donde crece y se educa el sujeto puede ser causa, en gran parte, del consumo de drogas por parte del mismo. Como hemos

visto, un porcentaje importante de nuestros miembros provenía de familias con una situación económica media (41,2%), medio-baja (29,4%) o baja (11,8%). Sus padres y madres tenían trabajos precarios, inestables y ganaban poco dinero. Estas circunstancias económicas, como también la falta de oportunidades de educación/formación, aumentan las situaciones de riesgo. También, el hecho que muchas veces los padres y madres de los/las participantes tuviesen que trabajar duro y faltar muchas horas de la casa, tenía como consecuencia la falta de educación y comunicación con los hijos/as.

En la **Comunidad de Pyksida** algunos de los residentes expresaban solamente la ausencia de sus padres de la casa porque tenían que trabajar muchas horas. Llevaban una vida desestructurada y la educación la recibían de otros familiares (abuelos, tíos/tías...) y no de sus padres y madres.

De acuerdo con todo lo expuesto, observamos que la situación económica y la clase social de los/las participantes pueden ser factores de riesgo. En algunas ocasiones en las que las necesidades en el hogar eran muchas por ser familia numerosa o porque uno de los progenitores estaba ausente, el otro (madre o padre) se veía obligado a trabajar muchas horas fuera de la casa y pasar poco tiempo con sus hijos/as. Esta situación ha tenido muchas consecuencias negativas en la educación; los/as participantes se veían expuestos/as a situaciones de riesgo que no podían manejar porque no tenían las herramientas educativas adecuadas para protegerse y evitar el consumo de las drogas.

Lo mismo puede pasar, por supuesto, en una familia con bastante o mucho dinero. El hecho de que los hijos/as pueden disfrutar de muchos bienes materiales sin la necesidad o la obligación de trabajar, puede aumentar las situaciones de riesgo. Como conseguían desde pequeños todo lo que pedían a sus padres, las drogas podrían ser para ellos/as un objetivo fácil de alcanzar.

De acuerdo con Rojas Valero (2001: 61-62), para que haya unos factores protectores durante la vida adolescente de las personas debería existir un soporte familiar abierto, capaz de asimilar los cambios requeridos para la individuación adolescente. El ámbito familiar y social da valor y estructura, oportunidades para la participación social de los adolescentes en sectores relevantes, como la educación, el trabajo y la vida en comunidad. Si existe una estructura familiar monoparental o extensa que funcione de forma conflictiva y no brinde un soporte estable a los cambios propios del proceso adolescente, se aumentan las probabilidades de un consumo abusivo

por parte de los/las jóvenes. Todos estos factores disminuyen los factores protectores como la autoestima, la autovaloración que viene del apoyo sentimental y emocional de los padres, las perspectivas de construir proyectos de vida viables y saludables, estructuras y dinámicas familiares congruentes con los procesos básicos y las funciones de la familia, familias dispuestas a trabajar por una niñez, adolescencia y juventud saludables (ídem, 2001: 67).

Factores como los patrones negativos de educación y crianza, actitud negativa hacia la familia, dentro de un sistema familiar en crisis o, con un escenario disfuncional, enmarcado por la vulnerabilidad biológica por el abuso de alcohol y otras drogas en el sistema familiar, forman parte del abanico de factores de riesgo asociados a los primeros consumos de sustancias psicoactivas (ídem, 2001: 73).

En un estudio realizado en Estados Unidos sobre el estatus socioeconómico de los adolescentes y jóvenes en relación con el consumo de drogas, llegaron a la conclusión que la educación superior de los padres se asocia con mayores tasas de consumo de alcohol, marihuana y cocaína en la edad adulta temprana. Los ingresos mayores de los padres se asocian con mayores tasas de consumo excesivo de alcohol y marihuana (Humensky, 2010). La investigación ha mostrado numerosos problemas relacionados con el consumo de sustancias en jóvenes adultos, entre otros los problemas en la escuela, disminución del empleo, aumento de las condenas por conducir bajo la influencia de las drogas y las muertes accidentales. Gran parte de la literatura estudiada por la autora se centra en las poblaciones de menor nivel socioeconómico (ídem, 2010).

La reeducación de los miembros en valores, actitudes y conductas positivas y sanas durante su estancia en la Comunidad de P.H. se considera importante. Los educadores sociales, con la realización de talleres, seminarios... relacionados con la formación socio-laboral de los residentes, no sólo pueden mejorar su estatus socioeconómico sino ayudar a trabajar de forma positiva aspectos personales que no han desarrollado durante su infancia y adolescencia, por ejemplo, valorar el esfuerzo de trabajar, tener autonomía e independencia económica, sentirse aceptados por la sociedad dentro de su trabajo, etc. Como hemos visto en el capítulo 8 sobre el análisis del programa de la fase de Comunidad de P.H., el tratamiento ofrecido por los/las terapeutas tiene un enfoque psicológico y no educativo, algo que limita el desarrollo y las potencias de los usuarios.

**9.1.2.6. La ocupación laboral de los/las participantes como factor de prevención de recaídas:** La ocupación laboral de las personas drogodependientes es una forma de integración, tanto laboral como social. La presencia de un trabajo evita el sentimiento de la exclusión sociolaboral, cosa que puede ayudar a la prevención de las recaídas, especialmente después de la rehabilitación de la persona. Los usuarios de esta investigación presentan una historia ocupacional disfuncional. Esta afecta de forma importante a la identidad y la competencia laboral del sujeto, así como a sus ámbitos de comportamiento ocupacional.

El comportamiento ocupacional de una persona proviene de las elecciones que realiza. La persona se proyecta hacia el futuro, tomando decisiones. En este sentido las personas drogodependientes tienen dificultad para enfrentar metas en su vida y, cuando lo hacen, desconfían de sus capacidades para llevarlas a cabo con éxito (CONACE, 2004: 30).

La situación ocupacional de un sujeto que se encuentra en un programa de tratamiento y rehabilitación por consumo de sustancias, constituye un factor clave de lo que se denomina éxito terapéutico. La persona no sólo debe contar con una actividad productiva que le permita subsistir, sino que además ésta debe proveer satisfacción personal y debe permitirle cumplir con el rol que se espera socialmente, de acuerdo a su edad, cultura, nivel de instrucción y nivel socioeconómico (ídem, 2004).

El trabajo productivo, el hecho de conseguir un empleo, no tiene sólo efectos a nivel económico sino que la realidad nos indica que el trabajo es uno de los centros de gravedad a partir del cual los individuos organizan su quehacer diario y construyen su imagen social. La ocupación laboral se convierte en uno de los máximos instrumentos de integración social, pues confiere a quien la realiza entidad y utilidad social, da razón de ser (García i Nogueroles, 2007: 3).

Por tanto, la ocupación laboral de nuestros/as participantes puede ser un factor protector y como consecuencia un factor de prevención de recaídas. Durante el tratamiento debe empezar el proceso de cambio del drogodependiente con el apoyo de los educadores y pedagogos, de la familia...para descubrir sus capacidades y ayudarles a realizar una búsqueda de empleo mejor o ampliar su formación mediante programas de formación continua.

Las tareas de integración social que es necesario llevar a cabo en cada momento han de estar determinadas a su vez por el estado global en que se encuentre el sujeto frente al tratamiento,

siendo las estrategias de integración laboral sólo unas de entre las muchas que se pueden realizar (ídem, 2007: 5).

La integración laboral toma importancia en un doble sentido: por un lado la integración laboral, el poder disfrutar de un puesto de trabajo remunerado, será fuente de recursos económicos que apartarán al adicto de la situación de exclusión económica que puede sufrir. Por otro, a partir de esta mejora en su situación económica, el adicto podrá situarse de manera más beneficiosa en el resto de áreas o ítems de exclusión, accediendo a mejor educación o a mejor vivienda, por ejemplo (ídem, 2007).

Todos estos elementos pueden proporcionar las herramientas adecuadas a las personas en tratamiento para afrontar las situaciones de riesgo que les pueden llevar a una recaída. Como hemos visto en el capítulo 4, la prevención de recaídas combina unos procedimientos conductuales, como el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, la reestructuración cognitiva y el reequilibrio del estilo de vida.

La persona rehabilitada que ha aprendido a afrontar situaciones de alto riesgo como los estados emocionales negativos, los conflictos interpersonales y la presión social, puede quedarse abstinentes y no recaer en las drogas. La ocupación laboral es una de las formas que ayudan en el proceso de la reinserción social y laboral del sujeto y, como consecuencia, en la socialización con gente no consumidora, en la estimulación para conseguir un mejor trabajo y/o seguir formándose, factor de prevención de recaídas.

El trabajo supone un elemento educativo importante (les dota de habilidades y destrezas que no fueron capaces de incorporar en etapas anteriores), les da autonomía porque les permitirá independizarse y les integra porque les permite incorporarse a la sociedad de forma activa y gratificante para ellos (Martín, 2003: 40; citado en García i Nogueroles, 2007).

### **9.1.3. Educación y formación laboral.**

**9.1.3.1. Nivel educativo de los miembros en relación con el sexo:** Estudiando la información existente en los *expedientes* de los/las participantes de la **Comunidad de P.H.** se observa un nivel educativo medio-bajo. Concretamente, sólo dos personas, un hombre y una mujer, poseían estudios universitarios (5,9%), trece tenían estudios primarios (38,2%) y de ellos/as siete los



habían terminado (20,6%: seis hombres y una mujer) y seis no (17,6%: cinco hombres y una mujer), nueve (26,5%: siete hombres y dos mujeres) tenían estudios secundarios completos y cinco (tres hombres -11,5%- y dos mujeres -25%-) habían cursado Formación Profesional. Finalmente, un chico de 18 años estaba estudiando (2,9%) y cuatro personas no expresaban en sus expedientes su nivel educativo (11,8%). La misma información aparece en los **questionarios**.

Varios de los usuarios, debido al uso temprano de drogas y las dificultades económicas dentro de la familia dejaron sus estudios para trabajar; en el caso de las dos personas con estudios universitarios –un hombre y una mujer-, empezaron el consumo de drogas a una edad más tardía que el resto. La mujer, según su expediente, empezó a consumir inducida por su pareja.

Pasando al nivel educativo de los miembros en la **Comunidad de Pyksida**, de acuerdo a los datos de los **expedientes**, sólo tres de las nueve personas tenían formación superior o formación profesional. Cinco, entre ellas la mujer, tenían estudios primarios (22,2%), tres poseían secundarios completos e incompletos (33,3%) y una persona (hombre) estaba acudiendo a una escuela nocturna para obtener el Graduado escolar (11,1%). Dos hombres (22,2%) tenían diplomas de formación superior, uno de peluquería y otro de diseño gráfico. El varón con estudios superiores no aclaró en su expediente qué estudió en la Universidad, pero podemos suponer que hizo estudios de Derecho porque estaba trabajando en una oficina de abogados. La única diferencia que aparece en los **questionarios** es la de un hombre que tenía estudios de Formación Profesional superior de Ingeniería Mecánica.

Haciendo una primera comparación, observamos que los participantes en la Comunidad de Pyksida tienen un nivel educativo más alto que los/las usuarios/as de la Comunidad de P.H. El número de personas con estudios avanzados es más alto en la Comunidad de Nicosia que en la de Granada (3 y 2 personas respectivamente), sólo que en la Comunidad de P.H. hay una mujer licenciada cuando en Pyksida no hay ninguna.

En relación con el **género**, el 15% de las mujeres de la **Comunidad de P.H.** tenía una educación más baja que los hombres. Estas mujeres expresaban en sus expedientes que abandonaron sus estudios para trabajar y cuidar de sus hermanos/as. La única mujer que poseía estudios universitarios había sido motivada por su madre que también era licenciada, al igual que el único de los hombres con estudios universitarios.

En cuanto a los residentes de **Pyksida**, el nivel educativo más bajo (estudios primarios completos) lo poseía la única mujer en la Comunidad (16,7%); dos hombres tenían estudios secundarios completos (33,3%), dos Formación Profesional superior y un hombre estudios Universitarios.

En general aparecen muchos abandonos de los estudios por motivos laborales o porque no les interesan o por ingresos en centros (cárcel, desintoxicación, etc.). Los abandonos por causas laborales fueron, en algunas ocasiones, para ayudar económicamente a las familias, en otras porque los padres no los animaban a estudiar y los llevaban con ellos al trabajo. Con el inicio del consumo de drogas, las personas expresan mayor tendencia al abandono de sus estudios porque, como dicen, no se encuentran motivadas o prefieren hacer otras cosas, por ejemplo, trabajar. Entre otras explicaciones, el fracaso escolar o la falta de interés por parte de los/las participantes dependen de la falta de un ambiente adecuado de estudio en casa, lo que repercute negativamente en la motivación de los/las mismos/as.

Comparando con los datos obtenidos de la Memoria de 2010 de la Fundación de P.H. de Navarra (2010: 12), la mitad de los participantes poseían estudios de secundaria post-obligatoria (bachillerato) y sólo un 13% no obtuvo el graduado escolar o graduado en educación secundaria.

En la Memoria de P.H. León-Fundación Cals (2010, P.H. Bierzo-León) de 2010, de las cuarenta y ocho personas atendidas en el programa, treinta y una tenían estudios primarios, siete Bachiller Elemental, tres Bachiller superior y cuatro estudios Universitarios. De las nueve mujeres atendidas en esa Comunidad en 2010, seis tenían estudios primarios y tres Bachiller elemental.

En consonancia con los datos obtenidos de varios estudios, el perfil de los/las consumidores ya no refleja la marginalidad y la exclusión social relacionada tradicionalmente con la adicción a las drogas. Hay personas con estudios medios o altos que pueden tener problemas de drogadicción y esto se debe principalmente a los problemas familiares y económicos. Esto demuestra que el problema de las drogas está entrando en todas las familias, independientemente de la clase social o el nivel educativo que puedan tener las personas. Por esta misma razón, es indispensable dar prioridad a la educación/formación en los centros de tratamiento de drogas y, concretamente, en las C.T., para fortalecer los factores protectores y prevenir las recaídas.

La presencia de los educadores sociales y la intervención socioeducativa en los centros de deshabituación, a nivel individual y grupal, ayudará en el desarrollo formativo, laboral y social de la persona. La educación o reeducación de la persona es una forma de motivación para cambiar su estilo de vida y sus hábitos y así poder afrontar las situaciones de riesgo que les puedan llevar a una recaída.

A continuación vamos a ver la educación que han recibido los padres y las madres de los/las participantes y la posible relación con el nivel educativo alcanzado por parte de sus hijos/as.

**9.1.3.2. Nivel educativo de los padres y las madres de los/las participantes:** De la **Comunidad de P.H.**, sólo cuatro personas expresaron en sus *expedientes* el nivel educativo de sus padres. Un hombre y una mujer dijeron que sus padres no tenían estudios (5,9%), el padre de otro había cursado primarios completos (2,9%) y el de otro, estudios secundarios aunque no los había terminado (2,9%). El resto de los participantes (88,2%) no mencionaban en sus expedientes el nivel educativo de sus padres. En relación con la educación de las madres, sucede algo similar a lo observado con los padres. Sólo seis miembros manifestaron cuál era el nivel educativo de sus madres: dos tenían estudios universitarios, una no tenía estudios (2,9%), dos tenían primarios incompletos (5,9%) y una secundarios completos (2,9%).

En cuanto a los datos de los *cuestionarios* de la **Comunidad de P.H.**, seis de los padres (30%) y de las madres (30%) tenían estudios primarios incompletos. El 15% de los padres y el 25% de las madres no tenían estudios y el 25% de los padres y el 15% de las madres poseían estudios primarios completos. En cuanto a los estudios secundarios, el 15% de las madres y el 5% de los padres los había terminado y un 5% de los padres no. Un padre tenía estudios Universitarios (5%) y dos madres (10%). Se desconoce el nivel educativo del 15% de los padres y del 5% de las madres.

Por lo general, tanto los padres como las madres de los residentes poseían estudios de nivel bajo y sólo dos madres y un padre alcanzaron un nivel educativo más alto (universitario). La falta de educación por parte de las madres se debe a la situación de la mujer en la sociedad, especialmente en las décadas anteriores, donde la mujer tenía como obligación principal el cuidado de los hijos/as y de la casa. Esta actitud la han pasado a sus hijos/as y por eso se observa un número significativo de participantes con estudios bajos.

Pasando a los *expedientes* de los participantes en la **Comunidad de Pyksida**, observamos que los padres y madres tenían un nivel educativo bastante bajo. Dos hombres expresaron que sus padres y madres tenían educación superior (22,2%), pero en el caso de los demás participantes sus padres poseían una educación básica, es decir, primaria o secundaria (55,5%). Dos personas no mencionaban la educación recibida de sus padres y madres (22,2%). Al igual que en los/las residentes de la Comunidad de P.H., los padres y madres tenían un nivel educativo bastante bajo, algo que también se puede observar en sus ocupaciones laborales como hemos visto anteriormente (punto 9.1.2.2).

En el caso de los *questionarios* de los participantes de la **Comunidad de Pyksida**, observamos que la mayoría de los padres y madres tenía un nivel educativo bajo. Un padre y una madre tenían primaria completa (16,7%), un padre y dos madres secundaria incompleta (25%) y tres padres y dos madres (41,7%) poseían estudios de secundaria completa. Sólo un padre había hecho estudios universitarios (8,3%) y una madre tenía diploma de formación profesional superior (8,3%).

Por lo general, los participantes de la Comunidad de Pyksida presentan el mismo nivel educativo que sus padres/madres. Sólo dos hombres habían alcanzado o superado el nivel educativo de sus padres/madres (estudios superiores). Lo mismo ocurría con el hombre que tenía estudios de formación profesional.

La educación de los padres y madres suele influir en los hijos e hijas a una edad temprana. De ellos/as reciben los primeros estímulos e influencias educativas e intelectuales. En algunos casos en que los participantes superaron el nivel educativo de sus padres sucedió porque los propios padres habían dado mucha importancia a la educación de su hijo.

La falta de educación por parte de los padres y madres funciona como un factor de riesgo para los/las participantes. La labor de los educadores es estimular el interés de los participantes para que sigan formándose y desarrollando sus puntos fuertes, a nivel educativo y laboral. Los Programas Socioeducativos Individuales y Grupales (PEI y PEG) y su puesta en práctica por parte de los/las profesionales en las C.T., pueden detectar las necesidades de los miembros a nivel educativo, estudiar la situación educativa en la familia y con la participación de los familiares pueden estimular la formación de los participantes. Así se refuerzan los factores

protectores de los propios sujetos y con el apoyo de los padres y madres se pueden evitar las recaídas.

Como veremos a continuación, muchos de los miembros de las Comunidades de P.H. y de Pyksida participan en talleres y en cursos de formación durante el proceso de deshabitación, hecho que nos demuestra el interés por aprender y mejorar su calidad de vida. Estos elementos refuerzan los factores protectores de cada uno/a de ellos/as y les ayudan a afrontar las situaciones que les pueden generar una recaída después y/o durante su tratamiento. Durante este proceso, la implicación de los familiares (padres/madres, hermanos/as, parejas, hijos/as...) es importante para asegurar ese apoyo que les ayudará a mantenerse lejos del mundo de las drogas.

**9.1.3.3. Participación en cursos o talleres de formación en relación con el género:** Más de la mitad de los/las integrantes de la **Comunidad de P.H.** estaba participando en cursos o talleres de formación (55,9%). Durante nuestra estancia se estaba realizando un taller de Formación Profesional Ocupacional (F.P.O.) de Jardinería que ofrecía la Comunidad en coordinación con la Consejería de Empleo de la Junta de Andalucía. En este taller estaban inscritas doce personas de las cuales cinco eran mujeres y siete hombres (35,29%). Antes de su ingreso en la Comunidad, varias de ellas habían participado ya en talleres y/o cursos de formación, como por ejemplo, taller de informática e inglés, formación de cocinero, de imagen y sonido, etc. En dos casos los participantes abandonaron sus cursos, uno porque tenía que trabajar y el otro porque no tenía realmente interés en asistir.

Es importante mencionar que la Comunidad de P.H. había ofrecido anteriormente otros talleres, como pintura, escritura y lectura, informática, habilidades sociales y emocionales (cfr. Anexo VI, tabla 10 al final de la tesis).

Se observa que las **mujeres** en la Comunidad tienen más interés en asistir a cursos o talleres para formarse (87,5%) que los hombres de los que más de la mitad (53,8%) no ha participado en ningún taller. De todos modos, queda evidente el interés de los/las participantes por formarse en determinados campos para conseguir un trabajo y facilitar su mayor integración socio-laboral después del tratamiento.

En el caso de los/las participantes de **Pyksida** no tenemos ninguna información derivada de los expedientes sobre la participación de los miembros en talleres o cursos de formación.

La oferta de talleres y cursos durante el tratamiento puede estimular positivamente a las personas. Es una forma de aprender a utilizar su tiempo libre de forma productiva y así mismo de formarse para encontrar empleo una vez terminado su tratamiento. Esta formación capacita a la persona y la prepara para afrontar situaciones de riesgo como es el aburrimiento por tener mucho tiempo libre, la inseguridad personal y la baja autoestima provocada por la falta de empleo, las relaciones interpersonales con gente consumidora, etc.

La introducción de programas socioeducativos tienen el objetivo de detectar a nivel individual y grupal las necesidades y demandas de este colectivo para darles las herramientas adecuadas y alcanzar, en este caso, la abstinencia prolongada o definitiva de los participantes. La oferta de cursos y talleres es una de las formas más eficaces para fortalecer los factores protectores y disminuir los factores de riesgo.

Más adelante veremos cómo la educación puede proteger nuestra población de las recaídas, reforzar sus puntos fuertes para utilizarlos en situaciones de riesgo.

#### **9.1.3.4. La educación como factor de protección y su falta como factor de riesgo:**

Repasando los datos destacados hasta ahora, comprobamos que la educación recibida por nuestros usuarios no fue suficiente para mantenerles alejados del consumo de drogas.

La educación y la formación en general son una manera de protección frente al consumo abusivo de las drogas. El objeto de la educación ante el problema de las adicciones, como hemos visto en la introducción de este trabajo, es anticiparse a esas situaciones de riesgo que pueden llevar a las personas al consumo de drogas.

Para conseguir esto hay que desarrollar programas de prevención a nivel selectivo e indicado, es decir, trabajar con estos grupos que han sido expuestos a situaciones de alto riesgo que los han llevado al consumo de drogas, sean estas problemáticas personales, familiares o de amistad. Nuestros participantes han presentado unos factores de riesgo que han aumentado las posibilidades de consumir sustancias como es el fracaso escolar, problemas familiares, interpersonales, laborales, etc.

Muchos/as de ellos/as presentaban baja autoestima, problemas de conducta, alejamiento de sus personas cercanas, especialmente de los padres y madres, habían tenido problemas con la

justicia, algunos/as llegaron a prostituirse, etc. Estas situaciones demuestran la falta de educación y como consecuencia el aumento de los factores de riesgo en sus vidas.

Durante el tratamiento, la labor del educador en la Comunidad debe enfocarse principalmente a la motivación del sujeto para conseguir cambios en su comportamiento y un aumento de su conciencia sobre los riesgos de la droga para la salud. La Educación Social, y en concreto, la Educación para la Salud, es una ciencia que puede mejorar la situación de la persona en tratamiento. El objetivo de la Educación para la Salud es mejorar la calidad de vida de las personas adictas e integrarlas en la sociedad como miembros activos, saludables y maduros.

Empleando el Proyecto Educativo Individual (PEI) en las C.T., los/las profesionales pueden detectar las necesidades y carencias de cada persona; con la educación ofrecida por el propio centro de tratamiento (talleres, cursos, trabajo individual entre educador y participante, grupos con los familiares...), aumentan las posibilidades de alejarse de las drogas y de su contexto social anterior. Los/las participantes aprenden valores nuevos y con la ayuda/apoyo de los/las profesionales apuestan por un nuevo estilo de vida sano, sin consumo de sustancias.

Por el contrario, la falta de formación/educación, aumenta la ignorancia de los usuarios relacionados con el consumo de drogas y de las situaciones de riesgo que les pueden llevar de nuevo a un consumo abusivo de sustancias, legales e ilegales. A través de la formación, durante su proceso de deshabituación, se detectan los factores personales, familiares, sociales, laborales, etc. que les provocan ganas de consumir y, con los conocimientos adecuados pueden detener la posibilidad de una recaída. La educación ante el problema de las adicciones pretende el desarrollo de una personalidad física, psíquica y socialmente sana y funciona como un factor protector.

A través de la introducción de la Educación para la Salud en los centros de tratamiento de drogas, en unión con programas PEI y PEG, los/las terapeutas pueden conseguir una abstinencia prolongada o incluso definitiva en este colectivo. Este proceso requiere la implicación de la familia, pareja, hijos/as y personas más cercanas del usuario para que se haga una intervención socioeducativa exitosa y para que se establezcan los factores que llevarán a la persona a salir de la droga.

Es obvio que la educación es una de las herramientas más importantes y potentes en el tratamiento de las drogodependencias. La adquisición de la misma, aunque sea después de un

consumo abusivo de sustancias, es una de las mejores formas para conseguir una abstinencia definitiva y/o prolongada.

**9.1.3.5. La educación como herramienta para la prevención de recaídas:** Como hemos dicho, la educación puede ser un factor protector y la falta de la misma un factor de riesgo. Siguiendo el mismo pensamiento, la educación puede ser una de las mejores herramientas para la prevención de recaídas.

Nuestros/as participantes carecen de herramientas educativas y esto se nota a la hora de estudiar el porcentaje de personas que han presentado recaídas en el pasado. De los/las residentes de la Comunidad de P.H., el 56% estuvo en otros centros de tratamiento y presentó varias recaídas antes de entrar en el programa de P.H.; lo mismo sucedió en la Comunidad de Pyksida con el 50% de los participantes.

Estas personas, como veremos más adelante (punto 9.1.6.3), habían estado expuestas a situaciones de riesgo, como por ejemplo, juntarse con pareja y/o amigos/as consumidores/as, situaciones problemáticas en la familia o en el ámbito laboral, etc., que no supieron manejar. Como consecuencia, han recurrido a las drogas para evadirse de la realidad y tapar estos problemas. Esto nos demuestra la falta de habilidades de afrontamiento, el desconocimiento de manejar situaciones de estrés, etc. El modelo de Marlatt y Gordon, presentado en el cuarto capítulo de esta investigación, puede ser una de las mejores herramientas para la prevención de recaídas de estos participantes.

Según la teoría del modelo cognitivo-conductual, la persona tiene que aprender a manejar esas situaciones de riesgo que le pueden llevar a una recaída. Los/las educadores/as de cada centro terapéutico, en este caso de la Comunidad de P.H. y de Pyksida, deben diseñar un programa individual de autocontrol para cada persona, detectar las situaciones de riesgo de cada uno/una con el objetivo de modificar la conducta adictiva. Junto con la Educación para la Salud y la detección de los factores de protección y de riesgo que hemos expuesto antes, la persona puede manejar esas situaciones/problemáticas que conducen a las recaídas.

Para no reincidir, la persona adicta tiene que afrontar las situaciones de alto riesgo que suelen ser estados emocionales negativos, conflictos interpersonales y presiones sociales. Con el apoyo y orientación de los/las profesionales y el soporte de la familia, pareja e hijos/as, la persona tiene



que trabajar esos determinantes intrapersonales e interpersonales que conducen a las recaídas.

Por esta razón, la persona dentro de la Comunidad tiene que entrenarse en habilidades de afrontamiento para poder garantizar el mantenimiento de su abstinencia. Esto lo puede conseguir con la ayuda de un educador social que va a trabajar con el sujeto durante todo el proceso de tratamiento, tanto a nivel individual como grupal, para aprender a enfrentarse a una recaída.

Se pueden utilizar estrategias como las que propone Secades Villa (1997) para evaluar la prevención de recaídas como son los autorregistros, los informes autobiográficos de recaídas, las fantasías de recaídas, la observación directa y, cuestionarios y auto-informes, que hemos visto en el cuarto capítulo. Junto con las estrategias de prevención de recaídas, la educación puede lograr el cambio social y personal. Con los Proyectos Educativos Individuales (PEI) los/las terapeutas pueden intervenir por áreas con cada sujeto referidas a la familia, al entorno social, laboral, económico, etc. Los Proyectos Educativos Grupales (PEG) pueden promover la Educación para la Salud donde los/las participantes aprenderán a dialogar, a escuchar, a solucionar conflictos...

Apostando por la educación social, la prevención de recaídas es posible y la abstinencia puede ser prolongada, si no definitiva.

#### **9.1.4. Estado sanitario y familiar.**

**9.1.4.1. Estado sanitario de los/las participantes en relación con el sexo:** La mayoría de los/las participantes de la **Comunidad de P.H.** tenían algún tipo de enfermedad física o psíquica. Más de la mitad (19, equivalentes al 55,9%) presentaban problemas médicos como:

- *Sida*: tres personas (8,8%) (dos hombres y una mujer) tenían VIH y uno de ellos había desarrollado también hepatitis C; a su vez éstas tres personas manifestaban que habían contagiado el virus VIH al compartir jeringuillas usadas (amigos y familiares).
- *Hepatitis*: dos varones y una mujer (8,8%) habían desarrollado hepatitis C y otra persona hepatitis A.
- *Enfermedades mentales/psicológicas*: cuatro hombres tenían problemas psicológicos diagnosticados (11,8%). El primero tenía patología dual y estaba medicándose; el segundo, había ingresado en Salud Mental por problemas psicológicos y alucinaciones después de un

consumo excesivo de diferentes tipos de drogas (cannabis, alcohol, cocaína, etc.), también había intentado suicidarse. Otros dos (5,9%) habían tenido intentos de suicidio y uno de ellos tuvo 6 sobredosis. El otro presentaba problemas de neurosis (2,9%).

- *Enfermedades físicas*: un hombre tenía problemas de pulmón debido al uso de drogas (2,9%), otro sufría de salmonelosis y osteosíntesis del antebrazo derecho (2,9%) y uno de desviación de la columna (2,9%). También, dos mujeres habían desarrollado úlcera de estómago (5,9%) y una de ellas (2,9%) presentaba pérdidas de memoria debido al uso de alcohol y tomaba tranquilizantes y protectores de estómago; otra cayó en coma dos veces después de una sobredosis (2,9%) (cfr. Anexo VI, tabla 11 al final de la tesis).

Muchas de las enfermedades desarrolladas en los residentes habían sido ocasionadas por el consumo de drogas, expresando este hecho una posible falta de información y conocimiento de las drogas y del modo “correcto” de consumo, o la práctica de hábitos inadecuados y negligentes, etc. En relación con el **género**, se nota que los hombres son más propensos de contagiarse con enfermedades como el VIH, la hepatitis...que las mujeres. Aparte de que empiezan a consumir a una edad más temprana que las mujeres suelen presentar con más frecuencia modos de consumo más peligrosos que las mujeres.

Las personas que presentaban enfermedades contagiosas eran exclusivamente gente con educación/formación muy baja. El 14,6% tenía estudios primarios completos y el 5,8% primarios incompletos. Esto nos demuestra la falta de educación/información por parte de los/las participantes y las situaciones de riesgo a las que han sido expuestos/as.

De acuerdo a los datos de los expedientes de la **Comunidad de Pyksida**, seis de los nueve (66,7%) miembros no presentaban ningún problema de salud relacionado o no con el consumo de drogas. Sólo tres personas, entre ellas la mujer en tratamiento, tenían Hepatitis C (33,3%). Lo que no conocemos es si se habían contagiado durante el consumo de drogas. Hay que destacar de todas formas que se trataba de los tres consumidores de heroína, circunstancia que aumenta la probabilidad que fueran contagiados por otras personas mientras estaban consumiendo.

Según el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) (2010b: 85), los consumidores de drogas por vía parenteral se cuentan entre los colectivos con mayor riesgo de sufrir problemas de salud causados por dicho consumo, como infecciones transmitidas por la

sangre (VIH/sida, Hepatitis) o sobredosis. En la mayoría de los países europeos, la vía parenteral suele asociarse al consumo de opiáceos, aunque en algunos casos también al consumo de anfetaminas.

Las enfermedades infecciosas como el VIH y las Hepatitis B y C se encuentran entre las consecuencias más graves para la salud que pueden derivarse del consumo de drogas. Incluso en los países donde la prevalencia del VIH entre los consumidores de droga por vía parenteral es baja, otras enfermedades infecciosas como hepatitis A, B, C y D, enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis, tétanos, botulismo, carbunco y el virus linfotrópico humano de células T, pueden afectar de manera desproporcionada a los consumidores de droga. El citado OEDT vigila sistemáticamente las infecciones por VIH y hepatitis B y C en ese colectivo (ídem, 2010b: 91).

Teniendo en cuenta toda la información expuesta, vemos que la falta de educación e información ha sido una de las causas por la que algunos de nuestros/as participantes se han infectado con enfermedades contagiosas. Como hemos destacado en el punto 9.1.3.4., la educación funciona como factor protector y la falta de la misma como factor de riesgo. Se hace imprescindible la incorporación de la Educación para la Salud en los centros de tratamiento para educar a los/las participantes sobre los peligros que conlleva el abuso de sustancias, las consecuencias en la salud y en general en su vida, cómo se puede cuidar una vez que se ha contagiado, tanto él/ella como la gente a su alrededor, etc.

Los miembros de las Comunidades de P.H. y Pyksida no recibieron de sus familias la educación necesaria que les iba a proteger del abuso de las drogas y de las enfermedades contagiosas. Les falta una educación complementaria para adquirir esos conocimientos que les van a ayudar a vivir una vida sana.

**9.1.4.2. Consecuencias derivadas del uso de drogas:** En este apartado veremos los efectos que tuvieron las drogas en varios de nuestros/as participantes (cfr. Anexo VI, tabla 12 al final de la tesis). La mitad de los/las participantes había experimentado algún tipo de problemas derivado del uso de drogas (50%). De las mujeres, sólo tres (37,5%) no referían ninguna consecuencia relacionada con las drogas en sus expedientes y entre los hombres había catorce (53,8%) en esa misma situación.

De los/las demás participantes observamos lo siguiente:

- En general, estuvieron en la cárcel siete personas (20,5%), seis hombres (23%) y una mujer (12,5%).
- Un hombre estuvo en la cárcel por robos y también se había contagiado de VIH (2,9%).
- Un hombre se prostituía para conseguir dinero e intentó suicidarse dos veces (2,9%).
- Dos hombres habían estado en la cárcel por tráfico de drogas (5,9%).
- Tres hombres y dos mujeres tuvieron problemas con la justicia y estaban en proceso judicial (14,7%).
- Una mujer acabó en la cárcel por tráfico de drogas y por prostituirse. También, se infectó de VIH (2,9%).
- Cinco personas, tres hombres y dos mujeres, tenían problemas psicológicos (14,7%).
- Un chico estuvo en la cárcel por robos, se infectó del VIH después de compartir jeringuilla e intentó suicidarse un par de veces en la cárcel (2,9%).
- Dos hombres habían estado en la cárcel y seguían teniendo problemas con la justicia (5,9%).

En relación con el **género**, se observa que la mayoría de las mujeres presentaba problemas que les produjo el consumo de drogas. Es importante destacar que casi todos los/las residentes que habían presentado problemas de salud o con la justicia habían sido consumidores de heroína y/o cocaína.

Observamos que, aparte de los trastornos fisiológicos y psicológicos, las drogas deterioran y debilitan la voluntad de la persona. Así, llega a robar, a traficar, a prostituirse...y estos comportamientos la llevan a entrar en la cárcel. Deteriora sus relaciones personales; no es capaz de mantener relaciones estables con sus familiares o amigos. Pierde su interés en el trabajo o en sus estudios. Llega a abandonar sus metas y planes recurriendo a la droga como única “solución”.

El estado sanitario deteriorado de los usuarios por causas prevenibles resalta la importancia y necesidad de la implicación de la Educación especializada, uno de los ámbitos de la Educación Social, concretamente la Educación para la Salud. Según Vega Fuente (1983: 120), la educación sobre las drogas es una educación para la salud. Cualquier programa educativo debe promocionar

la salud y la mejora de la calidad de vida. El desarrollo de la persona a tal grado que se asegure su salud física, psicológica y espiritual es importante. El aprendizaje de habilidades susceptibles de hacer al individuo capaz de escoger y mantener un modo de vida apropiado es uno de los objetivos de la educación para la salud.

En el caso de los/las participantes de **Pyksida** no tenemos datos de los expedientes sobre enfermedades derivadas por el uso de drogas. Pero se sabe que algunos entraron en prisión (44%) y otros tuvieron juicios por tráfico de drogas (44%). Un hombre tenía un juicio pendiente por causar una muerte con el coche por negligencia. Estuvo conduciendo bajo los efectos de la marihuana y también sufría de patología dual grave.

Como se nota en las dos C.T., un gran porcentaje de participantes había tenido consecuencias derivadas por el consumo de drogas, algunos/as con enfermedades contagiosas y otros/as problemas relacionados con la justicia. Es muy común entre la gente consumidora experimentar este tipo de enfermedades y/o consecuencias de otro tipo; pero también, hay que tener en cuenta las familiares como las separaciones y como efecto la vida en solitario de padres/madres con sus hijos/as, la pérdida de empleo, la exclusión social de las personas, etc.

Por todo lo mencionado, un programa de tratamiento de C.T. debe apostar por un trabajo sobre estos aspectos problemáticos de la gente consumidora con la meta de la reinserción de la persona y la abstinencia definitiva o prolongada. Esta necesidad debe cubrirse con educadores sociales en las C.T. ofertando más seminarios informativos, implicando más a los familiares, algo que falta de la Comunidad de P.H. y ha sido expuesto por los propios profesionales. Los educadores deben ayudar en la mejora del nivel educativo de los/las participantes para evitar más abandonos y motivarlos para dejar el consumo de drogas. Por esta misma razón, hay que ofrecer la oportunidad a los/las educadores/as sociales que den las herramientas educativas a los/las residentes para alejarse de las drogas y no recaer una vez que terminen el programa de P.H.

**9.1.4.3. Enfermedades crónicas y/o mentales en la familia de los/las residentes en relación con el sexo:** La mayoría de las personas (85,3%) de la **Comunidad de P.H.** no presentaba ninguna enfermedad crónica y/o mental en su familia. Del resto (14,7%) de los/las participantes destacamos lo siguiente (cfr. Anexo VI, tabla 13 al final de la tesis):

- De las mujeres, una tiene un hermano más joven que sufría el síndrome de Ángelman (persona hiperactiva pero limitada mentalmente que no puede vivir sola) (2,9%).
- De los hombres, uno tenía una hermana con Síndrome de Down y el padre sufrió de un infarto cerebral, se mantenía al margen y era periférico (2,9%).
- Otro sujeto tenía a un hermano con una enfermedad mental obsesiva-compulsiva que necesitaba tratamiento y cuidado (2,9%).
- Uno de los padres de un varón sufría de epilepsia y murió de esta enfermedad cuando él era muy pequeño (2,9%).
- Otro hombre tenía un hermano con esquizofrenia y su madre, después de la muerte de su padre, empezó con su “locura”, como él decía. Tenía brotes psicóticos esporádicos y esto producía muchos conflictos entre los dos (2,9%).

Las enfermedades mentales de las familias influyeron en el estilo de vida familiar. En los dos casos, el de la chica y el del hombre con la hermana de Síndrome de Down, la atención de los padres se enfocó en los hijos enfermos, según sus expedientes, descuidando al resto de los hijos y de sus necesidades.

De acuerdo con los datos derivados de los expedientes de la **Comunidad de Pyksida**, sólo dos personas (22%), un hombre y la mujer, presentaban algún tipo de enfermedad mental en su familia. El padre del hombre (11%) tuvo depresión (fallecido) y su hijo, ahora en tratamiento, estaba diagnosticado con patología dual y, sufría trastornos de personalidad muy graves. La madre de la única mujer en la Comunidad también estaba diagnosticada de depresión (11%). El resto de los/las residentes no tenía ninguna enfermedad mental o crónica en su familia.

Como se recordará del capítulo 8, los profesionales de la Comunidad de P.H. hacían hincapié en la necesidad de una mayor individualización en el proceso de deshabitación. Para que la persona pueda resolver sus problemas no sólo hace falta un tratamiento psicológico, sino también desarrollarse como tal, buscar sus potenciales, mejorar sus relaciones familiares y superar los traumas que se generaron durante su infancia y adolescencia; todo esto se lograría con la reeducación del sujeto. Se revela que el trabajo con la familia de origen durante el periodo de estancia en la fase de Comunidad es otra de las necesidades no suficientemente cubierta. Este trabajo, sin duda, se tiene que hacer a nivel individual donde padre, madre, hermanos/as y

participante intentarán solucionar, con el apoyo y la empatía del educador, los traumas del pasado que llevaron a la persona al consumo de drogas.

**9.1.4.4. Adicción de los padres y madres y/o miembros del núcleo familiar en relación con el sexo:** Más de la mitad de los/las residentes (25 personas) de la **Comunidad de P.H.** tenía algún miembro en su familia paterna o materna con problemas de adicción. En total, el 73,5% de los/las participantes destacaba en sus expedientes que sus padres, hermanos/as, tíos, primos o abuelos eran alcohólicos o consumían otras drogas como hachís, cocaína o heroína. De estas veinticinco personas dieciocho eran hombres (69,23%) y siete (87,5%) mujeres.

De acuerdo con los datos, el 35,3% de los/las participantes tenía algún familiar, como hermanos/as, tíos/as u otros familiares, con problemas de drogadicción (la mayoría con el alcohol y hachís y en menos frecuencia con la cocaína y heroína). El 26,5% de toda la población en la Comunidad indicaba que su padre o madre era alcohólico/a o había consumido otro tipo de droga y el 11,8% tenía el abuelo alcohólico por parte paterna o materna (cfr. Anexo VI, tabla 14 al final de la tesis).

Por tanto, encontramos en esta investigación experiencias conflictivas como recuerdos muy negativos debidos al alcoholismo del padre o la madre, negligencia por parte de la madre por culpa de su alcoholismo, malos tratos hacia la madre por parte del padre y abandono de la casa por parte del usuario. En consecuencia, algunos estaban traficando drogas, una mujer acabó manteniendo una relación de pareja destructiva, etc.

En relación con el **género**, es muy llamativo que sólo una de las ocho mujeres no tuviera algún familiar con problemas de adicción. Las demás tenían alguno de sus padres, tío, abuelo u otros familiares que consumían de forma abusiva sustancias, tanto legales como ilegales. Lo mismo ocurría con la mayoría de los hombres entre los cuales dieciocho de los veintiséis tenían algún familiar consumidor. Este consumo abusivo por parte de sus familiares afecta directamente al consumo por parte de los residentes. Como veremos más adelante, el alcoholismo puede pasar de una generación a otra, del abuelo al nieto.

En la **Comunidad de Pyksida** tres participantes (25%), dos hombres y la mujer, afirmaron tener problemas de adicción en su familia. Los dos hombres tenían hermanos que fueron consumidores de drogas, uno de cannabis y otro de heroína. La única mujer participante en la

fase de Comunidad declaró en su expediente que su padre era alcohólico. Su familia, según los/las terapeutas, estaba muy desestructurada y esto se debía al alcoholismo del padre y la depresión de la madre.

Numerosos estudios han comprobado que los hijos de alcohólicos tienen una probabilidad entre 3 y 7 veces mayor que la población general de sufrir el mismo trastorno que sus padres (Díaz, 2004). En muchas familias los problemas con el alcohol llevan a la falta de cohesión entre sus miembros y a una gran cantidad de conflictos. Los malos tratos físicos y psicológicos son bastante frecuentes, debido a la desinhibición que provoca el alcohol y a la acumulación de emociones negativas contenidas. Entre los padres suele haber frecuentes muestras de agresividad, celos, manipulación e insultos, que los niños aprenden pronto a copiar. La violencia familiar está presente en 2/3 de los hogares con problemas de alcohol (ídem, 2004).

Con referencia a los ámbitos de prevención, a los que nos referimos en el segundo capítulo y según el perfil que presentan los participantes de estas comunidades terapéuticas, es imprescindible aplicar programas de prevención indicada y determinada. Es decir, aplicar un programa de prevención más individualizado dirigido a personas que ya consumen drogas sistemáticamente, con el objetivo de reducir, en este caso, la severidad del consumo excesivo de drogas. También, la prevención determinada tiene como objetivo reducir los riesgos y mitigar los daños en personas con drogodependencias. Son personas que viven definitivamente en el mundo del abuso de drogas y estos programas preventivos tienen como finalidad la reducción de los daños o la minimización de las consecuencias negativas para mejorar su calidad de vida. En estos casos, los educadores sociales y demás profesionales en las C.T. deben reforzar los factores de protección y minimizar los factores de riesgo.

A continuación vamos a ver cómo la adicción de los padres y/o familiares afecta negativamente a la vida de la persona y cómo actúa como situación de riesgo y provoca recaídas.

#### **9.1.4.5. Adicción de los padres y/o familiares como situación de riesgo y causa de recaídas:**

Como hemos visto en los apartados anteriores, los hijos de padres adictos están en mayor riesgo que los hijos de padres no consumidores; suelen convertirse en consumidores de alcohol y drogas, debido tanto a factores genéticos como a factores directamente relacionados con el ambiente en la casa familiar. De acuerdo con la “Asociación Nacional de Hijos de Alcohólicos”



en Estados Unidos (*National Association for Children of Alcoholics*, 2012), recientes estudios detectan un fuerte componente genético, sobre todo para el inicio temprano del alcoholismo en los hombres. Los hijos de padres alcohólicos tienen un riesgo cuatro veces más grande que los hijos de padres no alcohólicos.

Las actitudes de los padres influyen mucho en los hijos y si un adolescente percibe que su padre es permisivo con el consumo de drogas es más probable que use drogas en algún momento de su vida (ídem, 2012). Estas son situaciones de riesgo que afectan a los jóvenes y los llevan al consumo abusivo de drogas en una edad temprana.

Los niños que viven en estas familias se enfrentan a un aislamiento social, pobreza, malas condiciones de vida y bajo estado de ocupación. Tienen varias dificultades, tales como problemas con la ley, discusiones habituales, enfermedades, consumo de drogas y de alcohol por parte de los padres u otros miembros del hogar... Los padres que abusan sustancias pasan menos horas por semana con sus hijos que los padres que no consumen, crían peor a sus hijos y presentan más problemas en muchas áreas de sus vidas. Estas familias generalmente son desorganizadas, tienen pocas habilidades de gestión familiar, las relaciones entre los miembros de la familia son pésimas, hay mucha tensión en la casa y sufren problemas económicos. Los problemas de disciplina tienden a ser elevados en las familias debido al uso de sustancias por parte de los padres (Catalano, Haggerty, Fleming y Skinner, 2007: 238).

De acuerdo con los mismos autores, varios estudios han identificado factores familiares que contribuyen a una recaída después del tratamiento, incluyendo los conflictos familiares, la falta de apoyo familiar, el consumo de drogas entre los familiares y/u otros miembros de su entorno, déficits en habilidades y un estrés elevado. Estos factores de riesgo favorecen el consumo de drogas por parte de los hijos. Los factores que protegen a los hijos del consumo de drogas es el apoyo por parte de los padres, la relación positiva entre ellos, la comunicación constructiva... (ídem, 2007).

Catalano, Haggerty, Fleming y Skinner (ídem, 2007: 237-238) presentan en su estudio un programa que trabaja la prevención de recaídas entre los padres y los hijos. El *Enfoque en las Familias (Focus on Families- FOF)* trabaja con mujeres y hombres que son padres/madres de niños pequeños y están en tratamiento con metadona. El objetivo primordial del Enfoque en las Familias es reducir el uso por parte de los padres de drogas ilícitas, enseñándoles habilidades de

afrontamiento para la prevención de recaídas. A los padres también se les enseña a gestionar mejor a sus familias con el objetivo de prevenir el abuso de drogas entre sus hijos. El programa integra las estrategias para abordar los factores de riesgo y de recaída de los padres, los factores de riesgo para la familia y el fortalecimiento de la familia relacionado con los factores de protección. El Enfoque en las Familias utiliza una combinación de trabajo en grupo con la instrucción de habilidades para los padres y sus hijos e individualizado, basado en el manejo de casos en el hogar.

De acuerdo con el estudio, el programa produce una mejora en la función de la familia, tiene un impacto positivo en el desarrollo de los niños y disminuye los factores familiares que provocan la recaída de los padres. El Enfoque en la Familia es el único programa que integra la prevención de la recaída de los padres con la prevención del consumo de drogas entre sus hijos. A los padres se les enseña a afrontar las situaciones de riesgo que los llevan a las recaídas y las formas de prevenir el consumo abusivo por parte de sus hijos con el fortalecimiento de los factores de protección (ídem, 2007: 241).

Austin, Hospital, Wagner y Morris (2010) destacan en su estudio la importancia de la motivación de los hijos por parte de los padres cuando están en tratamiento. La motivación refuerza los factores protectores y disminuye la posibilidad de recaídas. Señalan la importancia de la motivación en los programas de tratamiento de alcohol y otras drogas y la utilización de este tipo de intervenciones para reducir el consumo de drogas entre los jóvenes consumidores y en situaciones de riesgo.

Como vemos en estos estudios, la adicción de los padres no sólo supone una situación de riesgo para los hijos sino una gran posibilidad de presentar recaídas una vez que éstos terminan su tratamiento. Puesto que nuestra población en su mayoría tiene familiares (padres, tíos, parejas...) con problemas de drogadicción, en la Comunidad de P.H. se hace necesaria la incorporación de grupos de trabajo compuestos por los progenitores de los participantes, los/las participantes y sus hijos enfocados a la adquisición de estrategias educativas que protegerán los residentes de una recaída cuando terminen el programa de P.H. Con la participación de los padres y madres de los participantes se refuerza la relación familiar y con su apoyo las personas se motivan para cambiar su estilo de vida. Con el apoyo de los padres se refuerzan los factores protectores y se alejan de las situaciones de riesgo que les llevarían a una recaída.

### **9.1.5. Drogodependencias.**

**9.5.1.1. Edad de inicio de consumo en relación con el género y los factores de protección y de riesgo:** De acuerdo con los expedientes de los/las participantes de **P.H.**, la mitad de ellos/as (50%) empezó a consumir entre los 12 y 15 años. En su mayoría eran hombres, catorce en su totalidad (41,2%) y tres de las ocho mujeres (8,8%). De 16 a 18 años empezó a consumir el 32,4%, es decir, ocho hombres y tres mujeres. Una mujer empezó a partir de los 26 años (2,9%) y cinco personas (14,7%) no especificaban la edad de inicio (cfr. Anexo VI, tabla 15 al final de la tesis).

En relación con el **género**, la mayoría de los hombres (53,8%) empezó a consumir a una edad más temprana que las mujeres, entre los 12 y 15 años. En esa misma edad sólo consumía el 37,5% de las mujeres, cuando el mismo número de ellas empezó a consumir a partir de los 16 años. A la edad de los 16 hasta los 18 sólo consumía el 30,7% de los hombres y cuatro de ellos no especificaban la edad de inicio (15,3%). A partir de los 26 años sólo empezó una mujer después de ser inducida por su pareja. Una mujer no especificaba en su expediente la edad de inicio de consumo.

De acuerdo con la población estudiada en la **Comunidad de Pyksida**, cinco de los nueve (55,5%), cuatro hombres y la mujer, empezaron a consumir sustancias legales e ilegales a partir de los 13 años y los demás (44,5%) a partir de los 15 (todos hombres).

A partir de los 13 años, dos participantes se iniciaron en el consumo del alcohol y tres del cannabis; luego sobre los 16-17 años empezaron a experimentar con otras sustancias, principalmente con la heroína. Los demás empezaron a consumir a los 15 años cannabis y luego heroína, algunos cocaína, una persona consumía también medicamentos a los 16 años (no especificaban los/las terapeutas de qué tipo) y otro benzodiacepinas a partir de los 23 años. Un chico empezó a consumir heroína relativamente tarde, a sus 25 años y llegó a entrar en la cárcel por posesión y tráfico de drogas.

Comparando los expedientes de los residentes de las dos Comunidades, vemos que la mitad de los usuarios de ambos programas empezó a consumir entre los 12 y los 15 años y en su mayoría eran hombres. Es bastante corriente entre la gente drogadicta empezar a consumir a una edad muy temprana, frecuentemente por curiosidad, con su grupo de amigos y sin mucha información acerca de las sustancias.

Comparando con otras comunidades terapéuticas, la edad de inicio de consumo de los residentes en la Comunidad de Patim, en 2010, era de 13,51% entre los 11 y 14 años, 54,05% entre los 15 y 18 años, 12,16% de los 19 a los 22, 4,05% entre los 23 y 26 años. Un 5,41% empezó a consumir entre los 27 y los 30 años y un 10,81% después de los 31 años (Fundación PATIM, 2011: 102).

En comparación con los resultados de los estudios antes descritos se observa que los/las participantes de la Comunidad de P.H. empezaron el consumo de drogas en edades más tempranas y los factores de inducción (factores de riesgo) fueron el consumo en la casa por parte de los padres, el bajo nivel educativo, el grupo de amigos, etc. Como se demuestra, los hombres suelen consumir a edades más tempranas, experimentan con más sustancias y solicitan tratamiento antes que las mujeres. Las mujeres empiezan a partir de los 15 años y tardan más en solicitar tratamiento por las razones expuestas ya en el segundo capítulo (punto 2.4.) sobre la perspectiva de género y las drogodependencias.

Según Shader (2012), existen unos **factores de riesgo** y otros de protección que son importantes para la prevención de la drogadicción. Por ejemplo, a nivel individual, los factores de riesgo son la inquietud, la dificultad para concentrarse, la toma de riesgos, la agresión, la violencia física, las actitudes antisociales, los delitos, los problemas de comportamiento (antisocial) y el bajo cociente intelectual. Entre los **factores protectores** a nivel individual se encuentran la actitud intolerante hacia la desviación, el alto índice de inteligencia, la actitud social positiva...A nivel familiar, los factores que promueven el consumo de drogas es la mala relación entre padre e hijo, la disciplina dura, el pobre control/supervisión, la escasa participación de los padres, los padres antisociales, la familia desestructurada, el bajo nivel socioeconómico, los padres abusivos y los conflictos familiares. En cambio algunos de los factores protectores son las relaciones cálidas y de apoyo con los padres u otros adultos, los padres positivos y la supervisión parental.

En relación con el grupo de amigos, afectan negativamente los lazos sociales débiles, los amigos antisociales y delincuentes, la pertinencia a una pandilla... Por el contrario, los amigos no consumidores, con un rendimiento escolar alto... pueden ser un factor protector para el individuo (ídem, 2012: 4).

Todos estos factores de riesgo señalados por Shader (2012) caracterizan nuestra población: la mayoría de ellos/as provenía de familias desestructuradas, con malas relaciones entre los miembros, con un nivel económico bajo y con estudios escasos. Estos factores los han llevado al consumo temprano de drogas. El programa de Comunidad de P.H. no trabaja estos factores de riesgo en profundidad durante el tratamiento; se centra más en la parte psicológica, dejando fuera la reeducación del sujeto. Como resultado, la persona termina su tratamiento sin adquirir las herramientas necesarias para afrontar futuras situaciones de riesgo con éxito y evitar las recaídas.

Falta una orientación educativa donde los educadores sociales enfoquen los factores protectores de cada persona para desarrollarse y poder afrontar sólo/a cada uno/a las situaciones una vez terminado el programa de P.H. El modelo socioeducativo como acción en drogodependencias puede modificar positivamente el comportamiento y actitudes de la persona drogodependiente mediante un proyecto educativo individualizado (PEI). El objetivo del PEI es la satisfacción de las necesidades educativas únicas de la persona. Las áreas y contenidos de cada programa, los métodos, recursos y/o actividades que el educador lleve a cabo o proponga y el usuario realice, deben ser diferenciados para cada caso. Todo esto debe responder a la edad, al género, al nivel de conocimientos previos, intereses propios o particularidades físicas o psíquicas de la persona (García Molina, 2001: 109).

**9.1.5.1. Motivos de consumo en relación con el género y factores de riesgo:** El motivo principal que indujo al 26% de los/las participantes de la **Comunidad de P.H.** al consumo de drogas fue el grupo de amigos. De estas nueve personas, ocho eran hombres (30,8%) y una mujer (12,5%). Para relacionarse con la gente empezaron a consumir cinco personas (14,7%), de las cuales cuatro eran hombres (15,4%) y una mujer (12,5%). Tres mujeres de las ocho (37,5%) consumían porque lo hacía su pareja, dos hombres abusaban de las drogas para no sentirse rechazados por los demás (7,7%) y dos para ser más sociables (7,7%). Tres hombres (11,5%) empezaron a consumir por curiosidad (8,8%), dos para olvidar sus problemas (5,9%) y uno para sentirse igual al resto de los amigos (2,9%). Un hombre empezó el consumo de drogas para sentirse más seguro (2,9%) y una mujer porque lo veía como algo “normal” (2,9%). Por timidez consumía un hombre y una mujer (5,9%) y un 8,8%, es decir, tres personas –dos hombres y una

mujer- no aclaraban el motivo que les llevó al consumo de drogas (cfr. Anexo VI, tabla 16 al final de la tesis).

En relación con el **género** y específicamente con las mujeres, observamos que éstas son más propensas a consumir inducidas por su pareja, algo que no sucede entre los hombres con la misma frecuencia. Las mujeres en general tienden a dejar a un lado sus necesidades para adaptarse a los impulsos y presiones de sus parejas. Son comportamientos que muestran la inseguridad que sienten, la falta de autoestima y la necesidad de sentirse aceptadas por los demás.

Los motivos de consumo de los/las participantes de la **Comunidad de Pyksida** no se mencionan en los expedientes, razón que no nos permite comparar con los residentes de la Comunidad de P.H.

Las explicaciones, según Añaños Bedriñana (2005: 146), podrían referirse a que inicialmente los jóvenes siguen un patrón bastante regular en las sociedades contemporáneas en cuanto al orden de consumo de las sustancias; dicho patrón alude a que se suelen probar en un primer momento las drogas legales, las socialmente más aceptadas y aquellas más disponibles, como el alcohol y el tabaco. Las sustancias más difíciles de conseguir aparecen generalmente como más peligrosas.

En general, y de acuerdo con De León (2004: 77), estas personas se caracterizan por su pobre autoestima, dificultades en la toma de decisiones, pobre capacidad de juicio y falta de habilidad en la resolución de problemas. A menudo encontramos entre ellos la falta o ausencia total de habilidades educativas, sociales, interpersonales y discapacidades en el aprendizaje.

Estas características se presentan más en las mujeres que en los hombres. Como hemos visto en el segundo capítulo (punto 2.4.), las mujeres suelen acudir a tratamiento por vergüenza. La negligencia durante la infancia, la falta de apoyo de la familia y de su pareja son motivos para empezar el consumo de drogas, retrasar el tratamiento e incluso presentar recaídas. Por el contrario, los hombres suelen contar con el apoyo de sus parejas durante el tratamiento y por este motivo debería ser más fácil para ellos permanecer abstinentes una vez terminado el programa de tratamiento.

Tal como afirmamos en el cuarto capítulo (punto 4.2.), la baja autoestima, la salud sexual, la violencia de género, la falta de apoyo familiar o el aislamiento y otros factores, pueden conducir

a las mujeres al abandono del tratamiento y posiblemente a una recaída. Las mujeres, con la orientación de los/las educadores/as, deben aprender a manejar las situaciones de soledad, de estrés y ansiedad, aceptar sus enfermedades –si las tienen-, afrontar la realidad de tener una pareja consumidora y ser conscientes de cómo ésta afecta al proceso de su recuperación y de su abstinencia, etc. Como hemos visto, el matrimonio para los hombres funciona como factor protector pero para las mujeres puede ser de riesgo.

Partiendo de esta realidad, hay que dar más peso a la prevención de recaídas durante el tratamiento, es decir, de acuerdo con la historia personal de cada participante, comprender y analizar su problema con las drogas, aprender a identificar las situaciones de riesgo o antecedentes de consumo, anticipar las consecuencias negativas del mismo, manejar las estrategias de afrontamiento ante los antecedentes de consumo, aprender a identificar las claves y señales que preceden a una recaída y fomentar los cambios necesarios en el estilo de vida que sean incompatibles con el consumo (Gálvez Arenas y Guerrero Merchán, 2008: 109).

En este proceso siempre hay que tener en cuenta la perspectiva de género y en una primera fase hay que trabajar estos temas a nivel personal entre educador/a y residente. En una segunda, crear grupos con la participación de la pareja o de la familia bajo la orientación del terapeuta con el objetivo de resolver los conflictos entre los miembros y proteger a la persona de una recaída.

**9.1.5.2. Dependencia de los/las participantes (tipo de sustancia):** De acuerdo con los expedientes de los/las participantes de la **Comunidad de P.H.**, la mayoría (91,2%) eran politoxicómanos/as. Es importante decir que tres personas, dos hombres y una mujer no lo eran (8,8%), sólo consumían alcohol y en el caso de uno de los hombres la adicción era al sexo (2,9%).

La sustancia principal de consumo de los/las participantes era (cfr. Anexo VI, tabla 17 al final de la tesis):

- De las 34 personas en total, catorce consumían cocaína (41,2%) de los cuales doce eran hombres (46,2%) y dos mujeres (25%).
- Heroína y cocaína, ocho personas, el 23,1% de los hombres y el 25% de las mujeres.
- Alcohol, tres participantes (8,8%), un 7,7% de los hombres y el 12,5% de las mujeres.
- Heroína, el 3,8% de los hombres y el 12,5% de las mujeres.

- Cannabis, el 3,8% de los hombres.
- Pastillas de todo tipo (anfetaminas, éxtasis y tranquilizantes) de forma diaria, un hombre (3,8%).
- Una mujer había sido adicta al opio (12,5%) y un hombre (3,8%) al sexo y al alcohol.

Queda patente que un porcentaje del 41,2% de los/las participantes consumía cocaína. Casi todos, independientemente de la sustancia principal de consumo, empezaron a consumir alcohol y cannabis a una edad temprana y acabaron consumiendo cocaína, heroína, algunos anfetaminas, opio... Como veremos más adelante, empezaron con un consumo esporádico pero acabaron consumiendo a diario. El 23,5% de los/las residentes que consumía heroína y cocaína también mezclaban el alcohol (policonsumidores/as). Algunos/as de ellos/as comenzaron consumiendo cocaína y para bajar los efectos de esta droga empezaron a mezclar la cocaína con la heroína (revuelto). Muchos consumían cocaína para quitar la “borrachera” y según nuestros datos el alcohol estaba presente en todos los consumos.

En los dos grupos (cocaína-heroina-alcohol y alcohol-cocaína) la mayoría de politoxicómanos era de hombres. Las mujeres consumían más heroína y cocaína, luego cocaína y alcohol. Había un sólo caso de una mujer que consumía anfetaminas, cocaína, heroína, alcohol y cannabis.

La mayoría de los usuarios de **Pyksida** presentaban problemas adictivos con la heroína. El 66,7% de los participantes fue adicto a la heroína, una persona a la cocaína (11,1%), y dos al cannabis (11,1%).

Aquí cabe señalar el fenómeno que se presenta en Chipre en los últimos años donde la heroína es la causa principal de muertes provocadas por drogas y la primera droga por la cual la gente, tanto hombres como mujeres, piden tratamiento. Este es un fenómeno que se presentó en España en los años ochenta y fue el motivo por el que muchas personas murieron. Está muy extendida en los últimos años en la sociedad chipriota y como hemos visto en el segundo capítulo la demanda de tratamiento aumenta año tras año.

En otras comunidades terapéuticas, como la de PATIM (2011: 102), el 33,78% de los residentes presentaba problemas con la cocaína y heroína, el 28,36% con la cocaína, el 17,57%



con el alcohol, el 13,51% con la cocaína y el alcohol, el 5,41% con la heroína y el 1,35% con la ludopatía.

Con respecto a la droga principal que motiva el ingreso en las C.T., observamos que en la Comunidad de P.H. es la cocaína mientras que en la de Pyksida es la heroína. En la de PATIM es la mezcla de heroína y cocaína. A nivel europeo, como hemos visto en el segundo capítulo, más de la mitad de los participantes que inicia tratamiento (53%) menciona los opiáceos, en especial la heroína, como principal droga consumida, dato que coincide con la situación de Chipre. La cocaína sigue siendo la segunda droga más consumida mientras que el cannabis es la primera. En España, por el contrario, la cocaína es la primera droga consumida en los últimos años y la que motiva un mayor número de admisiones a tratamiento. Esto demuestra la necesidad de una prevención en todos los niveles y una prevención selectiva y determinada para los/las participantes de este estudio.

**9.1.5.3. Frecuencia de consumo:** Más de la mitad de las personas (58,8%) en el programa de P.H. empezó a consumir los fines de semana cuando salían con sus amigos para divertirse. En su mayoría eran hombres (14 hombres, 53,8%) y seis de las ocho mujeres (75%). Esporádicamente consumía sólo el 11,8% de los/las participantes, es decir, tres hombres (11,5%) y una mujer (12,5%). A diario -desde el principio- lo hacía el 29,4% de las personas, nueve hombres (34,6%) y una mujer (12,5%). Todos llegaron a consumir a diario, tanto los hombres como las mujeres (cfr. Anexo VI, tabla 18 al final de la tesis).

El dinero para comprar la droga lo obtenían, los más jóvenes, de sus padres y los mayores de sus ingresos laborales. Muchos recurrieron a préstamos de sus familiares, amigos o de sus parejas. Otros/as empezaron a traficar y a juntarse con camellos para conseguir drogas. Una de las mujeres se fue a otra ciudad donde se dedicó a transportar drogas y a prostituirse, otra estaba por temporadas en Barcelona o en Londres donde traficaba con drogas entre sus amigos/as, pinchaba música, etc. Algunos llegaron a robar dinero asaltando casas, coches, de sus trabajos o de familiares; los robos fueron la razón por la que dos personas (varones) tuvieron problemas con la justicia e ingresaron en la cárcel.

El gasto por motivos de la compra de drogas producía muchos problemas, especialmente económicos a las personas que tenían familia propia e hijos. Por ejemplo, a uno de los

participantes le gustaba robar, como señaló en su expediente, y mantenía relaciones superficiales con personas por interés y conveniencia; algunos mencionaban que consumían para no sentirse “vacíos” o para no estar aburridos y otros admitían que se ponían agresivos después de consumir drogas (se peleaban con gente en la calle, discutían con sus parejas, mentían, rompían objetos en la casa y faltaban al respeto de sus parejas, padres, etc.).

El 100% de los residentes de **Pyksida** empezó a consumir esporádicamente pero todos acabaron por consumir a diario, según los datos de los/las profesionales.

En general, se manifiesta que la curiosidad, el grupo de amigos, la facilitación de la comunicación, la búsqueda de placer, el aburrimiento, la ansiedad, no poder controlar la sustancia, etc., cambia el comportamiento de la persona que consume a diario. El individuo necesita la sustancia y su vida gira en torno a ésta. Esto justifica la teoría que hemos visto en la primera parte del trabajo y expresa la situación de los participantes de nuestra investigación. Las personas, objeto de este estudio, se caracterizan por una falta de factores protectores en su vida y necesitan una prevención integral mediante la cual se promueva el desarrollo integral del ser humano y de su familia, a través de la disminución de los factores de riesgo y el fortalecimiento de los factores de protección. El desarrollo de la persona tiene que ser el primer objetivo de los terapeutas en la Comunidad para poder disminuir los factores de riesgo que les pueden llevar a una recaída.

**9.1.5.4. La vida cotidiana de los miembros mientras estaban consumiendo:** En general, la mayoría de los/las residentes de la **Comunidad de P.H.** vivía con sus familias, es decir, con sus parejas e hijos o con la de sus progenitores (padres y hermanos/as). Como ellos/as mismos/as expresaban, ese período de consumo fue desagradable. Vivían con sus familias, algunos trabajaban y casi todos dedicaban su tiempo libre a quedar con amigos consumidores y drogarse. El 30% de los participantes (cinco hombres y una mujer) mantenía relaciones de pareja disfuncionales, es decir, su convivencia estaba alterada porque la pareja estaba en prisión. En algunos de los casos la pareja también consumía, lo que causaba problemas a la otra persona, especialmente si decidía entrar en un programa de desintoxicación (cfr. Anexo VI, tabla 19 al final de la tesis).

Tres hombres abandonaron sus trabajos por causa de las drogas (18,75%) y cuatro personas (una mujer y tres hombres) traficaban con drogas y se juntaban con gente consumidora (20%); esa fue la causa que llevó a algunos de ellos a la cárcel y posteriormente al programa de P.H. Es muy llamativo el hecho que dos de los participantes (los dos hombres) expresaran en los cuestionarios que no tenían mucha fe en el programa porque veían el tratamiento como una obligación derivada del cumplimiento de condena.

Más concretamente, el 31,25% de los hombres vivía con sus familias y dedicaba su tiempo libre a drogarse con sus amigos o solos. Dos hombres decían que vivían con sus familias y estaban trabajando (12,5%), igual que una mujer (25%). Cuatro personas (tres hombres y una mujer, 30%) vivían solos y en su tiempo libre se drogaban. Una mujer contó que vivía en Barcelona y en Londres por temporadas, ocupaba casas con sus amigos, organizaban fiestas ilegales y traficaban con drogas. Con su familia no tenía mucho contacto. En el tráfico de drogas estaban también involucrados tres hombres (18,75%); así sacaban dinero y consumían a la vez. Un joven de 24 años indicó en su cuestionario que *“no estaba trabajando ya que sacaba el dinero fácil y a mí me gustaba”*.

Sobre la situación familiar y las relaciones entre ellos se ha recogido la valoración de cuatro hombres (25%). Como señalaban, en sus familias había muy poco contacto, había discusiones y en ocasiones malos tratos por parte de los padres. Por el contrario, la mayoría de las mujeres no hizo ningún comentario sobre la situación en su familia, si tenían contacto con sus padres y madres, si había malos tratos en la familia, etc. En relación con la situación con sus parejas, cinco hombres (31,25%) y una mujer (25%) expresaron que sus relaciones no funcionaban bien, había muchos problemas entre ellos, se peleaban bastante, no había confianza y en algunos casos había malos tratos.

Como se observa, los hombres de la Comunidad de P.H. expresaban más que las mujeres sus vivencias durante el consumo de sustancias. La mayoría de ellos describía con más facilidad la relación con su pareja, la situación de sus familias progenitoras (padres, hermanos/as); al contrario, las mujeres eran más reservadas a la hora de contestar a las preguntas acerca de sus vidas cuando consumían.

Una mujer dijo que su relación de pareja funcionaba como una necesidad, era una relación *“adictiva”* y *“destruktiva”*. Los problemas con sus parejas empezaron después que ellas se dieron

cuenta de que ellos estaban consumiendo drogas, como por ejemplo, la alimentación de la familia, asistir al trabajo, etc. Como hemos mencionado, las mujeres suelen estar con parejas consumidoras y la mayoría de las veces estas relaciones funcionan de forma negativa en sus vidas: no acuden a tratamiento, presentan más recaídas, se sienten fracasadas, no tienen autoestima...

Tres hombres (18,75%) mencionan que no tenían trabajo porque los echaron o porque ellos mismos abandonaron sus puestos o porque ya no podían trabajar por causa de las drogas. Otros (18,75%) robaban para obtener su dosis y una mujer (25%) se prostituía para conseguir dinero y su dosis. Casi todos los/las participantes se relacionaban con gente consumidora, aparte de dos hombres de los que uno afirmaba que no tenía amigos, sólo se relacionaba con sus familiares, y otro que lo hacía con gente no consumidora. Estos dos usuarios son los únicos que señalaron que en su tiempo libre paseaban con sus familias, iban al teatro, de excursiones, etc.

Las respuestas de los miembros de la **Comunidad de Pyksida** presentan muchas similitudes con las de P.H. Vivían con sus familias (padres, hermanos o familia propia), algunos estaban trabajando y otros lo hacían por temporadas, uno estaba casado, otros no tenían parejas estables y en su tiempo libre todos destacaron que consumían.

Es obvio que toda su vida giraba alrededor de la droga y de sus amigos. Ninguno de los participantes mencionaba algún tipo de actividad social, deporte o estudios que disfrutara en su tiempo libre. Se observa que las personas adictas durante su consumo no tenían interés en invertir su tiempo en actividades de ocio y solían aislarse de la sociedad. El trabajo, una de las redes de socialización, suele servirles como una forma de independencia económica para poder comprar drogas y no como una forma de quitarse de ese mundo ni para hacer amistades sanas.

Uno de los temas de los que se deberían ocupar más los programas de desintoxicación y deshabituación de drogas, especialmente para la prevención de recaídas, es enseñar a los residentes a emplear su tiempo libre de forma sana. En la Comunidad de P.H. este elemento no se trabaja casi nada, al contrario, no dejan a las personas tener tiempo libre para no pensar en su pasado.

Dándoles la oportunidad de buscar actividades recreativas que les llenen, que les ayuden aprender cosas nuevas..., no sólo reforzarían sus factores protectores sino se protegerían ante situaciones de riesgo que les pueden conducir a una recaída. Como hemos mencionado

anteriormente, esta gente estaba acostumbrada a utilizar su tiempo libre para drogarse. Sin la educación y las herramientas necesarias es más probable que recaigan en las drogas cuando terminen el programa. La inversión del tiempo libre en actividades sanas es muy fundamental. Consideramos necesaria la formación de grupos con la pareja, los padres e hijos/as del residente para mejorar las relaciones entre ellos y para que aprendan todos/as a compartir su tiempo libre de forma agradable. Así se refuerzan los factores protectores y se disminuyen las probabilidades de una recaída.

**9.1.5.6. Ambiente en la familia durante el consumo:** Casi la totalidad de los miembros de la **Comunidad de P.H.** (80%) expresó en los cuestionarios un ambiente desagradable en la familia durante el consumo. Tenían discusiones con sus familiares (padres, hermanos, parejas) y sentían mucho agobio, intranquilidad y culpabilidad por su comportamiento. Una mujer destacó que el ambiente en su casa era insoportable porque estaban sus hijos en la casa y la veían drogada. Del resto de los residentes, un hombre expresó que el ambiente en su familia era agradable pues había discusiones (5%) y tres personas, dos hombres y una mujer (15%), que vivían lejos de sus familiares y consumían sin que los vieran, así que no les importaba mucho esta cuestión (cfr. Anexo VI, tabla 20 al final de la tesis).

Una de las mujeres (P.H.M.5, 27 años, soltera) que vivía fuera de su casa, dijo lo siguiente: *“Estaba muy lejos de mi familia, los veía una vez al año y no me preocupaba”*; lo mismo expresó un hombre separado. Característicamente, escribió (P.H.H.13, 40 años, soltero): *“Cuando consumía no estaba con mi familia, siempre he estado sólo, escondido, tragándome mis problemas. Llegue a cortar mi teléfono para no tener contacto con ellos, incluso con mi hijo”*.

Otro hombre explicó que estaba muy intranquilo, había discusiones en la casa y le afectaba mucho el ejemplo que pudiera suponer para sus hijos, lo que pensarán de él. Entraba en reproches consigo mismo. Sólo un sujeto describió el ambiente de su familia como agradable, aunque tenía de vez en cuando alguna discusión con su madre y esto le producía mucho dolor.

De las personas que describen una situación desagradable en la casa familiar, el 70% presentó recaídas en el pasado. Incluso el hombre que afirmó que el ambiente en su familia era agradable, después de un intento de deshacerse sólo.

Según las respuestas que dan los participantes de **Pyksida** a la misma pregunta, casi todos se sentían culpables y preocupados por lo que estaban haciendo, se alejaron de sus familias, había peleas y faltas de respeto en la casa familiar (83,4%). Sólo uno de los hombres afirmó que había apoyo y diálogo entre él y sus padres cuando estaba consumiendo (16,6%) (cfr. Anexo VI, tabla 21 al final de la tesis).

Se nota que había un ambiente desagradable en las familias de casi todos los participantes de ambas Comunidades, muchos sentimientos de culpabilidad por parte de ellos y alejamiento. Así se producían las peleas entre los/las hijos/as y los padres y/o con las parejas. Las personas consumidoras suelen ser más irritables, sensibles a las críticas e imparticipantes y no aceptan la ayuda que les suelen ofrecer las personas cercanas. La mayoría de los que describían un ambiente desagradable en sus casas había presentado recaídas en el pasado y estaba en otros centros de tratamiento. El ambiente tranquilo y de respeto en la casa familiar juega un papel importante para esta gente, es un factor protector que ayuda a alejarse de las drogas y de los/las amigos/as consumidores y de la mala influencia.

Por lo general, en las dos Comunidades se constata un ambiente desagradable durante el consumo; es obvio el alejamiento entre los usuarios y los demás miembros de la familia, las peleas, las faltas de respeto, los sentimientos de culpabilidad y de preocupación por parte de los/las participantes y en algunas ocasiones la ausencia y el distanciamiento de los padres y/o de la pareja durante este periodo. Como se puede ver, la mayoría de esta gente presentó recaídas en el pasado y en gran parte se debió a la mala situación familiar y las situaciones de riesgo que tenían que enfrentar (amigos y/o pareja consumidores, problemas económicos...).

Este ambiente no les ayudaba a dejar el consumo de las drogas. Eran conscientes de su situación, expresaban que tenían sentimientos de culpabilidad, estaban preocupados/as, solamente necesitaban otro tipo de apoyo y dialogo entre la familia. Por eso insistimos que es necesario un trabajo más sistemático entre los/las residentes, los miembros de sus familias, la pareja, los hijos/as y amigos cercanos y los terapeutas durante su tratamiento. Los grupos específicos con las familias donde se aborden los problemas familiares, las diferentes actitudes de cada persona, las necesidades que tienen, etc., pueden ayudar a las personas adictas a acercarse a sus familias, parejas, hijos/as...y evitar una futura recaída.

Las consecuencias del consumo de drogas son muy graves, no sólo a nivel personal y familiar, sino también sociolaboral. Las personas en tratamiento deben concienciarse, con la ayuda de los/las profesionales, de las consecuencias negativas que les producen las drogas y trabajar, junto con ellos/as, todas las causas que los llevaron al consumo (factores de riesgo).

### **9.1.6. Tratamientos anteriores y recaídas.**

#### **9.1.6.1. Tratamiento anterior y recaída de los/las participantes en relación con el género:**

Más de la mitad de los participantes de la **Comunidad de P.H.** (55,9%) había estado en tratamiento antes. Quince de los veintiséis hombres (57,7%) y cuatro mujeres (50%) habían estado en otro centro de desintoxicación y un chico (2,9%) estuvo ingresado tres veces en la Unidad de Salud Mental por problemas psicológicos y emocionales debidos al consumo de drogas, donde recibió tratamiento por sus problemas de ansiedad, depresión severa y alucinaciones, así como por haber intentado suicidarse. Las mismas consecuencias causadas por las drogas habían vivido 3 personas más (8,8%), todos hombres. Las explicaciones de los intentos de suicidio se referían a sentirse solos, fracasados o por efectos de las drogas (alucinaciones) (cfr. Anexo VI, tabla 22 al final de la tesis).

En total, el 55,9% de los miembros estudiados había recibido tratamiento anterior en otros centros, algunos en el “Hogar 20”<sup>10</sup> (5,9%) y muchos en el “CPD”<sup>11</sup> (26,5%). Dos personas alcohólicas, una mujer y un hombre, habían estado en Alcohólicos Anónimos (5,9%). Otras tres (8,8%) habían empezado el programa de P.H. en otras ciudades como Jaén, Córdoba y Málaga, pero lo abandonaron. Otro chico estuvo en dos diferentes programas de tratamiento en prisión, en

---

<sup>10</sup> La **Asociación Hogar 20** surgió en 1983 y se dirige a los ámbitos socialmente más desfavorecidos y a las familias, personal y económicamente maltrechas por la adicción o las problemáticas que presentan sus hijos. Abarca todos los campos que rodean a la problemática drogodependiente y de las adicciones: prevención, tratamiento, reinserción socio-laboral, voluntariado social, problemática relacional de la familia, prostitución, problemática judicial, actuación con jóvenes con SIDA, etc. Más información en página web [www.hogar20.tupatrocinio.com](http://www.hogar20.tupatrocinio.com).

<sup>11</sup> Es la Red Provincial de los Centros Provinciales de Drogodependencias. La red se configura en torno a los Centros de Tratamiento Ambulatorio, que prestan atención a través de un equipo técnico, una asistencia integral, médica, psicológica y social al proceso de las drogodependencias. Son el único canal de acceso a otros recursos y programas de ámbito provincial: Puntos de Dispensación de Metadona (S.A.S), Centros de Día de Apoyo a la reinserción y programa “Red de Artesanos”. Y de ámbito supraprovincial: Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (U.D.H.), Comunidades Terapéuticas y Pisos de Apoyo a la Reinserción.

“Arpon” y “Dianova”, como medida para cumplir su condena, pero no conseguía desintoxicarse porque, como decía en su expediente, *“estaba harto de estar encerrado. Seguía consumiendo porque tenía dinero en el banco”*. La mayoría de estas personas había realizado un tratamiento que duró entre 5 meses y 2 ó 3 años.

Pasando a los expedientes de los participantes de la **Comunidad de Pyksida**, observamos que la mayoría había estado en el pasado en otro programa de tratamiento (67%). Concretamente, había estado el 56% de los hombres y la única mujer participante en el programa (11,1%) (cfr. Anexo VI, tabla 23 al final de la tesis).

La mitad de los participantes había estado en una C.T. llamada “Ayia Skepi” in Nicosia (50%), un programa de tratamiento cerrado no gubernamental. Los demás habían estado en otros centros, tanto en Chipre como en Grecia. El tiempo de estancia en esos centros es desconocido. Para tres hombres era su primer tratamiento (33,3%).

Las personas adictas a las drogas suelen presentar recaídas después de terminar un programa de tratamiento con éxito. La recaída suele ocurrir cuando una persona se encuentra en situación de alto riesgo que incrementa la posibilidad de volver a realizar la conducta adictiva, como destacan Tirapu, Landa y Lorea (2003) citados en el sexto capítulo de este trabajo. Lo mismo ha ocurrido con nuestros participantes, presentaron recaídas después de experimentar este tipo de situaciones de alto riesgo, como podrían ser, estados emocionales negativos, conflictos interpersonales y presión social.

De hecho, los programas de desintoxicación, en nuestro caso las C.T., deben tener como parte de su tratamiento grupos especiales de entrenamiento en habilidades de afrontamiento y tener en cuenta algunas claves importantes, como mencionamos en el capítulo 4, es decir, afrontar las situaciones de alto riesgo que se suelen agrupar en tres grupos principales: estados emocionales negativos, conflictos interpersonales y presión social.

Refiriéndonos a los tratamientos recibidos anteriormente y a los centros en que habían estado los/las participantes de nuestro estudio, de acuerdo con la información obtenida en los **cuestionarios**, el 70% de los/las residentes de la **Comunidad de P.H.** estuvo en otro programa de tratamiento, el 75% de los hombres y el 50% de las mujeres. Estas cifras demuestran que los hombres acuden con más frecuencia a centros de desintoxicación que las mujeres. Esto puede ser una muestra del prejuicio que hay hacia las mujeres drogodependientes y su propio miedo a pedir



ayuda a los profesionales. También ésta es una señal de que los hombres presentan más recaídas que las mujeres. Algunas personas habían estado en varios centros entre seis meses y cinco años.

El 50% de los participantes de la **Comunidad de Pyksida** había estado antes en otro centro de tratamiento (dos hombres y la mujer) y para el otro 50% era la primera vez que ingresaba en un programa de desintoxicación. Los dos hombres y la mujer estuvieron en otra C.T. (“Ayía Skepi”). La estancia mínima de los residentes en los centros de tratamiento fue de seis meses.

De acuerdo con todos los datos expuestos, llegamos a la conclusión que la mayoría de las personas en ambas Comunidades (70% y 50% respectivamente) había estado en otros programas de tratamiento y evidentemente habían tenido una o más recaídas. Esto nos revela la necesidad que tienen de aprender unas pautas para manejar sus sentimientos negativos, superar la necesidad de consumir cada vez que sienten estresados/as o solos/as, etc. En este proceso es importante sentirse acompañados/as y apoyados/as por sus familias (padre, madre, hermanos/as, hijos/as) y/o la pareja para poder afrontar estas situaciones de riesgo y consecuentemente la reincidencia.

En un estudio realizado en Chile se encontró que el 34% de los miembros había abandonado voluntariamente el tratamiento antes de su finalización. Este grupo mostró un riesgo más de dos veces superior de recaída que el grupo que egresó por alta terapéutica. Otros estudios han señalado previamente que la permanencia en los programas es predictora de mejores resultados de los mismos (Garmendia, Alvarado, Montenegro y Pino, 2008: 175).

Los programas de tratamiento, unos más otros menos, suelen facilitar “herramientas” a los/las participantes para poder afrontar las dificultades que se les presentan en la vida. Los participantes tienen que fortalecer los factores protectores para no recaer y disminuir los que les pueden conducir de nuevo a un consumo de drogas. Por ejemplo, el apoyo familiar es uno de los factores protectores más importantes; la persona en un momento de dificultad personal, social, laboral...puede acudir a las personas más cercanas para pedir ayuda y no acudir a las drogas como forma de “solución” de los problemas.

Los/las participantes, en ambos programas, que no contaban con un apoyo familiar o de amigos, expresaban su miedo, sus inseguridades y la necesidad de poder contar con alguien para poder afrontar los problemas, una vez terminado el programa de deshabitación. Teniendo esto en cuenta, vamos a proponer más adelante algunas posibles soluciones para reforzar estos

factores protectores y disminuir las posibilidades de reincidencia basadas en los Proyectos Educativos Individuales y Grupales (PEI y PEG).

**9.1.6.2. Motivos de las recaídas de los/las participantes:** Los *motivos de la recaída* de los/las participantes en la **Comunidad de P.H.** fueron: los amigos (17,6%), problemas familiares (11,8%), dos mujeres porque consumía su pareja (5,9%), por problemas económicos (2,9%). Tres hombres porque sentían vacíos sin las drogas (8,8%) o porque no aguantaban las normas de los programas de tratamiento (5,9%). Una persona (2,9%) no destacaba el motivo. Algunas (17,64%) habían mantenido un periodo de abstinencia voluntaria de la heroína y cocaína con una duración escasa (cfr. Anexo VI, tabla 24 al final de la tesis).

Se observa que el grupo de amigos/as consumidores/as y los problemas familiares suelen ser los motivos principales por los que la gente reincide. La mayoría retomó el consumo de sustancias con la misma frecuencia que antes. Teniendo esto presente, intentaremos hacer más adelante unas propuestas de intervención para disminuir el número de personas que recaen en las drogas.

En la **Comunidad de Pyksida** quisimos preguntar a los participantes en los *cuestionarios*, cuáles creían ser los motivos que les podían llevar a una recaída puesto que no existía este dato en sus expedientes. Esta pregunta la añadimos más tarde y no estaba incluida en los cuestionarios aplicados en P.H. Las respuestas que nos dieron fueron muy interesantes. Más de la mitad de los participantes (66,6%) confirmó lo que revelan la bibliografía y varios estudios realizados sobre las drogas y las recaídas, es decir, que éstas pueden ser el resultado de juntarse con amigos/as consumidores y/o incluso con la pareja. También, el estrés y el miedo de afrontar las dificultades que se les presentan en la vida son otras de las causas principales que les puede provocar una reincidencia (33,3%). Mencionaron además los recuerdos familiares traumáticos y la falta de trabajo (cfr. Anexo VI, tabla 25 al final de la tesis).

Una conclusión general que podemos obtener es la voluntad de algunos de los residentes de abandonar las drogas e incorporarse a una vida normalizada. Habían intentado dejar el consumo, un propósito y objetivo en el que estaban involucrados tanto ellos como sus familias e hijos/as, pero los amigos/as o parejas consumidoras habían influido en la recaída. Por esta razón

necesitaban, entre otros, mucho apoyo y ayuda de su entorno de amigos y familias para salir adelante y superar sus adicciones.

Las causas de recaídas, destacadas por los/las mismos/as participantes, deben ser utilizadas por los/las profesionales para la mejora del programa y para disminuir la posibilidad de futuras reincidencias. Con el reforzamiento de sus puntos débiles se pueden crear las condiciones adecuadas para afrontarlas cuando terminen el programa de tratamiento.

Teniendo en cuenta todo esto, insistimos en la necesidad de incorporar en el tratamiento un programa más individualizado donde cada persona tenga contacto personal/individual con los/las profesionales para reforzar esos puntos débiles que les pueden llevar a una recaída. Incluso, estas reuniones deberían de incluir a los familiares, parejas y amigos/as con los/las que se relacionan los participantes. Si aprenden dentro de la Comunidad a manejar el estrés, las dificultades de la vida, etc., este aprendizaje les permitirá afrontar estos problemas una vez que estén fuera. Es fundamental en cada ámbito dar prioridad a la perspectiva de género y prestar especial atención a las mujeres con parejas consumidoras y a las relaciones de dependencia que tuvieron en el pasado. Son factores de riesgo que les pueden conducir de nuevo a una recaída y tienen que adquirir las habilidades de afrontamiento adecuadas para este tipo de relación.

**9.1.6.3. Relación con la justicia en proporción con el género y las recaídas:** La mitad de los/las participantes de la **Comunidad de P.H.** tenía problemas con la justicia (50%); algunos/as estuvieron en la cárcel (17,6%) y otros tenían juicios pendientes (32,4%). Un 16% se hallaba en libertad condicional (cinco hombres y una mujer) y había entrado a la cárcel fundamentalmente por tráfico de drogas y robos.

Los juicios pendientes se referían a: maltrato de su marido y su cuñada; no entregar las llaves de un local de empleo a la dueña; robo, por el que estaba obligado a comparecer cada quince días cumpliendo condena de localización permanente; entrada en comisaría, cinco veces, por tráfico de drogas, otros juicios pendientes, juicio para poder ver a sus hijos porque la Administración le quitó la tutela por su alcoholismo y se las concedió al ex marido, multas de tráfico, posesión de droga (hachís y cocaína), juicio por pedir dinero y no devolverlo, resolución por lo civil de embargo de su sueldo, juicios por la contratación de un empleado sin seguro en la empresa familiar y por tener pendiente un pago de multa por un conflicto familiar.

Correlacionando entre la justicia, el género y las recaídas de nuestros/as participantes, llegamos a las siguientes conclusiones (cfr. Anexo VI, tabla 26 al final de la tesis):

- Catorce de los veintiséis hombres habían tenido problemas con la justicia (53,84%) y tres de las ocho mujeres (37,5%). El porcentaje de hombres que había estado en la cárcel o había tenido problemas con la justicia era mayor que el de las mujeres, hecho que demuestra que los hombres cometen más delitos que ellas.
- Ocho de los quince hombres que presentaron recaídas (30,7%), tres estaban en proceso judicial (11,5%) y cinco habían estado en la cárcel (19,2%). Por el contrario, de las cuatro mujeres que habían tenido recaídas antes de entrar en el programa (50%), dos habían tenido problemas con la justicia (25%), una estaba en proceso judicial (12,5%) y la otra estuvo varios años en la cárcel (12,5%); sin embargo, el número es más pequeño en comparación con el de los hombres.
- Por lo general, observamos que los hombres presentan más recaídas que las mujeres y también más problemas con la justicia. Además, vemos que las personas, hombres y mujeres, que habían tenido problemas con la justicia habían presentado más recaídas que las personas que no los habían tenido y habían recaído.
- Llegamos a la conclusión que los delitos están relacionados con las recaídas de las personas en tratamiento, especialmente en los hombres. Muchas veces las recaídas son las que llevan a los participantes a posibles robos o tráfico de drogas como una forma de conseguir dinero y sustancias ilegales.
- Estos datos nos demuestran la necesidad de trabajar con los/las residentes las consecuencias negativas de la conducta delictiva junto con la prevención de recaídas y cómo la conducta no delictiva o legal puede ser un factor protector para cuando salgan de la Comunidad. Con la reeducación del sujeto y el aprendizaje de comportamientos legales, se refuerzan los factores protectores y se disminuyen las posibilidades de una recaída.

Por lo que se refiere a la **Comunidad de Pyksida**, cinco (55,5%) de los nueve participantes, todos hombres (62,5%), habían tenido consecuencias legales a causa de las drogas. Dos habían tenido juicios por posesión y tráfico de drogas (25%), dos hombres (25%) habían estado en la

cárcel (7,5 meses y 18 meses respectivamente), acusados por posesión y tráfico de drogas y uno (12,5%) estaba a la espera de juicio por causar muerte por negligencia. Según los/las terapeutas había consumido drogas (cannabis) y mató a una persona con el coche. Había estado 2-3 veces más en la cárcel también por temas de drogas. Los demás no tenían ninguna causa legal debida a su consumo de drogas.

En relación con el género y las recaídas, tres hombres con recaídas en el pasado habían tenido causas legales (37,5%) y sólo dos (25%) problemas con la justicia pero sin recaídas. La única mujer de la Comunidad no tuvo nunca problemas judiciales ni presentó recaídas (cfr. Anexo VI, tabla 27 al final de la tesis).

Comparando los datos de ambas Comunidades, vemos que un porcentaje bastante alto había tenido relación con la justicia, en su mayoría por tráfico y posesión de drogas (50% de P.H. y 55,6% de Pyksida respectivamente). Se trataba en la mayoría de varones y habían presentado recaídas en el pasado. Algunos/as habían cometido delitos relacionados con la propiedad (robos en casas, tiendas...), otros habían tenido causas legales por diferentes motivos como maltrato, custodia de sus hijos, prostitución, etc. Casi todos los delitos eran consecuencia de la drogadicción de los participantes.

La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas ha seguido potenciando los programas que ofrecen apoyo jurídico y social a personas que han cometido delitos como consecuencia de su adicción a las drogas lo cual ha servido para desarrollar una amplia red de equipos de apoyo con el objetivo de que se apliquen las medidas tendentes a evitar el ingreso en prisión (PNSD, Memoria 2008: 21). La delincuencia juvenil es más peligrosa que la adulta porque afecta a una población en proceso de maduración o desarrollo personal, exponiendo a los jóvenes precozmente a un riesgo de exclusión social y de estigmatización. Ciertamente los programas de prevención selectiva dirigidos a jóvenes delincuentes no se deben centrar en el consumo de drogas ni estigmatizar el consumo. De ahí que la prevención en materia de salud pública tenga como objetivo trabajar todos los factores de vulnerabilidad relevantes para atajar los problemas relacionados con las drogas (ídem, 2008: 21).

Teniendo en cuenta la historia personal de cada sujeto, se considera fundamental diseñar grupos específicos relacionados con el consumo de drogas y su relación con la conducta delictiva. También, cómo esta última afecta las recaídas y cómo se pueden prevenir. El programa

de P.H. debe enfocar los factores protectores de los participantes para que cuando terminen el programa no vuelvan a delinquir ni recaer en las drogas.

**9.1.6.4. Las recaídas y el nivel educativo de los/las participantes:** Examinando la relación entre los estudios de los/las participantes de la **Comunidad de P.H.** y las recaídas que presentaron en el pasado, observamos que hay más tendencia entre las personas con educación baja a recaer en las drogas (tabla 29). De todos modos, este fenómeno no se puede generalizar porque con los años el consumo de drogas y, consecuentemente las recaídas, no es un problema de la clase social baja o media o de las personas con un nivel educativo bajo sino de las personas con educación superior también. Llegamos entonces a la conclusión que tanto los usuarios con una educación básica, con la primaria completa o incompleta, como los de estudios universitarios presentaron recaídas en el pasado. ¿Qué quiere decir esto? Que las recaídas no dependen del nivel educativo de la persona sino de las circunstancias en las que se encuentre. Es decir, una persona más educada no necesariamente evitará en mayor medida una recaída cuando se encuentre en situaciones de riesgo que un sujeto con menos educación.

Tabla 29

**Nivel educativo de los miembros en relación con las recaídas / Expedientes *Proyecto Hombre* (Números absolutos y porcentajes).**

Nivel educativo	Recaídas			Total
	Sí	No	Desconocido	
Primarios completos	5 (14,7%)	2 (5,9%)	-	7 (20,6%)
Primarios incompletos	5 (14,7%)	1 (2,9%)	-	6 (17,6%)
Secundarios completos	4 (11,8%)	5 (14,7%)	-	9 (26,5%)
Formación Profesional	2 (5,9%)	2 (5,9%)	1 (2,9%)	5 (14,7%)
Universitarios	2 (5,9%)	-	-	2 (5,9%)
Estudiante	-	1 (2,9%)	-	1 (2,9%)
Desconocido	1 (2,9%)	2 (5,9%)	1 (2,9%)	4 (11,8%)
<b>Total</b>	<b>19 (55,9%)</b>	<b>13 (38,2%)</b>	<b>2 (5,9%)</b>	<b>34 (100%)</b>

Este dato nos demuestra la necesidad de una preparación específica orientada a la prevención de recaídas durante la estancia de los/las participantes en la Comunidad, tanto a nivel individual (situación personal de cada residente) como grupal. Cada individuo debe desarrollar esas capacidades que le ayudarán a afrontar las situaciones de riesgo que le pueden llevar a una recaída, independientemente de su nivel educativo. Aparte de esto, está claro que se tiene que

estimular la educación de cada sujeto en la Comunidad, especialmente de las personas que apenas han estudiado o formado.

En la **Comunidad de Pyksida** observamos que ocurre lo mismo. Habían presentado recaídas tanto personas con una educación baja (33,3%) como con una superior (22,2%).

Llegamos a la conclusión que el fenómeno de las recaídas no depende de la formación recibida sino de aprender a manejar las situaciones de riesgo como, encontrarse en sitios donde hay alcohol y/o drogas, tener sentimientos negativos de rabia, culpa, tristeza, miedo, ansiedad, sentimientos positivos que transmiten ganas de celebrar, aburrimiento, posesión de dinero, presencia de amigos y/o familiares consumidores, creer que puede consumir drogas en momentos ocasionales sin recaer.

Para disminuir la posibilidad de una recaída, hay que buscar un modelo socioeducativo orientado a la prevención de la misma cuando los/las participantes están en la Comunidad. Este modelo se basará en la reeducación de la persona y al aprendizaje de métodos educativos que la ayudarán afrontar las situaciones de alto riesgo. El modelo estará fundamentado en los proyectos educativos individuales y grupales en los que los educadores sociales tomarán en cuenta la edad, el sexo, la situación socio-familiar de cada persona y con la implicación de sus familiares, parejas e hijos, apoyarán a los residentes y juntamente buscarán soluciones a sus problemas. Así se disminuyen las posibilidades de una recaída y se fortalecen a la vez los factores protectores.

**9.1.6.5. Las recaídas y su relación con la vida familiar, personal y relacional:** Teniendo en cuenta toda la información anteriormente expuesta, deducimos que la situación familiar, personal y relacional de nuestros/as participantes les llevaron a recaer. Casi todos los de la Comunidad de P.H. habían crecido en familias desestructuradas, donde no había comunicación y apoyo familiar, los padres y/o madres y parejas eran consumidores/as, había maltrato emocional y físico, problemas económicos, se juntaban con gente consumidora... Algunos/as llegaron a prostituirse o entrar en la cárcel por culpa de las drogas, se alejaron de sus familias, se separaron de sus parejas e hijos/as, perdieron sus trabajos...

Todos estos problemas los llevaron a recaer en las drogas. Por ejemplo, en el caso de los de P.H., doce personas, o sea, un 35,2% del 55,9% de todas las que tuvieron una recaída cuando terminaron el programa provenían de clase medio-baja y media. La mayoría de estas personas

estaba obligada por sus padres trabajar desde muy pequeños y abandonar sus estudios. Tenían malas experiencias de su infancia y adolescencia y se sentían muy fracasados. Los motivos de sus recaídas eran juntarse con su pareja consumidora, problemas económicos y familiares, juntarse con amigos consumidores...

Pisinger, Aadahl, Toft y Jørgensen (2010) realizaron una investigación con fumadores que provenían de diferentes niveles socioeconómicos. De acuerdo con los resultados, los fumadores con un nivel socioeconómico bajo fueron significativamente más propensos que los fumadores con niveles socioeconómicos altos a dejar de fumar porque era demasiado caro o porque tenían problemas de salud relacionados con esa conducta. Al examinar los anteriores intentos de dejar de fumar, los fumadores con un nivel socioeconómico bajo fueron significativamente más propensos a reportar que habían tenido una mala experiencia y que habían recaído, ya que eran más nerviosos, inquietos o depresivos. Este estudio muestra que los fumadores con el nivel socioeconómico bajo tienen otros motivos para dejar de fumar y otras razones para recaer que los fumadores con un nivel socioeconómico alto.

En el caso nuestro las personas provenientes de familias con un estado económico más alto presentaron recaídas por distintos motivos, como por ejemplo, porque no aguantaban los problemas, porque se juntaron con amigos consumidores... Tanto el nivel económico como el nivel educativo pueden proteger hasta una cierta medida para no recaer. Por otra parte hay que buscar los motivos personales de cada persona para aumentar las posibilidades de no recaer. Los motivos de recaídas son diferentes si se atiende a la vida familiar, personal y relacional de cada persona, hecho que demuestra la necesidad de un tratamiento más individualizado. No es lo mismo, por ejemplo, trabajar en grupo la prevención de recaídas con mujeres que han sufrido violencia que con los hombres maltratadores; con personas que han vivido con padres y madres alcohólicos y experimentaron peleas y discusiones en la casa que con personas que han tenido una vida familiar más normalizada y tranquila.

A todos estos niveles (familiar, personal, relacional) deben adecuar los/las educadores/as el tratamiento de cada persona. Un tratamiento que trabajará los factores de riesgo que las llevaron a las recaídas y que se centrará en los factores protectores que les ayudarán a conseguir una abstinencia definitiva o prolongada.



### **9.1.7. El programa de intervención.**

**9.1.7.1. Altas-bajas de las personas en el programa en relación con el género:** De las 34 personas de la **Comunidad de P.H.**, siete retrocedieron un peldaño en su tratamiento (20,6%), otra pasó a la tercera fase de Reinserción (2,9%), tres abandonaron (8,8%) y veintitrés estaban en la fase de la Comunidad (67,6%) (cfr. Anexo VI, tabla 28 al final de la tesis).

Los motivos del retroceso fueron porque dos hombres (5,9%) realizaron actos violentos dentro de la Comunidad después de una intervención, una mujer (2,9%) consumió alcohol dos fines de semana, tres (8,8%) por mantener relaciones sexuales con compañeros suyos de la Comunidad violando así una de las normas básicas del centro y un hombre (2,9%) porque abandonó el programa y no se comunicó con los terapeutas durante una semana.

Dos varones (5,9%) estaban en la denominada *Comunidad abierta*, es decir, acudían al centro a las 9:00 de la mañana y salían a las 18:00 de la tarde. Se trataba de un chico de 18 años que estaba estudiando y otro de 29 años que tenía una hija. Éste al final abandonó el programa de P.H. por problemas económicos.

La estancia en la Comunidad de P.H., como hemos visto, tiene bajas, es decir, si alguna de las personas no sigue las normas de la Comunidad la hacen retroceder y la pasan de nuevo a la primera fase del tratamiento, la Acogida. Estas bajas influyen en la eficacia del programa porque los/las participantes se esfuerzan en seguir las normas del programa y quieren cambiar su estilo de vida. Se educan y se esfuerzan en trabajar dentro de los límites, especialmente los fines de semana. Por ejemplo, es muy difícil para ellos salir los fines de semana, estar en la calle y no consumir. Por otro lado, ésta es una de las maneras para alcanzar el objetivo básico del programa, es decir, la deshabitación prolongada o definitiva. Creemos que si adoptan algunas de las normas educativas el programa tendrá más éxito.

La mayoría de los participantes (66,7%) de **Pyksida** estaba en la fase de Comunidad, solamente dos hombres (22,2%) presentaron una recaída durante su tratamiento (fumaron porros) y retrocedieron. Estaban dos semanas fuera de los grupos y tenían reuniones individuales con los/las terapeutas. Se volvieron a incorporar a la fase de Comunidad cuando los/las profesionales consideraron que estaban mejor. Unos días antes de terminar nuestra estancia en la Comunidad, los/las terapeutas nos informaron que habían expulsado a la única mujer de la Comunidad (11,1%) porque no cumplía las normas: varias veces llegaba tarde a los grupos, no se implicaba

en las tareas asignadas por los/las terapeutas y despreciaba o hablaba sin respeto a sus compañeros y algunas veces a los/las terapeutas.

Por lo general, observamos que la mayoría de las personas termina con éxito el programa de Comunidad. Hay siempre un porcentaje de participantes que abandona el programa por varios motivos como, por ejemplo, por no soportarlo, no considerarlo apropiado para ellos/as, tener problemas económicos y familiares, etc. También puede explicarse porque las personas adictas se encuentran de repente en un espacio cerrado, en un ambiente donde tienen que seguir un horario, cumplir las normas, afrontar sus propias debilidades y problemas, cuando antes pasaban mucho tiempo solos/as o con amigos/as con problemas de drogadicción, sin control ninguno e ignorando su realidad. Es una prueba bastante difícil para ellos por eso se exige un programa que trabaje algunas problemáticas de estas personas a nivel individualizado.

Para que el programa de Comunidad de P.H. tenga más éxito, tiene que centrarse en la persona y en sus problemáticas, trabajar con ella a nivel individual y dar peso a los factores protectores y a la prevención de recaídas. De este modo conseguirá más altas terapéuticas que abandonos y los usuarios se sentirán más apoyados que juzgados por los errores cometidos en su pasado.

**9.1.7.2. Primera vez en la Comunidad de Proyecto Hombre/Pyksida:** En el *cuestionario*, una de las preguntas indagaba si era la primera vez que acudían a la **Comunidad de P.H.** El 95% de los/las residentes contestó afirmativamente excepto un varón de 34 años que había estado anteriormente en la C.T. de P.H. pero en otra ciudad de Andalucía. Teniendo en cuenta la historia personal de los/las participantes tal como consta en los expedientes, una mujer de 27 años estuvo antes en una Comunidad de P.H. en Córdoba, pero la abandonó porque no aguantaba la presión y las normas del programa. Como vamos a ver a continuación, la misma mujer abandonó poco después de nuestra estancia la Comunidad de P.H., Granada.

En relación con la **C.T. de Pyksida**, sólo uno de los hombres había estado antes en el programa de esta Comunidad (16,7%), hacía tres años cuando era todavía un programa residencial cerrado. Consiguió llegar hasta la última fase del programa (Reinserción) pero no lo terminó porque tuvo una recaída.

Como podemos observar, la mayoría de los/las participantes, tanto de la Comunidad de Granada como de Nicosia, no había estado antes en el programa de tratamiento residencial de dichas Comunidades. Aunque la mayoría de los/las participantes en la Comunidad de P.H. (55,9%) y la mitad de los miembros de Pyksida (50%) habían estado en otro tipo de programas de deshabituación, parece que no consiguieron quitarse de las drogas.

Los habían ingresado en el programa de P.H. de septiembre de 2004 hasta abril de 2006. En el caso de la Comunidad de Chipre, de febrero a junio de 2010. La más antigua en la Comunidad era la mujer de 23 años que había entrado en febrero de ese año.

A continuación vamos a exponer algunas de las opiniones de los usuarios sobre el programa de Comunidad de P.H. y de Pyksida, los/las terapeutas, el trabajo que se está haciendo con ellos/as y cómo creen que pueden mejorar sus vidas una vez que estén fuera. Han sido preguntas abiertas donde cada persona ha podido expresar sus sentimientos, pensamientos e incluso preocupaciones sobre su futuro. Hemos codificado las respuestas porque muchas de ellas coincidían.

**9.1.7.3. La Comunidad Terapéutica y la superación de los problemas:** En la pregunta “*¿Crees que la Comunidad Terapéutica te va a ayudar a superar tus problemas? ¿Por qué?*”, el 90% de los/las participantes del **programa de P.H.**, hombres y mujeres, contestó afirmativamente, excepto dos hombres dijeron que no lo sabían (20%). Esto nos demuestra que la mayoría de los/las participantes tenía mucha fe en el programa y en los/las terapeutas (cfr. Anexo VI, tabla 29 al final de la tesis).

En la tabla 30 podemos ver las respuestas dadas por los residentes justificando el por qué la Comunidad les ayudaría a superar sus problemas. Algunos dieron más de una respuesta.

Se observa que los/las participantes de la Comunidad de P.H. creen que el programa de esta Comunidad les va a ayudar a salir de las drogas. Viendo los resultados que nos facilitaron los/las terapeutas sobre el seguimiento de los miembros y que hemos analizado en el capítulo 8, observamos que el 38% de los/las participantes abandonó el programa y sólo el 35% consiguió el alta terapéutica. Este porcentaje nos demuestra que las personas empiezan el tratamiento con mucha fe y disponibilidad pero al final acaban abandonando o delinquiendo de nuevo. Esta información nos hace deducir que el programa no cubre todas las necesidades de los/las

participantes y que, por consiguiente, debería cambiar algunos de sus métodos e introducir nuevas estrategias de tratamiento.

Tabla 30

**Razones por las que creen que la Comunidad les va a ayudar a superar sus problemas /  
Cuestionarios *Proyecto Hombre* (Números absolutos y porcentajes)**

Sexo	Razones por las que creen que la Comunidad les va a ayudar a superar sus problemas					
	Cambiar mi actitud/ valores/ pensamientos	Trabajar conmigo mismo y conocerme mejor	El programa ha tenido éxito con otras personas que yo conozco	Tengo fe en el programa y en los terapeutas	Me prepara para afrontar la realidad y ver otras opciones de la vida/ ser una persona normal	Por obligación/ no tengo fe
Hombres	8 (40%)	3 (15%)	2 (10%)	4 (20%)	3 (15%)	2 (10%)
Mujeres	3 (15%)	2 (10%)	-	-	1 (5%)	-
<b>Total</b>	<b>11 (55%)</b>	<b>5 (25%)</b>	<b>2 (10%)</b>	<b>4 (20%)</b>	<b>4 (20%)</b>	<b>2 (10%)</b>

Hemos venido destacando a lo largo de este trabajo la necesidad de agregar en el tratamiento la perspectiva educativa. Es decir, con la incorporación de educadores/as sociales y con el diseño de los proyectos educativos individuales y grupales, el tratamiento puede ser más eficaz. Los usuarios podrán tener más atención individualizada, expresarse mejor y trabajar los factores de riesgo que les llevaron al consumo de drogas. Se refuerzan asimismo los factores protectores y previenen las recaídas.

Examinando las respuestas ofrecidas por los/la participante(s) de la **Comunidad de Pyksida**, vemos que casi todos los participantes contestaron afirmativamente. Las respuestas que dieron son muy importantes porque en ellas expresaron sus propias expectativas y a la vez sus inseguridades (cfr. Anexo VI, tabla 30 al final de la tesis). Expresaron que el programa les ayudaba para construir unas bases fuertes, aprender a manejar las situaciones de riesgo y no recaer...Sólo una persona dijo que no estaba seguro porque sentía mucha dependencia de las drogas.

Al igual que en la Comunidad de P.H., algunos dudaban porque estaban obligadas estar en tratamiento para cumplir parte de su condena y otros porque no tenían fe en el programa o porque se sentían muy enganchadas todavía y no creían en que pudieran desintoxicarse y deshacerse. Por este motivo, el rol de los/las educadores/as es muy importante. Son los/las que

más pueden animar a los usuarios a cambiar sus actitudes y comportamientos y ayudarles a salir de las drogas. El personal de cada Comunidad es muchas veces el único apoyo que tienen las personas para continuar con su tratamiento ya que algunas no tienen contacto con sus familiares. Algo que observamos durante nuestra estancia en la Comunidad de P.H. fue la dependencia que muchas veces se producía entre los/las terapeutas y los/las usuarios/as e incluso con el mismo programa y las normas.

Como hemos afirmado antes, hace falta adoptar una perspectiva educativa en el tratamiento porque tal como está sólo cubre la parte psicológica del sujeto. La reeducación del sujeto no se toma en cuenta, no se trabajan los factores protectores para ayudar a elevar su autoestima y disminuir los factores que pueden llevarlos a una recaída. La función de la Comunidad es no sólo deshabituarse la persona del consumo de drogas sino apostar por su reeducación y formación para que se valore y sea una persona autónoma y autosuficiente cuando termine el programa.

**9.1.7.4. Las normas de la Comunidad y la opinión de los miembros:** Otra de las preguntas tenía el objetivo de conocer la opinión de los/las participantes sobre las normas de la Comunidad. En la tabla 31 se pueden ver las respuestas codificadas.

Tabla 31

**Opinión de los sujetos sobre las normas de la Comunidad / Cuestionarios *Proyecto Hombre*  
(Números absolutos y porcentajes)**

<b>Opinión de los sujetos sobre las normas de la Comunidad</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>
Buenas, me ayudan a cambiar mi estilo de vida/llevar una vida normalizada y saludable.	9 (56,3%)	3 (75%)	<b>12 (60%)</b>
Me parecen excesivas pero entiendo la exigencia del programa/para poder volver a la normalidad.	1 (6,3%)	1 (25%)	<b>2 (10%)</b>
Duras y difíciles para llevarlas a cabo.	4 (25%)	-	<b>4 (20%)</b>
Las veo como lavado del cerebro y rompen la personalidad por el dolor.	1 (6,3%)	-	<b>1 (5%)</b>
Buenas, me ayudan a cambiar mi estilo de vida/llevar una vida normalizada y saludable pero duras de cumplir.	1 (6,3%)	-	<b>1 (5%)</b>
<b>Total</b>	<b>16 (100%)</b>	<b>4 (100%)</b>	<b>20 (100%)</b>

Las respuestas indican que había personas más dispuestas a cambiar que otras. Consideraban que las normas eran duras pero necesarias para conseguir un cambio positivo en sus vidas. Cada usuario veía las normas de la Comunidad desde su propia perspectiva, cosa que nos demuestra

que es necesaria una individualización en este aspecto. Había personas que no aguantaban los gritos (confrontaciones) y no soportaban hablar continuamente sobre ellas mismas.

Nuestra opinión es que son necesarias unas normas básicas para que haya un equilibrio en la casa y respeto entre los miembros pero no hace falta que sean tan duras. Las propias normas de la Comunidad llegaban a producir el efecto de la dependencia en los usuarios y como resultado, éstos tenían miedo salir de la casa y vivir en la calle sin la presencia de los/las terapeutas, los horarios tan estrictos, las normas y especialmente sin ese apego emocional que se creaba entre ellos y los profesionales durante su estancia. Este miedo e inseguridad nos enseña que las personas no salen con las herramientas educativas necesarias. Salen deshabitadas de las sustancias, cierto, pero no lo necesariamente concienciados de la vida que van a afrontar y los peligros que les están esperando. Por esta razón consideramos que prestando más atención especializada e individualizada a cada miembro, se puede mejorar el programa y la eficacia del mismo.

En la **Comunidad de Pyksida** todos los participantes (100%) expresaron en los cuestionarios que estaban muy contentos con las normas de la Comunidad. Les parecían bastante buenas, muy razonables y aceptables. Hay que tener en cuenta que los miembros de Pyksida no tenían el mismo concepto sobre las normas del programa porque funcionaba de distinta forma la Comunidad. Tenían que seguir unas pautas pero no en la misma medida que los usuarios de P.H. porque era muy distinta la estructura del programa (cfr. Anexo VI, tabla 31 al final de la tesis).

Las normas de la Comunidad de P.H. se basan prácticamente en los horarios, la higiene, las limitaciones, las responsabilidades y los roles. Estas normas cubren por un lado aspectos básicos dejando otros más importantes descubiertos. Por ejemplo, a nuestro parecer, el contacto personal entre terapeuta y usuario, la resolución de los problemas familiares y personales, son mucho más importantes que las normas de la Comunidad y el significado que les dan. Se podrían dedicar menos horas a las normas y ofrecer más reuniones personales y trabajos en grupo sobre la prevención de recaídas, el fortalecimiento de los factores protectores y la disminución de los factores de riesgo.

**9.1.7.5. Valoración de las actividades, métodos y personas en el tratamiento:** En la pregunta “*¿Cómo valoras las actividades, métodos y personas en tu tratamiento?*”, vemos que en algunas

actividades los/las participantes de la **Comunidad de P.H.** se encontraban muy o bastante contentos/as mientras que en otras estaban poco o nada contentos/as. En la tabla 32 vemos analíticamente las puntuaciones.

En varias ocasiones durante nuestra estancia nos habían expresado la necesidad de tener más tiempo libre por las tardes para leer, desconectarse de las tareas de la casa, escuchar música, etc. Hay que prestar especial atención en estas actividades porque anteriormente los participantes dedicaban su tiempo libre a drogarse, delinquir y evadirse de su realidad. Es evidente que en la Comunidad de P.H. hace falta ofrecer a los residentes más tiempo de relajación para que aprendan a invertir su tiempo en actividades recreativas sanas. Si no se reeducan no van a poder afrontar la realidad que les está esperando fuera. El uso del tiempo libre cuando salgan de la Comunidad es un tema que preocupa a estas personas; tienen mucho tiempo libre a su disposición y en la mayoría de las veces no saben cómo emplearlo. No saber manejar su tiempo libre supone un factor de riesgo y un motivo de recaída.

Tabla 32

**¿Cómo valoras las actividades, métodos y personas en tu tratamiento? / Cuestionarios**

***Proyecto Hombre* (Números absolutos y porcentajes)**

<b>Actividades, métodos y personas en el tratamiento</b>	<b>Mucho</b>	<b>Bastante</b>	<b>Regular</b>	<b>Poco</b>	<b>Nada</b>	<b>No contesta</b>	<b>Total</b>
Terapia de grupo	11 (55%)	6 (30%)	3 (15%)	-	-	-	<b>20 (100%)</b>
Conciencia sobre la toxicomanía	12 (60%)	5 (25%)	3 (15%)	-	-	-	<b>20 (100%)</b>
Seminarios	7 (35%)	7 (35%)	2 (10%)	3 (15%)	-	1 (5%)	<b>20 (100%)</b>
Reuniones de trabajo / Sectores	6 (30%)	9 (45%)	3 (15%)	1 (5%)	1 (5%)	-	<b>20 (100%)</b>
Relajación	1 (5%)	1 (5%)	3 (15%)	5 (15%)	10 (50%)	-	<b>20 (100%)</b>
Actividades recreativas y de tiempo libre	3 (15%)	2 (10%)	2 (10%)	1 (5%)	12 (60%)	-	<b>20 (100%)</b>
El ambiente y la relación con los compañeros	3 (15%)	12 (60%)	3 (15%)	-	2 (10%)	-	<b>20 (100%)</b>
Formación para la reinserción	12 (60%)	4 (20%)	2 (10%)	-	1 (5%)	1 (5%)	<b>20 (100%)</b>
La labor de los/las terapeutas	14 (70%)	3 (15%)	1 (5%)	-	1 (5%)	1 (5%)	<b>20 (100%)</b>

En cuanto a la valoración que hicieron los participantes de la **Comunidad de Pyksida** sobre estas cuestiones, en su mayoría se muestran muy o bastante contentos. Los resultados se presentan en la tabla 33.

Comparando las valoraciones de los usuarios de ambas Comunidades, vemos que los residentes de la Comunidad de P.H. estaban menos contentos con las actividades, métodos y personas del programa que los de Pyksida. En lo que más satisfechos estaban los participantes de ambas Comunidades eran la terapia de grupo, la conciencia sobre la toxicomanía, el ambiente y la relación con los compañeros y con la labor de los terapeutas. Donde menos puntuación dieron los participantes de la Comunidad de Pyksida fue en los seminarios, el trabajo en los sectores, la relajación, las actividades de ocio y tiempo libre y la formación para la reinserción. Esto ocurre porque muchas de estas actividades y métodos no se hacían ni se utilizaban en la Comunidad de Pyksida.

Tabla 33

**¿Cómo valoras las actividades, métodos y personas en tu tratamiento? Cuestionarios**

***Pyksida* (Números absolutos y porcentajes)**

<b>Actividades, métodos y personas en el tratamiento</b>	<b>Mucho</b>	<b>Bastante</b>	<b>Regular</b>	<b>Poco</b>	<b>Nada</b>	<b>No contesta</b>	<b>Total</b>
Terapia de grupo	2 (33%)	4 (67%)	-	-	-	-	<b>6 (100%)</b>
Conciencia sobre la toxicomanía	2 (33%)	3 (50%)	1 (17%)	-	-	-	<b>6 (100%)</b>
Seminarios	-	2 (33%)	1 (17%)	-	1 (17%)	2 (33%)	<b>6 (100%)</b>
Reuniones de trabajos/Sectores	-	2 (33%)	1 (17%)	-	-	3 (50%)	<b>6 (100%)</b>
Relajación	-	3 (50%)	-	-	-	3 (50%)	<b>6 (100%)</b>
Actividades recreativas y de tiempo libre	1 (17%)	3 (50%)	-	-	-	2 (33%)	<b>6 (100%)</b>
El ambiente y la relación con los compañeros	1 (17%)	3 (50%)	2 (33%)	-	-	-	<b>6 (100%)</b>
Formación para la reinserción	-	4 (67%)	-	1 (17%)	-	1 (17%)	<b>6 (100%)</b>
La labor de los/las terapeutas	3 (50%)	3 (50%)	-	-	-	-	<b>6 (100%)</b>

En general, hay que destacar la necesidad de mejorar en el programa de P.H. los seminarios, las actividades recreativas y de tiempo libre, la relajación y la formación para la reinserción. Son actividades fundamentales para la recuperación de los/las participantes y también están muy relacionadas con la prevención de las recaídas. Una persona que sabe utilizar de forma sana su tiempo libre, que tiene las herramientas educativas adecuadas para encontrar un trabajo después



de su tratamiento, tendrá más posibilidades de afrontar las dificultades que se le presenten y pondrá evitar en mayor medida una reincidencia que la persona que no recibe ningún tipo de apoyo o educación sobre el tema.

**9.1.7.6. El apoyo familiar como factor protector y la permanencia en el programa de tratamiento:** Durante nuestra estancia en la **Comunidad de P.H.** habíamos percibido que la mayoría de los residentes contaban con el apoyo de sus familiares ya fuesen los padres, las madres, las parejas, sus hermanos/as... Veintinueve personas (85,29%) recibían apoyo de sus familiares mientras estaban en tratamiento y cinco no lo tenían (14,7%). Muchos/as de ellos/as se sentían apoyados por sus padres y madres y los/las que tenían pareja e hijos también por éstos. Había personas que sólo tenían apoyo de sus parejas y otras sólo de unos de sus progenitores. De las personas sin apoyo durante su tratamiento cuatro eran hombres y una mujer. La mujer estaba divorciada, vivía en un piso de Acogida al igual que uno de los hombres.

Ambos equipos profesionales, como hemos visto en el capítulo 8, nos dijeron que las mujeres no cuentan con el mismo apoyo familiar y/o de pareja que los hombres. En nuestro caso, las mujeres que tenían parejas consumidoras habían sido abandonadas por éstas y al final se separaron. La única mujer que contaba con el apoyo de su pareja no estaba casada y tampoco recibía apoyo de sus familiares. Las demás mujeres contaban sólo con el apoyo de sus padres, madres y hermanos/as. Los hombres que no contaban con apoyo familiar era porque desde su infancia y adolescencia se llevaban muy mal con sus familiares y estas relaciones empeoraron al comenzar a consumir drogas. Uno de los objetivos de los/las terapeutas era ayudarles a mejorar dicha relación durante los fines de semana.

El apoyo, como hemos mencionado anteriormente, funciona como un factor protector y es lo que les da ánimo y fuerza para seguir en tratamiento. Con el soporte emocional, principalmente, y el económico, las personas pueden aguantar más el proceso de deshabitación. Mientras están en el proceso de tratamiento, se hace necesaria la adaptación de los familiares a la nueva situación de los/las residentes. También se hace imprescindible la presencia de profesionales con la formación adecuada que evalúen y eduquen a los participantes y sus familiares sobre la importancia del apoyo durante el tratamiento para reforzar sus factores protectores y prevenir las recaídas.

La **terapia conductual familiar y de pareja** que hemos visto en el tercer capítulo de este trabajo, se centra en el entrenamiento en habilidades de comunicación y en el incremento de la tasa de reforzamiento positivo en las relaciones familiares (Secades Villa y Fernández Hermida, 2001: 372). Éste es uno de los métodos que debería ser empleado por los/las terapeutas de la Comunidad de P.H., tanto para mejorar el programa como las relaciones de los residentes con sus familiares. Así todos se reeducan y refuerzan los factores protectores, no sólo de los usuarios sino de sus familiares también. Las relaciones positivas y estables entre los miembros de la familia funcionan como factor protector.

Aparte de la terapia conductual familiar y de pareja, los usuarios y sus familiares deben involucrarse en grupos específicos sobre la **prevención de recaídas**. Como habíamos explicado en el tercer capítulo, la prevención de recaídas incluye estrategias de entrenamiento de habilidades, que incluyen tanto estrategias cognitivas como conductuales para afrontar situaciones de riesgo: identificación de situaciones de alto riesgo, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, estrategias para afrontar el *craving* y los pensamientos asociados al uso de sustancias, afrontamiento de las caídas o consumos aislados (lapses), control del estrés, habilidades de comunicación, habilidades sociales generales y entrenamiento en solución de problemas...

En todo esto se tiene que añadir el **modelo socioeducativo**, donde los Proyectos Educativos Individuales (PEI) permitirán una intervención por áreas de prioridad referidas a la propia persona, su familia, su entorno social, de vida de pareja, etc., con un enfoque global y sistémico de toda la situación. El grado de concreción de los proyectos individuales debe permitir una atención continua, un seguimiento diario, un caminar juntos, en este caso la persona drogodependiente y la educadora o educador social (Pantoja Vargas, 2010). Todo este proceso se basará en la educación o reeducación de la persona para aprender a prevenir las recaídas, entre otras cosas. Con los Proyectos Educativos Grupales (PEG) las personas aprenderán a escuchar, dialogar, solucionar conflictos, consensuar normas de convivencia u organización y reparto de las tareas del hogar junto con sus familiares. Justamente, con la implicación de los familiares, las personas en proceso de deshabituación aprenden a distinguir las situaciones de riesgo y con el apoyo de sus padres, madres, hermanos/as, parejas...evitan las recaídas y un posible consumo abusivo.

### **9.1.8. Inserción social y laboral de los/las participantes en relación con el programa de Comunidad.**

**9.1.8.1. Preparación de los/las participantes para su reinserción socio-laboral y familiar durante el tratamiento en la Comunidad:** Uno de nuestros intereses era conocer la opinión de los/las participantes sobre su preparación para la reinserción socio-laboral y familiar durante el tratamiento en la Comunidad y para ello se formuló en el cuestionario una pregunta sobre la valoración de cuestiones como, sentirse más fuertes y aclarar sus ideas, controlar su carácter agresivo o compulsivo, etc. La pregunta era, “*¿En qué medida te ayuda la Comunidad en los siguientes objetivos?*” (cfr. Anexo VI, tabla 32 al final de la tesis).

La mayoría de los/las participantes (70%) de la **Comunidad de P.H.** valoró con mayor puntuación los siguientes objetivos: “Aclarar sus ideas e intención sobre qué hacer en mi vida y conmigo mismo”; “fortalecerme y hacer frente a mis dificultades” y, “aprender a convivir y relacionarme con mi familia”. Estos parecen ser los objetivos que más importancia tenían para los usuarios y sus vidas. Por el contrario, parecían menos contentos en los siguientes objetivos (30%): “Utilizar el tiempo libre de forma útil” y, “proyectarme en mi futuro laboral”, “estimular mi formación” (15%)... Se nota, por tanto, que los/las terapeutas no daban mucha importancia a cómo los participantes podían utilizar su tiempo libre o a la proyección de su futuro laboral o a la estimulación de su formación. Se hacían algunos cursos durante su estancia en la Comunidad, pero consideramos que no había una amplia oferta por parte de los profesionales tomando en consideración la perspectiva de género, los intereses y capacidades de cada sujeto...

Teniendo en cuenta que la mayoría de los usuarios tenían un nivel educativo bajo, sería bastante ventajoso por parte del programa y de los/las terapeutas estimular su formación y hacerles ver la importancia de aumentar sus conocimientos con el objetivo de buscar un trabajo mejor cuando terminen su tratamiento, informarse sobre las sustancias y especialmente sobre los factores protectores y de riesgo para prevenir unas posibles recaídas. La formación/educación o reeducación de los/las participantes está directamente relacionada con la reinserción de los/las mismos/as y su reincorporación social y laboral.

En la misma pregunta los residentes de la **Comunidad de Pyksida** parecían estar bastante contentos, especialmente en “fortalecerme y hacer frente a mis dificultades”,

“autodisciplinarme”, “controlar el carácter agresivo o compulsivo”, “respetar a las personas y sus opiniones o actitudes distintas a la mía”, “aprender a convivir y relacionarme con mi familia”. Esto significa que el trabajo que se estaba haciendo en la Comunidad repercutía de forma positiva en los participantes y les ayudaba cumplir sus metas y cambiar muchas de sus actitudes (cfr. Anexo VI, tabla 33 al final de la tesis).

Comparando las respuestas y los resultados de los/las participantes de las dos C.T., observamos que aparecen menos satisfechos/as con la proyección de su futuro laboral, el cómo utilizar su tiempo libre de forma útil y la estimulación de su formación o estudiar. Estos objetivos, como hemos mencionado anteriormente, son muy importantes para una abstinencia prolongada o definitiva de los usuarios. Una vez terminado el programa de deshabituación, estas personas deberían saber cómo invertir su tiempo libre de forma sana para no aumentar las posibilidades de una recaída. Por ejemplo, hacer amistades nuevas y sanas, buscar cursos de formación, apuntarse a cursos de deporte, danza, pintura, etc. para desconectar de su pasado.

Introduciendo e implementando el *modelo socioeducativo* en los centros de deshabituación y especialmente en las Comunidades Terapéuticas, la labor de los educadores se centraría en lo educativo y no en lo terapéutico, en la reeducación de la persona adicta, dándole así la posibilidad de seguir desarrollándose, aprendiendo formas sanas de vivir, invirtiendo su tiempo libre de forma útil y sin el consumo de drogas. También, como hemos mencionado en varias ocasiones, se reforzarían los factores protectores y se disminuirían las posibilidades de encontrarse en situaciones de alto riesgo y recaída. Se formaría para su reinserción socio-laboral y para empezar a establecer relaciones sociales positivas, objetivo fundamental para su abstinencia.

**9.1.8.2. La Comunidad y la adopción de aspectos positivos y cambio del estilo de vida:** En esta pregunta quisimos saber la opinión de los/las participantes sobre la adopción de aspectos positivos y el cambio del estilo de vida que tenían antes y *cómo* les puede ayudar la Comunidad en este proceso de deshabituación.

El **95%** de los/las participantes afirmó que la **Comunidad de P.H.** les iba a ayudar a adoptar aspectos positivos y cambiar su estilo de vida. Solamente un chico tenía dudas sobre la capacidad

del programa (5%). Se puede decir que los usuarios, en general, tenían mucha confianza en el programa de Comunidad y creían en el cambio positivo de sus vidas.

Una de las confesiones de los/las participantes y de los/las terapeutas era la dependencia que generaba el propio programa entre los/las participantes; éstos/as, en varias ocasiones, habían expresado su miedo cuando llegaba el momento de abandonar la Comunidad y pasar a la tercera fase del programa (Reinserción). Se sentían expuestos a peligros y solos/as sin la “vigilancia” que les ofrecía el programa, sin tener que seguir los horarios y las normas del programa, sin la presencia de sus compañeros/as y el apoyo de los/las terapeutas. Lo que más miedo les producía era la posibilidad de una recaída. El hecho de verse de nuevo “expuestos/as” y solos/as en la calle, les producía mucho temor y desconfiaban de ellos/as mismos/as.

En algunas ocasiones, los/las participantes llegaban a mitificar el propio programa y a los/las terapeutas. Creían que sólo con la ayuda del programa y del equipo profesional podían superar sus problemas, pero una vez solos se exponían de nuevo a riesgos. Esta información demuestra la necesidad de introducir proyectos educativos individuales, prevenir las recaídas e intentar fortalecer los factores de protección de los usuarios para que estén más preparados y seguros cuando terminen el programa de deshabitación.

Y, ¿cómo creen los/las participantes que les va a ayudar la Comunidad a adoptar aspectos positivos y saludables en sus vidas? (cfr. Anexo VI, tabla 34 al final de la tesis).

El **55%** creía que las normas, los horarios, etc. de la Comunidad les podrían ayudar para vivir una vida saludable, organizada y digna en el futuro. Este fenómeno puede pasar porque se daba mucha importancia durante su estancia en la Comunidad a la higiene, los horarios, las tareas de la casa, etc. Según ellos, esto era una vida organizada, digna y mejor que la anterior. Otros/as creían que la Comunidad les ayudaría a mejorar sus relaciones familiares y de pareja (**20%**), aceptarse, cambiar su vida y respetarse (**25%**), a ser conscientes de sus responsabilidades (**15%**), a valorar la vida y las cosas diarias (**10%**), a hacerse más fuerte, relacionarse con la gente y quererse más (un sujeto, equivalente al **5%**). Un hombre fue el único que no sabía si el programa le iba a servir para salir de las drogas; se veía obligado estar en la Comunidad por el juez como parte del cumplimiento de medidas alternativas y no por voluntad propia.

Tanto los hombres como las mujeres en el programa intentaban cambiar conductas pasadas que les llevaron al consumo de drogas, como por ejemplo, aceptarse y respetarse, cambiar su

vida y mejorar sus relaciones personales. Este intento por parte de los participantes se podría percibir durante el día, por ejemplo, en los diferentes grupos que se desarrollaban con los/las terapeutas, durante los confortamientos entre ellos/as, cuando estaban en sus tareas y hablaban entre ellos/as. Por ejemplo, cuando alguien hacía algo que recordaba a los demás una conducta de su pasado, se confrontaban e intentaban encontrar una solución para cambiar esa actitud.

De todos modos, esta forma de tratamiento no puede reeducar a los usuarios para cambiar de forma permanente sus actitudes y como consecuencia, sus vidas. Estos métodos se basan a tratamientos psicológicos; saliendo de la Comunidad nadie les va a confrontar ni se verán obligados a cambiar su actitud. Según los/las terapeutas, los participantes salen con más conocimientos y crecimiento personal, con más potencia de recursos, aprenden formas de actuar ante las dificultades, salen con más valores, habilidades sociales...Es verdad que las personas salen más enriquecidas que cuando entraron en la Comunidad, pero el porcentaje de abandono y de recaídas nos demuestra que necesitan más herramientas educativas y trabajar más sus factores de protección. En la Comunidad de P.H. los/las terapeutas se centraban más en los errores y debilidades de los participantes en vez de intentar aumentar su autoestima y autoconcepto. Por esta misma razón muchos de ellos no tenían confianza en ellos mismos y recaían en las drogas cuando se enfrentaban a situaciones desagradables o estresantes.

En la misma pregunta, cinco de los seis residentes (83,5%) de la **Comunidad de Pyksida** contestaron que creían en el cambio que les producía la Comunidad. Sólo un hombre (16,5%) estaba dudando y contestó que no sabía si la Comunidad le iba a servir para este cambio (cfr. Anexo VI, tabla 35 al final de la tesis).

Por consiguiente, la mayoría de los residentes valoró de forma positiva el trabajo que estaban haciendo los/las terapeutas en la Comunidad. El manejo de los sentimientos, la comprensión de sus propios problemas y su resolución, son algunas de las problemáticas que presentaron. Confesaron que recibían apoyo psicológico; sin embargo, la mujer dijo que todo dependía de los propios participantes, cómo ellos querían ver las cosas. El trabajo personal y el tiempo para mejorar son los aspectos positivos que les estaba ofreciendo la Comunidad. Una atención especializada y un enfoque educativo durante su proceso de deshabituación serían la mejor manera para conseguir más aspectos positivos y cambios en su estilo de vida.

Observando las opiniones que han expresado los/las participantes de ambas Comunidades, vemos que la mayoría de los/las participantes estaba satisfecha con el apoyo que les ofrecía el programa y creía que podía cambiar su estilo de vida y así, distanciarse del mundo de las drogas. Algunos participantes, todos hombres, dudaban de la eficacia de los distintos programas o porque llevaban poco tiempo en ellos o porque estaban obligados a participar para cumplir parte de su condena. La mayoría de ellos/as esperaba cambiar como persona con la ayuda del programa, reeducarse, cambiar su estilo de vida, aprender a manejar situaciones difíciles, mejorar sus relaciones familiares y de pareja, hacerse más fuertes y vivir el día a día de una manera normal.

En el cuestionario de Chipre se añadieron tres preguntas nuevas que no estaban incluidas en el cuestionario aplicado en la C.T. de P.H. El contenido de estas preguntas está relacionado con la reinserción social y las recaídas de los participantes.

En la primera pregunta “***¿Crees que la Comunidad te va a ayudar en tu reinserción social? ¿Cómo?***”, cinco de los seis participantes contestaron que sí y un varón de 32 años dejó la pregunta en blanco. Los demás expresaron la necesidad de tener ayuda profesional y apoyo, aumentar su autoestima y alejarse de las drogas, cambiar actitudes del pasado y mostrar comportamientos positivos. Se nota que algunas personas son más fuertes que otras, otras necesitan apoyo para poder seguir su vida, otras empiezan a vivir una vida más normalizada (nuevos amigos no consumidores) y algunas necesitan aumentar su autoestima (cfr. Anexo VI, tabla 36 al final de la tesis).

La transición de los/las participantes del programa de deshabitación a la sociedad supone una reestructuración y reorganización de la vida personal, familiar y laboral. Con el aumento de la autoestima, el aprendizaje de nuevas conductas, con relaciones sociales positivas y con el apoyo continuo de los/las profesionales, las personas opinan que su reinserción va a ser más efectiva y más fácil. Reforzando los factores protectores, las personas que no han tenido las herramientas adecuadas para afrontar los riesgos que las condujeron al consumo de drogas, pueden salir del tratamiento más seguras y con mayor autoestima, consiguiendo así abandonar las drogas y rehacer sus vidas.

En otra pregunta quisimos conocer si los participantes creían que ***después de su tratamiento tendrían las herramientas adecuadas para no recaer en el futuro***. La mitad de los usuarios

(50%) dijo que podría salir del tratamiento con las herramientas necesarias para no recaer mientras que la otra mitad (50%) lo dudaba. Las explicaciones que nos dieron eran: eran conscientes de los peligros que existían, especialmente los que presentaron recaídas en el pasado. Querían aprender a utilizar las herramientas ofrecidas por los/las terapeutas para no recaer, conocer gente no consumidora de sustancias para no ser influenciado, como también, utilizar su tiempo libre y de ocio de forma productiva. Los que dudaban afirmaron que el peligro de la recaída estaría siempre presente y por ello sentían miedo e inseguridad (cfr. Anexo VI, tabla 37 al final de la tesis).

Se observa que las personas de la Comunidad de Pyksida reconocían el peligro de recaer, sabían que había posibilidades de presentar recaídas pero esperaban que las herramientas aprendidas en la Comunidad fueran eficaces en su ayuda para recaer. Pero, ¿son las herramientas que ofrece la Comunidad suficientes?, ¿pueden asegurar a los usuarios que no van a recaer en el futuro?, ¿no deberían los/las terapeutas trabajar más a nivel individual los factores de riesgo de cada sujeto y enseñarles a afrontar las situaciones de alto riesgo?

Consideramos que en ambas Comunidades no se trabajan lo suficientemente los factores de protección y de riesgo y esto tiene como resultado el sentimiento de inseguridad por parte de los participantes, especialmente cuando salen de la Comunidad. El miedo de las recaídas está siempre presente, especialmente si no cuentan con un apoyo familiar, tanto antes como después del tratamiento.

La última pregunta de los cuestionarios era abierta en la cual cada uno de los/las participantes podía expresar libremente su opinión sobre cualquier tema relacionado con el programa o con la Comunidad de P.H. La pregunta era la siguiente: “*¿Quieres hacer alguna observación sobre algún aspecto que pueda ser mejorado?*”.

Dieciséis de los veinte usuarios (80%) de la **Comunidad de P.H.**, tanto hombres como mujeres, sugerían que el programa se podría mejorar. La mayoría (55%) indicó la importancia de tener más tiempo libre para poder desconectar de las normas y la presión de la Comunidad, tener tiempo para hacer deporte, escuchar la radio u organizar una excursión fuera de la Comunidad con los terapeutas. Otro 45% expresó que necesitaba tener más contacto personal con los/las terapeutas, trabajar más en grupo y con la familia y cambiar algunas de las herramientas que se utilizan en la Comunidad, como por ejemplo, las voces entre los participantes cuando hay



confortamientos o entre residentes y terapeutas cuando no cumplen con las normas de la Comunidad durante los grupos, cuando no se comportan bien, etc.

En la misma pregunta sólo un hombre de la **Comunidad de Pyksida** expresó su opinión diciendo, “*Me gustaría que saliéramos con los compañeros de la Comunidad y con los terapeutas, más vida social. No podemos utilizar la piscina*” (PYK.H.4, 37 años, casado).

Llegamos a la conclusión que los participantes de ambas Comunidades señalan la falta de tiempo libre para poder compartir con sus compañeros/as, hacer algo de deporte y tener más contacto con los/las profesionales. Los/las participantes tienen que seguir las normas de la Comunidad las 24 horas del día, especialmente en la Comunidad de P.H., deben estar siempre pendientes de su propia conducta y de la conducta de sus compañeros/as, confrontar los comportamientos que se consideran equivocados, etc. Falta un tratamiento más personalizado, grupos más frecuentes entre sujeto y familia y/o pareja e hijos/as para reforzar los factores protectores; faltan actividades de tiempo libre para desconectarse y aprender cómo pueden invertir su tiempo libre en actividades creativas sin recurrir al consumo de drogas.

Se confirma lo que hemos venido afirmando a lo largo de este estudio, es decir, que un programa de tratamiento basado en un *modelo socioeducativo* en el que se atienda a los/las participantes de forma más individualizada y se centre en los *factores de protección y de riesgo* de cada persona tiene mayores posibilidades de conseguir mejores resultados, tanto durante el tratamiento como al final del mismo incluyendo la evitación de recaídas.



### III. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

---

El presente trabajo, como hemos afirmado a lo largo de esta investigación, tiene como propósito el análisis socioeducativo del programa de la fase de Comunidad de Proyecto Hombre en Granada (España) y de Pyksida en Nicosia (Chipre) en relación con los factores de protección, de riesgo y la prevención de las recaídas. Nuestro objetivo es proponer unas líneas de intervención basadas en el modelo socioeducativo para que los/las participantes mejoren su calidad de vida y alcancen una abstinencia definitiva o prolongada.

Estudiando nuestra población y los programas de la fase “Comunidad” de *Proyecto Hombre*, Granada y de *Pyksida*, Nicosia, y teniendo en cuenta los objetivos marcados, llegamos a las siguientes **conclusiones**:

Observamos que el *perfil de la persona que participa en la fase del programa “Comunidad” de Proyecto Hombre* suele rondar en torno a los 32 años de edad, soltera, vive en Granada y en casa de sus padres. Se caracteriza por un elevado número de miembros en la familia (hasta tres hermanos, 44,1%), sin hijos (52,9%) y de clase media (41,2%). Empezó a consumir aproximadamente a los 15 años alcohol y cannabis; posteriormente cocaína y heroína. Tiene problemas legales (50%) motivados por el consumo de drogas, llegando a ingresar en prisión el 20,5% por delitos referidos al tráfico de drogas, posesión de sustancias y robos fundamentalmente.

Respecto a las **adicciones**, el consumo de alcohol y de cannabis es de unos 15 años aproximadamente, siendo de unos 8 años la cocaína, la heroína y las anfetaminas. La mayoría de los/las participantes son politoxicómanos/as (91,7%), llegando algunos/as a padecer sobredosis. El estado sanitario del 79,5% es aceptable y no requiere de medicación permanente, en contra del 20,5% que está enfermo de Hepatitis C o VIH.

Las **diferencias entre hombres y mujeres** son pocas en cuanto al consumo de diversas drogas, ambos empiezan aproximadamente a los 12-15 años, aunque los hombres un poco más temprano (12 años) y, ha recibido tratamientos anteriores de desintoxicación un 55,9%. En definitiva, la gravedad y el patrón de uso de drogas en ambos sexos son bastante similares y las

diferencias son poco significativas, aunque las mujeres tardan más en pedir tratamiento que los hombres.

Según nuestros datos, los motivos destacados para **iniciar el consumo** de drogas es el grupo de amigos (26,5%), para relacionarse con la gente (14,7%), por la curiosidad (8,8%) y porque consumía su pareja (8,8%), para ser más sociable (5,9%), olvidar de los problemas (5,9%), etc. Otros motivos de consumo son: para sentirse igual que los amigos, no percibir el rechazo, porque lo veían como algo normal y por timidez.

La **vivencia familiar** influye en un gran porcentaje en la conducta de las personas, gran parte de ellos han crecido en una familia desorganizada y desestructurada (52,9%), con escasas normas, sin aprendizajes educativos “normalizados” y, una de las consecuencias, entre otros, ha sido el inicio de consumo de drogas en una edad temprana. La adicción de los padres también es un punto importante, las discusiones y conflictos en el hogar, los malos tratos, la agresividad, la falta de atención, etc., también han contribuido como factores de riesgo de consumo y, las drogas se erigen como elementos de olvido y evasión de los problemas (9%). Algunos han abandonado las casas familiares muy jóvenes (17,6%) o han abandonado la escuela (32,3%) para trabajar y manejar su propio dinero. Se registra el 8,8% de participantes provenientes de grupos marginales de la sociedad, caracterizado por el hacinamiento, escasos recursos económicos, sociales y personales, bajo nivel educativo, trasgresión de la ley... los denominados inadaptados/marginados.

El individuo que participa en la *Comunidad de Pyksida*, presenta el siguiente perfil: tiene unos 32 años de edad, es extranjera, soltera y vive en Nicosia con familiares (padres, hermanos/as...). Su familia no cuenta con muchos miembros (hasta tres personas, 55,5%) y es de clase media (66,7%). Empezó a consumir aproximadamente a los 13-14 años alcohol y cannabis y posteriormente heroína. Presenta problemas legales (55%) motivados por el consumo de drogas, llegando a ingresar en prisión el 22% por delitos referidos al tráfico de drogas y posesión de sustancias.

Respecto a las **adicciones**, el residente de Pyksida lleva unos 10 años aproximadamente consumiendo la sustancia principal que le generó problemas, siendo esa en su mayoría la heroína. El estado sanitario del 66,7% es aceptable y no requiere de medicación permanente, en contra el 33,3% está enfermo de Hepatitis C.

En relación con las diferencias y/o similitudes entre hombres y mujeres no podemos presentar resultados debido al escaso número de mujeres participantes. Han recibido tratamientos anteriores de desintoxicación un 58% (media de expedientes y cuestionarios) de los/las participantes.

Para la mayoría de los/las residentes, el **ambiente familiar** durante la infancia y adolescencia ha sido tranquilo y agradable (66,6%). La mitad (50%) destaca que había organización y normas cuando la otra mitad (50%) explica que había desorganización, no se cumplían las normas, etc. Estas vivencias han funcionado como factores de riesgo, hecho que les llevó al consumo de drogas en una edad temprana. El 25% de los/las usuarias menciona que ha tenido algún familiar con problemas de adicción (padre, hermano...). Asimismo, expresan la falta de su presencia y de su apoyo, la falta de atención, etc.

Comparando el perfil de los/las participantes de las dos Comunidades observamos similitudes y diferencias. Por ejemplo, la edad media de los residentes es la misma (32 años), igual el estado civil (soltero). En la Comunidad de Pyksida hay más extranjeros que chipriotas cuando en la Comunidad de Proyecto Hombre son todos/as españoles/as. Las personas de ambas Comunidades viven con sus familiares sean estos los padres, hermanos, pareja e hijos. En la Comunidad de Proyecto Hombre se caracterizan por el elevado número de miembros en la familia cuando en la Comunidad de Pyksida pasa lo contrario, es decir, no cuentan con muchos miembros. Todos los miembros provienen de una clase media.

Los/las participantes de la Comunidad de Pyksida empezaron a consumir a una edad más temprana que los/las residentes de Proyecto Hombre (13 y 15 años respectivamente); la mitad de ellos han tenido problemas judiciales provenientes del tráfico y posesión de drogas como también un número importante de ambas Comunidades se ha ingresado a prisión (20,5% y 22% respectivamente).

Hay una diferencia en los años y en la sustancia principal de consumo; en la Comunidad de Proyecto Hombre los/las residentes llevan 5 años más consumiendo alcohol y cannabis y 8 años la sustancia principal de consumo que es la cocaína y heroína. Por el contrario, en la Comunidad de Pyksida llevan 10 años consumiendo heroína. También, presentan en las dos Comunidades enfermedades contagiosas, en la de Proyecto Hombre Hepatitis C y HIV cuando en Pyksida sólo Hepatitis C.

Casi todos los/las participantes han vivido en familias donde reinaban los factores de riesgo, es decir, situaciones de malos tratos, desorganización, falta de atención de los padres, desinterés por su educación y prosperidad laboral, adicción en la familia... En la Comunidad de Proyecto Hombre estos problemas son más destacados en los expedientes de los/las participantes hecho que nos permitió llegar a más conclusiones, al contrario con la Comunidad de Pyksida.

Para concluir, observamos que los/las residentes de las Comunidades Terapéuticas investigadas presentan muchos factores de riesgo que les llevaron al consumo de sustancias. Los programas a los que participan les ayudan alcanzar una abstinencia a nivel psicológico y físico pero no profundizan en la detección de los factores de riesgo ni en la prevención de recaídas para conseguir una abstinencia definitiva o prolongada.

Acerca del *análisis socioeducativo del programa aplicado en Proyecto Hombre, fase de “Comunidad”, en Granada*, concluimos:

El **programa de intervención** pretende ayudar las personas a nivel personal y familiar, a mejorar las relaciones entre ellos, expresar sus sentimientos, respetar a sus compañeros, horarios, normas, higiene... y vivir saludablemente, empleando diversas dinámicas personales, grupales y mediación con las familias. Sin embargo, el 38% ha abandonado el programa o ha recaído, el 35% consiguió la alta terapéutica y el 6% ha retomado el programa. Un 21% de los/las participantes es desconocido.

Esta información nos demuestra que el programa de la fase de Comunidad de Proyecto Hombre no refuerza los factores de protección de los/las residentes, al contrario, nuestros/as participantes se han expuesto en las mismas situaciones de riesgo que antes, no han sabido manejarlas y como resultado han retomado el consumo de drogas o han abandonado el programa.

De hecho, la rigidez del programa es expresado por casi la totalidad de los miembros, lo califican de “muy duro” y se aplica un mismo protocolo a todos, lo que conlleva a resultados con abandonos, recaídas y retrocesos. El modelo educativo observado y analizado consideramos que es paternalista, muy directivo, estricto y jerárquico - llegando a darse una jerarquización también en los residentes-, limitando la reflexión crítica y a la toma de decisiones. Del mismo modo, carecen de un programa educativo individual y tienen un enfoque predominantemente terapéutico y sanitario/psicológico.

A pesar de los loables objetivos que registramos en el análisis del programa de P.H., se observa claramente una actuación con trasfondos socioeducativos pobres. Dan un acento especial en las normas, limitaciones, higiene, horarios, etc., con un marcado matiz autoritario, igualmente son poco reflexivas y escasamente formativas sobre las conductas y las diversas tareas encomendadas, adoptando medidas “educativas” sancionadoras o punitivas. Este planteamiento consideramos que genera dependencia o simplemente temor a romper las reglas, en contra echamos en falta una actuación educativa donde los protagonistas sean los/las participantes, reflexionen, cuestionen sobre su vida y el medio, analicen su situación, se formen adecuadamente para la reinserción social y laboral, aprenden a dejar la droga, vivir solos sin dependencias... porque tras el programa no hay normas ni hay nadie exigiendo o diciendo lo que hay que hacer.

Dejar de consumir drogas, sean éstas legales o no, es una gran dificultad para todas las personas, pero en las personas estudiadas mucho más. La dificultad se expresa especialmente los fines de semana cuando los residentes dejan la comunidad por dos días y entran de repente en un ámbito donde la gente consume libremente alcohol y otras sustancias. La Comunidad de P.H. es libre de drogas, sólo se permite el consumo de tabaco (20 cigarros al día). El consumo de cualquier sustancia los fines de semana implica expulsión de la Comunidad, por tanto, se esfuerzan mucho evitándolo y cuando se sienten tentados hablan con sus compañeros y con los terapeutas. Las recaídas son frecuentes en el proceso. En ese sentido, funcionaría mejor un programa de deshabitación escalonado, con menos normas inflexibles...

Otro de nuestros objetivos e hipótesis marcado ha sido el *análisis de los elementos socioeducativos del programa de Proyecto Hombre orientados a la prevención de recaídas*. Nuestras conclusiones en relación con esta meta son:

El programa no está encauzado en este enfoque, es decir, en todos los niveles que hemos examinado como el nivel personal (desarrollo de nuevas conductas, maduración personal, sexualidad, autoestima, habilidades sociales, etc.), el nivel sanitario (alimentación, higiene, abstinencia de drogas, adoptar un estilo de vida más saludable, etc.), el nivel laboral (adquirir y recuperar hábitos laborales, reinserción socio-laboral, los factores protectores etc.) y, el nivel

socio-familiar (reinserción familiar y social), no se presta atención en los factores que les pueden llevar a una recaída y desarrollar las capacidades de las personas para prevenirlas.

Estos cuatro niveles, que son los prioritarios de intervención preventiva, no proporcionan las herramientas educativas que son necesarias para prevenir las recaídas. En todos los niveles se utilizan métodos y herramientas basadas en técnicas psicológicas y faltan técnicas y métodos enfocados en lo educativo social. Como hemos mencionado, los horarios, las normas, los roles...están orientados a cambiar la conducta de la persona de una forma estandarizada, es decir, no intentan reeducar a la persona sino tratarla y hacerla actuar de una manera “normalizada”. Saliendo de la Comunidad los/las participantes no saben poner en práctica todo lo aprendido y vuelven a consumir drogas. Se nota que a las personas atendidas les falta aprender a reforzar sus factores protectores durante su estancia en la Comunidad, detectar las situaciones de riesgo y aprender a manejarlas.

Las distintas actividades y métodos utilizados, aunque estén bien valorados tanto de los/las participantes como de los/las terapeutas, presentan muchos vacíos. Como hemos señalado varias veces a lo largo de este estudio, todos los grupos, actividades y herramientas se basan en el apoyo y tratamiento psicológico de la persona y no en su progreso y educación. Se hace imprescindible que los/las terapeutas detecten los factores de riesgo en la población que influyen el consumo de sustancias e identificar los factores de protección hacia la prevención de recaídas para conseguir una abstinencia definitiva o prolongada.

Igual se detecta la falta de educadores/as sociales, profesionales que están directamente relacionados/as con el trabajo educativo. La atención de los/las profesionales en la Comunidad de Proyecto Hombre se centra en la rehabilitación física y psicológica de los/las participantes y no en su reeducación, elemento que les dará las herramientas educativas para afrontar situaciones de riesgo y como consecuencia, prevenir ante las recaídas. Asimismo, falta un enfoque individual y más personalizado que dará la oportunidad a las personas expresarse de una forma más libre.

Haciendo una *comparación del programa de la fase de Comunidad de Proyecto Hombre, Granada con el de Pyksida, Nicosia* concluimos que:

Cada programa tiene sus puntos fuertes y puntos débiles. Para empezar, el programa de Pyksida es un programa intensivo de día cuando el de Proyecto Hombre es un programa de



Comunidad cerrado. Ambos programas basan su tratamiento a terapias grupales, no hay presencia de pedagogos/as y/o educadores/as sociales y falta el enfoque individualizado y educativo. Los dos programas se centran en la rehabilitación psicológica y física del sujeto y no a su reeducación y desarrollo.

Ninguno de los dos programas está orientado a la prevención de las recaídas ni refuerzan los factores protectores de los/las participantes aunque en sus documentos internos aparece que están realizando grupos de recaídas. Tampoco trabajan a nivel individual los factores de riesgo de cada participante para ayudarles afrontar situaciones de alto riesgo.

Igualmente, falta un enfoque orientado a la perspectiva de género donde las mujeres pueden estar con uno/a de los terapeutas y expresar temas más personales e íntimos, como por ejemplo, temas de prostitución, malos tratos, abusos sexuales...Las mujeres están haciendo el mismo programa que los hombres, un programa que está diseñado para residentes masculinos sin tener en cuenta las peculiaridades y necesidades que pueden presentar las mujeres.

De todos modos, ambos equipos profesionales destacan en sus cuestionarios que hay necesidad de un enfoque de género en el tratamiento e incluso involucrar al proceso de tratamiento a más terapeutas de otras especialidades, en este caso educadores/as sociales y pedagogos/as.

Uno de los **elementos positivos** que destacamos en el programa de **Pyksida** es la posibilidad que tienen los/las participantes de trabajar durante el día, seguir integrados/as familiar y laboralmente teniendo más tiempo libre, tanto para encontrar actividades nuevas que no estén relacionadas con el consumo de drogas como para hacer nuevas amistades, etc. Aunque esta autonomía esconde peligros -por estar expuestos a situaciones de riesgo-, es la única forma de motivarles trabajar los factores de protección mientras están en la Comunidad y afrontar así las situaciones de riesgo cuando están en la calle.

Por el contrario, el programa de Proyecto Hombre no da esta oportunidad a sus residentes, hecho que les limita bastante y les produce inseguridades cuando terminan la fase de Comunidad. Durante los fines de semana tienen que cumplir con sus programaciones, su tiempo libre es escaso y resulta muy difícil para ellos conocer a gente nueva y sana. Aparte de esto, tanto en la Comunidad de Proyecto Hombre como en la de Pyksida, no se trabaja el ocio y el tiempo libre ni se buscan formas de estar ocupados con actividades recreativas y sanas. Este es uno de

los puntos más débiles del programa de Proyecto Hombre; saliendo los/las residentes de la Comunidad, no saben dónde y cómo emplear su tiempo libre cuando antes lo dedicaban para drogarse. Es uno de los factores de riesgo que puede conducir el sujeto a la recaída.

Uno de los **elementos positivos** de la Comunidad de **Proyecto Hombre** es el tiempo dedicado a la formación laboral de los miembros, componente que no aparece en la Comunidad de Pyksida. La dirección de la Comunidad de Proyecto Hombre ofrece a temporadas cursos de formación laboral pero son muy limitados y bastante orientados a trabajos masculinos (jardinería, informática...). Hace falta una oferta de cursos y talleres más amplia teniendo en cuenta la perspectiva de género y especialmente a las mujeres participantes.

Otro aspecto positivo de la Comunidad de Proyecto Hombre es la participación de la familia (padres, pareja...) en el proceso de tratamiento. Todos los lunes se reúnen con uno de los terapeutas para informarles sobre el proceso de sus familiares (si han cumplido la programación propuesta para el fin de semana, si han consumido drogas, si han visto actitudes extrañas, etc.); los que no pueden asistir lo hacen por teléfono. Este proceso obliga a los familiares a involucrarse e integrarse en la evolución del participante y apoyarlo en todo este paso que da en su vida. Es uno de los factores protectores más importantes en el proceso terapéutico de la persona adicta. De todos modos, esta involucración es bastante limitada; unos grupos semanales donde se intentara solucionar problemas familiares mediante la detección de los factores de riesgo y el fortalecimiento de los factores protectores, y que contara con la participación de los sujetos, sus familiares y los/las terapeutas, tendría mejores resultados para la abstinencia definitiva o prolongada de nuestra población.

Del mismo modo, la Comunidad de Proyecto Hombre intenta sacar a la luz los factores de riesgo que están directamente relacionados con la familia del sujeto. En el grupo “Histórico”, el/la participante tiene la oportunidad de expresar todas las situaciones de riesgo que ha vivido en su familia y lo/la han llevado al consumo de drogas. Puede decir libremente todo lo que dolió durante su infancia y adolescencia, todas las experiencias desagradables que recuerda entre él/ella y sus padres, hermanos/as, pareja y otros familiares y que lo/la han estigmatizado. Durante la realización del grupo pueden participar los/las demás participantes y el/la terapeuta, ayudando de esta forma a la persona expresarse, llorar y/o gritar si hace falta. Dentro de este grupo, la persona puede llegar a detectar los factores de riesgo que lo/la caracterizan e intentar

solucionarlos con la ayuda del terapeuta. Por otra parte, este proceso debería hacerse a nivel individual y también con la participación de la familia, además para aumentar los factores protectores que dificulten una futura recaída.

Para concluir, hacen falta en ambas Comunidades seminarios relacionados con la Educación para la Salud, las drogodependencias, la sexualidad, las relaciones familiares... que fortalecerán los factores protectores de los miembros. Necesitan apoyo de sus familiares, aumentar su autoestima y autoconcepto, adquirir habilidades sociales y superar sus bloqueos afectivos, miedos y complejos creados en la infancia y adolescencia para poder afrontar las situaciones de riesgo que encontrarán en su camino después del tratamiento. Con un tratamiento basado en el modelo socioeducativo donde se diagnostican las necesidades, los factores protectores y de riesgo de cada persona a nivel global y sistémico se puede conseguir una abstinencia definitiva o prolongada.

***Detectando los factores de riesgo en la población que influyen el consumo de sustancias y el actual mantenimiento de la abstinencia***, observamos lo siguiente:

La mitad (50%) de los/las participantes de la Comunidad de Proyecto Hombre estaban expuestos a varias situaciones de riesgo que les hacían propensos al consumo de drogas. La mayoría de ellos/as, como hemos visto en el análisis de los expedientes y cuestionarios, han crecido en familias problemáticas donde había poca comunicación, poca afectividad, han vivido momentos de alcoholismo y violencia en la casa familiar, han experimentado malos tratos, violencia física y verbal, conflictos familiares... Han sido personas caracterizadas por la rebeldía, el pobre autocontrol, la agresividad, la dificultad para relacionarse. Igual, muchos de ellos no han tenido pautas educativas en sus casas, es decir, había inconsistencia en las normas, descontrol, bajas expectativas académicas, etc.

Todas estas situaciones, como también el grupo de iguales, como hemos analizado en el primer capítulo de la investigación, son factores de riesgo que llevan al consumo de drogas. Del mismo modo, son factores que si no se solucionan pueden llevar a nuestra población a una reincidencia durante o después del tratamiento.

En relación con los **factores de protección y la prevención de recaídas**, consideramos que el programa de Comunidad de Proyecto Hombre no tiene las herramientas educativas adecuadas, grupo o método orientado hacia el reforzamiento de los factores protectores y la prevención de las recaídas. Como nos destacaron los/las participantes en sus cuestionarios y expedientes, la mitad de ellos (50%) han tenido una vida desagradable durante su infancia y adolescencia. El programa y el equipo profesional no se centran en los factores protectores de las personas para motivarlas salir del mundo de las drogas, al contrario, siempre les reprochaban por sus errores, les confrontaban cada vez que hacían algo que estaba fuera de las normas, etc.

Muy pocas personas contaban con factores de protección, es decir, con apoyo familiar, diálogo, afectividad, comunicación entre los miembros de la familia, normas, organización y control en la casa familiar, motivación para estudiar, etc. La falta de estos elementos durante el tratamiento, no sólo desmotiva a las personas de seguir deshabiéndose sino les debilita y les puede llevar a una recaída cuando se enfrentan con problemas.

***Analizando la situación de las mujeres en la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre y detectando las situaciones de riesgo y de protección en relación con el género***, lo que podemos decir es la presencia de muchos factores de riesgo tanto en las mujeres como en los hombres. Las mujeres presentan más situaciones de negligencia paternal, de abuso sexual, de depresión y ansiedad y parejas consumidoras. Ambos sexos presentan enfermedades contagiosas (56%) y alcoholismo en la familia (73,5%), situaciones de riesgo. Los factores de protección en los dos géneros son escasos como hemos señalado a lo largo de este trabajo.

En relación con las mujeres, hay que destacar que necesitan una atención específica porque presentan más bloqueos afectivos que los hombres, han sufrido episodios de violencia, han sido prostitutas, algunas han estado traficando drogas para conseguir su dosis, han tenido embarazos indeseados y han estado con parejas consumidoras y violentas. Estas experiencias negativas necesitan otro tipo de manejo por parte de los educadores sociales.

• **PROPUESTAS - LÍNEAS DE ACTUACIÓN.**

Teniendo en cuenta nuestros objetivos marcados y las conclusiones derivadas de esta investigación haremos unas *propuestas o líneas de actuación* orientadas a nuestro objetivo principal que es el análisis socioeducativo del programa de Comunidad de *Proyecto Hombre* en Granada y del programa de *Pyksida* en Nicosia en relación con los factores protectores, de riesgo y la prevención de las recaídas.

En ese sentido proponemos:

- Diseño de PEI para cada usuario/a en la Comunidad que se empleará a nivel individual, como también, PEG para trabajar distintas herramientas educativas en grupo.
- Tener en cuenta las características personales y sociales de los miembros (edad, sexo, educación, experiencias personales...), porque de acuerdo al planteamiento generalizado del programa éste puede resultar difícil de seguir y generar el abandono.
- Otras características de grupos como: ser muy jóvenes, haber estado en la cárcel, tener familias e hijos propios, haber abandonado sus familias o han sido abandonadas de sus padres o parejas..., hacen que dichas personas tengan una visión del mundo y de sí mismos únicos. Razón por lo cual habría que incidir en intervenciones personales y en pequeños grupos con caracteres más próximos, así como incorporar en algunas sesiones a las familias.
- Contar en el programa con profesionales especializados, además de los terapeutas, como educadores sociales, formados científica y pedagógicamente, a fin de contribuir al desarrollo personal y social de los/las participantes.
- Incorporar en el tratamiento más actividades culturales y educativas que el educador social puede facilitar a emplear, entre otros, alternativas de ocio y tiempo libre sanas, constructivas, cualitativas...

Concretamente, proponemos unas **líneas de actuación** para el programa de la Comunidad Terapéutica de P.H. basado en el modelo socioeducativo planteando lo siguiente:

En relación con el *programa de la fase de Comunidad de Proyecto Hombre* principalmente y de *Pyksida* en un segundo nivel, la intervención individual o en pequeños grupos con caracteres similares pueden responder con más eficacia a las casuísticas personales y con ello contribuir en mejorar sus condiciones de vida, superar dificultades personales, afrontar los problemas en la familia, pareja y/o hijos, etc. Este tipo de intervención está reclamada por los/las propios/as profesionales de la Comunidad de P.H. Los terapeutas tienen que pasar más tiempo individual con cada uno de los miembros para poder detectar sus fortalezas y debilidades y trabajar en los factores de protección y de riesgo que les protegerán de posibles consumos.

El tratamiento grupal en todas las sesiones, con frecuencia, pone en evidencia limitaciones sociopersonales de los participantes, así como reticencias para desnudar sus intimidades y expresar sus emociones. Un tiempo personal cada semana por parte de los profesionales es más beneficioso, del mismo modo, involucrar en las sesiones a la pareja y demás miembros del núcleo familiar. Especialmente las personas con pareja e hijos, necesitan una intervención semanal con ellos para reforzar sus relaciones, hacer frente a sus problemas juntos, aprender a los familiares a manejar las situaciones de riesgo que pueden llevar al sujeto a una recaída, etc.

La implicación de la familia en el proceso influye de forma positiva en los resultados de la intervención. Es decir, grupos realizados entre profesionales, los/las participantes y los padres de los residentes (familia), donde hablan sobre las drogas, sus dificultades, el apoyo que necesitan después del tratamiento y otros grupos independientes con sus hijos, se perfila muy necesario tanto para la persona como para la familia.

También, la falta de conocimientos sobre las sustancias, la salud, la sexualidad, la higiene, etc., es patente, no sólo porque cuentan con escaso nivel educativo sino porque estos temas no son abordados en el contexto del sujeto o si se hace es de forma distorsionada o superficialmente. En consecuencia, entre otros, ocasiona el inicio y adicción a las drogas, contagio de enfermedades contagiosas (hepatitis, sida), embarazos no deseados, etc.

De ahí la importancia de la educación en todo el sentido de la palabra, donde los agentes educativos dialoguen, analicen y actúen con el objeto de construir personas críticas, reflexivas,

con estilos de vida saludables, así como ofrecer pautas educativas que permitan adquirir habilidades, destrezas... En dicho cometido, la familia, el barrio, los amigos y la escuela se convierten en las instituciones básicas que cumplen funciones educativas (preventivas) muy importantes, así como la puesta en escena de recursos humanos, materiales y educativos que acompañen estos objetivos en una misma dirección.

Se requiere de más individualización y sobre todo impregnar una filosofía educativa, ofrecer alternativas educativas en diversos niveles, de acuerdo a la formación de los/las participantes, abordar temas como es el autoestima, el respeto hacia el mismo y hacia sus compañeros, familiares y/o pareja, la higiene, la importancia de la formación profesional, etc., a nivel sentimental (apoyo psicológico a cada individuo por separado sobre temas como es el maltrato físico y psicológico, vivencias de negación en la familia, etc.), a nivel familiar (más reuniones personales entre sujeto y familia/pareja/hijos). También, es importante tener en cuenta el sexo y la edad, además de la dependencia y la historia personal de cada cual.

Para conseguir estos cambios hay que apostar por una prevención integral, es decir, lograr un cierto nivel de desarrollo humano a través de la formulación y ejecución de un conjunto de políticas y estrategias con el objetivo de fortalecer en cada persona su capacidad de anticiparse, de promoverse hacia estados superiores de bienestar, de construir una vida con mayor calidad, de ejercer su poder como transformación y creador de cultura (Parra Garcés, 2002: 4).

Para concluir, hace falta un enfoque basado en el modelo socioeducativo donde la educación tendrá lugar en el cambio personal y social de las personas en el tratamiento basado en la individualización/personalización de la intervención/actuación y desde el enfoque sistémico-prevención integral. Para que sea posible este cambio hace falta personal especializado, es decir, educadores/as sociales y pedagogos/as.

Observando el perfil y la formación del equipo profesional de la Comunidad de Proyecto Hombre, en su mayoría son psicólogos/as y el tratamiento está orientado a la rehabilitación psicológica y física del sujeto. El tratamiento que ofrecen los psicólogos/as, enfermeros/as, psiquiatras...se basa en lo "terapéutico" y no en lo "educativo social". Por eso, hace falta una rehabilitación educativa donde el sujeto va a ser el protagonista y el tratamiento se basará en un desarrollo integral que va a cubrir todos los niveles (personal, sanitario, laboral y socio-familiar) como también todos los ámbitos (individual, grupal y comunitario). El objetivo será el desarrollo

de la persona, el fortalecimiento de los factores protectores y la disminución de los factores de riesgo. Así se pueden deducir las posibilidades de una recaída en el futuro.

Se hace sumamente importante prestar atención a los motivos de abandono y de recaídas y trabajar junto con los miembros las dificultades personales que presenta cada uno/a. De acuerdo con los expedientes estudiados y las respuestas que nos han dado, tanto los/las residentes como los/las profesionales en sus cuestionarios, el grupo de amigos consumidores, los problemas familiares, las dificultades económicas, la pareja consumidora, la exigencia y la presión del programa, la falta de motivación y conciencia del problema...lleva a los/las participantes a la decisión de abandonar el programa y muchos de ellos vuelven a consumir.

Por consiguiente, proponemos:

**- *Diseño de Proyectos Educativos Individualizados (PEI):***

El diseño de *Proyectos Educativos Individualizados (PEI) para cada sujeto en la C.T.:* Los/las profesionales, después de estudiar la historia personal, familiar, sociolaboral, de pareja, la historia de consumo y de recaídas, historias de maltrato y abusos sexuales, etc., diseñar un proyecto de tratamiento individual que corresponde a las necesidades de cada residente para permitir mayor adaptación a las necesidades de cada uno/a. Teniendo siempre en cuenta el sexo/género de cada uno/a y sus vivencias personales, destacar por un lado, los factores de riesgo que les han llevado al consumo/abuso de drogas y, por otro lado, los factores protectores para reforzar esas características de cada participante con la intención de evitar que los/las participantes sigan consumiendo y presenten recaídas.

Con el manejo de la Entrevista Motivacional como instrumento principal, los individuos se motivan para cambiar, y con los procedimientos conductuales que combina la prevención de recaídas, que son el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, la reestructuración cognitiva y el reequilibrio del estilo de vida, pueden llegar a conseguir un menor número de abandonos, aumentar las altas terapéuticas y disminuir en lo máximo posible las recaídas. Los/las participantes empiezan a expresar más sus sentimientos, sienten más confianza en el programa y en los terapeutas, se esfuerzan más en cambiar sus conductas, mejorar sus relaciones sociofamiliares, etc.



Según el progreso de cada persona y a raíz de estas reuniones, empiezan a trabajar en grupos con la familia, la pareja y los/las hijos/as con la intención de resolver problemas familiares, mejorar las relaciones entre ellos/as, haciendo así una terapia conjunta. Los traumas, maltratos, abusos sexuales, etc., producidos en la infancia y adolescencia, se pueden remediar con la ayuda de profesionales especializados en este tema, por ejemplo psicólogos, educadores... Cada participante debe tener la oportunidad de estar en contacto diario con uno/a de los/as profesionales, después de una elección personal por parte del/la residente, de modo que esté más cómodo/a y siente más intimidad y familiaridad.

***-Diseño de Proyectos Educativos Grupales (PEG):***

Estos proyectos tendrán como objetivo el trabajo grupal, entre participantes y profesionales y, entre los/las mismos/as participantes sin la presencia de los/las terapeutas. En estos proyectos, los/las educadores sociales, dan clases/seminarios relacionados con la Educación para la Salud, la sexualidad, maternidad (para las mujeres y hombres que tienen hijos/as), su reinserción laboral, su reingreso socio-familiar, etc. Algunos de estos grupos se forman según el género, por ejemplo, un grupo por semana para las mujeres con hijos/as donde se trabajan temas de sexualidad, maternidad, el cuidado de los hijos/as, formas de protegerlos del consumo de drogas, etc. En este grupo acuden sólo las mujeres de la Comunidad y en otro acuden sólo los hombres.

En otro grupo trabajan conjuntamente hombres y mujeres participantes en la Comunidad, con y sin la ayuda de los/las profesionales donde expresa cada uno/a su opinión sobre temas que tienen que ver con los/las hijos/as: cómo gestionar sus sentimientos hacia sus hijos, cómo educarles, cómo les pueden ofrecer un hogar y una familia organizada y equilibrada para evitar que consuman drogas, reforzar su educación, etc.

También, es de gran ayuda la incorporación de grupos de danza, música, cine, talleres de animación sociocultural, escritura, pilates, yoga... con el objetivo de reforzar la expresión de sus sentimientos, su autoestima... y también, darles las herramientas adecuadas para aprovechar su tiempo libre con una forma educativa, productiva y sana. Nuestra propuesta educativa para trabajar en grupo son las clases de Biodanza; organizar un grupo por semana por personas especializadas, dentro de la Comunidad o incluso en aire libre para ayudar en el cambio de la psicología y de la autoestima de estas personas.

**- Curso de Biodanza:**

La **Biodanza** es un sistema de integración humana, renovación orgánica, reeducación afectiva y reaprendizaje de las funciones originarias de vida. Su metodología consiste en inducir vivencias integradoras por medio de la música, del canto, del movimiento y de situaciones de encuentro en grupo. El significado de los términos usados en esta definición está descrito aquí en forma más explícita para su mejor comprensión (Toro, 2008: 39).

- *Integración humana:* En Biodanza el proceso de integración actúa mediante la estimulación de las funciones primordiales de la conexión con la vida, que permite cada individuo integrarse a sí mismo, a la especie y al universo.
- *Renovación orgánica:* Es la acción sobre la autorregulación orgánica, inducida principalmente mediante estados especiales de trance que activan procesos de reparación celular y regulación global de las funciones biológicas, disminuyendo los factores de desorganización y estrés.
- *Reeducación afectiva:* Es la capacidad de establecer vínculos con otras personas.
- *Reaprendizaje de las funciones originarias de vida:* Es aprender a vivir a partir de los instintos. El instinto es una conducta innata, hereditaria, que no requiere aprendizaje y se manifiesta mediante estímulos específicos, tienen por objetivo conservar la vida y permitir su evolución. Los instintos representan la naturaleza en nosotros, y sensibilizarse a ellos significa restablecer la ligación entre naturaleza y cultura.
- *Vivencias integradoras:* Es una experiencia vivida con gran intensidad en el aquí-ahora y con calidad ontológica (se proyecta sobre toda la existencia). Las vivencias en Biodanza son integradoras por que tienen un efecto armonizador en sí mismas. Las vivencias en Biodanza están orientadas para estimular los potenciales de vitalidad, sexualidad, creatividad, afectividad y trascendencia, denominados Líneas de Vivencia (ídem, 2008).

De acuerdo con el fundador de Biodanza, Rolando Toro, la Biodanza puede ser aplicada a tres tipos de grupos humanos con características propias:

- *Grupos específicos con características similares*, como niños, adolescentes, adultos y ancianos; mujeres embarazadas; grupos de parejas; grupos familiares con la participación de los padres, hijos, abuelos, tíos, primos;

- *Grupos heterogéneos de adultos con problemas* como inseguridad, falta de afecto, dificultad para establecer relaciones profundas, estrés, falta de impulso vital, síntomas psicosomáticos;
- *Grupos de rehabilitación existencial*, para individuos que sufren de trastornos de la motricidad o del humor (ídem, 2008: 47).

Como destaca Toro (ídem, 2008), la Biodanza actúa sobre las partes sanas de la persona y no en la parte enferma del individuo como la psiquiatría. Consideramos que la Biodanza puede actuar y reeducar las personas en la Comunidad de Proyecto Hombre junto con la participación de sus personas cercanas. La Biodanza tiene el efecto de reducir el estrés producido por los conflictos emocionales; puede ser considerada un sistema de reeducación afectiva para las personas marginadas, como en nuestro caso las personas drogodependientes.

**- Grupos específicos para mujeres:**

En relación con las diferencias entre hombres y mujeres en tratamiento y la perspectiva de género, consideramos importante la introducción de **grupos específicos para mujeres**. Son grupos formados exclusivamente para las mujeres de la Comunidad. Se trabajan especialmente los temas de la autoestima, las vivencias negativas en la infancia y adolescencia, como es el maltrato sexual y emocional, el abuso sexual, enfermedades, el encarcelamiento, la prostitución, la maternidad, la educación de los hijos/as, la pérdida de ellos.... También, se tratan temas como la soledad, los sentimientos de culpa, las relaciones de pareja y cómo estas influyen en su tratamiento, con el fin de evitar las recaídas y superar posibles traumas. En estos grupos se refuerzan los factores protectores y se minimizan los factores de riesgo con la ayuda de los educadores sociales y los PEI diseñados para cada una de ellas. Todo va enfocado a la reeducación y al desarrollo positivo de las mujeres.

**- Grupos para mujeres y hombres con hijos/as:**

Igualmente, crear **grupos específicos para mujeres y hombres con hijos/as**. En una Comunidad como la de Proyecto Hombre, donde los/las residentes están toda la semana en la casa residencial, es muy alentador tener guarderías para las madres hasta el mediodía, dentro de la Comunidad donde las mujeres atienden a sus hijos/as y conservan los lazos emocionales. Es

importante tener las instalaciones adecuadas para poder atender a las madres y sus hijos, como también, en el caso que haya mujeres embarazadas. Con el personal especializado, por ejemplo, ginecólogos, pediatras, educadores... se forman grupos semanales con las mujeres embarazadas para tratar temas sobre el impacto de las drogas en el feto, la nutrición de la madre y del hijo, temas de pediatría, psicología, ejercicio durante el embarazo y todo lo relevante a ello. Para las madres y padres con hijos más mayores y/o adolescentes, se pueden formar grupos más especializados centrados en las problemáticas que presentan esas edades y de vez en cuando sería oportuno tener una reunión entre los padres, madres, hijos y terapeutas para resolver problemas que van surgiendo en la relación. También, hay que tratar las dificultades que tienen las madres drogodependientes que son solteras, separadas o con pareja... Estos grupos estarán también basados al modelo socioeducativo, es decir, a los Proyectos Educativos Individualizados y Grupales (PEI y PEG) y en la prevención integral de la persona adicta.

**- Grupos de prevención de recaídas:**

Uno de nuestros objetivos fundamentales en este estudio es la prevención de las reincidencias. La formación de **grupos de prevención de recaídas** tendrá como objetivo la participación de todos los hombres y mujeres de la Comunidad. Cada uno tendrá que detectar, junto con los educadores sociales, los factores que le llevaron al consumo de drogas (factores de riesgo) e igual, descubrir esos factores que les pueden proteger (factores protectores) para evitar las situaciones de alto riesgo y no presentar recaídas. Por ejemplo, cada uno/a de ellos/as tiene que valorar sus relaciones familiares y sociales, las relaciones de pareja, sentimientos agradables y desagradables, vivencias del pasado y del presente...y, junto con los/las profesionales, encontrar esas estrategias que les pueden ayudar a cada uno/a para no reincidir.

Se utiliza de forma educativa el modelo de prevención de Marlatt y Gordon presentado en el cuarto capítulo de este trabajo. Es decir, identificar las situaciones de alto riesgo, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, autorregistro y análisis funcional del uso de drogas, estrategias para afrontar el *craving* y los pensamientos relacionados al uso de sustancias, afrontamiento de las caídas o consumos aislados (lapses), asertividad, control de estrés, habilidades de comunicación, habilidades sociales generales y entrenamiento en solución de problemas. En esta terapia es necesaria la implicación de los familiares y/o parejas para mejorar la comunicación

entre ellos, poder contar con el apoyo de sus personas cercanas cuando tengan dificultades y afrontar los problemas juntos.

**- *Espacio de ocio y tiempo libre:***

El *espacio de ocio y tiempo libre* es una de las carencias del programa de P.H. Teniendo esto en cuenta, hay que mejorarlo porque consideramos que es fundamental para los propios/as residentes, no sólo dentro de la Comunidad pero también para cuando terminen su tratamiento. Primero, hay que establecer un horario de tiempo libre por semana, por ejemplo, una o dos horas al día, donde cada persona podrá emplearlo en algo que le gusta: leer, escribir, apuntarse a cursos formativos al exterior de la Comunidad, hablar con los/las terapeutas, conversar con sus compañeros/as, salir al exterior de la Comunidad para dar una vuelta, hacer atletismo, jugar etc. Este tiempo libre les ayuda desconectar del tratamiento e incluso, profundizar en temas que les interesan y seguir el ejemplo de una vida sana. Asimismo, el contacto con la gente “normalizada” fuera de la Comunidad les ayuda para no sentir inferiores y marginados de los demás. Este puede ser el motivo para conocer a gente nueva, no consumidora y establecer relaciones sociales positivas.

**- *Grupos de orientación laboral:***

Los *grupos de orientación laboral:* tendrán lugar durante los 6-9 meses aproximadamente que los/las residentes están en el programa de Comunidad con el objetivo de reforzar su formación. Primero, la Comunidad tiene que ofrecer más cursos de formación laboral como alfabetización de adultos -muchos de los/las participantes presentan mucha dificultad a la hora de leer y escribir-, cursos de informática, jardinería, cursos específicos para las mujeres como cursos de maquillaje, estética, cuidadoras para personas mayores, etc. Según el nivel educativo de cada persona, la motivación y el interés, se organizan distintos cursos de varios meses y en colaboración con empresas y compañías de orientación laboral ayudan a los/las participantes del programa conseguir un empleo.

Concluyendo, los programas de intervención en drogodependencias, como es el caso del Programa de Comunidad de P.H., contribuyen en muchos casos a facilitar la integración a nivel

social y familiar, a mejorar las relaciones y abandonar el consumo adictivo, expresar sentimientos así como a ser más responsables, aprender a trabajar en grupo... y más allá a reducir la violencia y delincuencia, el riesgo de enfermedades infectocontagiosas, etc. Sin embargo, no podemos olvidar la singularidad de cada residente, la educación que ha recibido en su familia, las vivencias -malas y buenas-... y los distintos factores intervinientes en este fenómeno tan complejo y poliédrico.

A raíz de los datos obtenidos por la investigación, el programa de P.H. resulta ser un modelo de intervención que afronta el reto de ofrecer una alternativa a los/las participantes para salir de la droga. El programa educativo cuenta con virtudes, pero también tiene diversas deficiencias y carencias -como se ha señalado en líneas anteriores-. Por todo ello, consideramos que es posible plantear actuaciones, basadas en el modelo socioeducativo, más individuales y adaptadas a las circunstancias de los/las residentes, con planteamientos más democráticos y no directivos, normas más flexibles, un mayor enfoque educativo, y mediante la incorporación de profesionales y educadores sociales más especializados. Es decir, más acordes con la realidad de los/las participantes y extensivas a las familias y la sociedad.

De esta forma las personas salen del tratamiento con más potencialidades, conscientes de los factores de protección que les caracterizan y de los factores de riesgo que les pueden llevar a una recaída. La persona sale con más herramientas educativas y con más fuerza para afrontar la vida y conseguir una abstinencia definitiva o prolongada.

Consideramos necesaria la “reforma” del programa de la fase de Comunidad de Proyecto Hombre donde el protagonismo lo tendrá el planteamiento educativo y no únicamente la terapia psicológica. La persona adicta a las drogas, aparte de su drogadicción, creemos que es un individuo que puede seguir desarrollándose; por eso, insistimos en la incorporación de educadores/as sociales que ayuden y motiven al participante a seguir desarrollándose y progresando en esta sociedad sin consumir drogas. Comparando con los demás estudios que hemos presentado en esta investigación, en ninguno se contempla el modelo socioeducativo.

Estas confluencias suponen el comienzo de una nueva línea de investigación sobre las Comunidades Terapéuticas y la Educación Social y en concreto del modelo socioeducativo. ¿Qué resultados puede tener la implementación del modelo socioeducativo en los programas de la fase de Comunidad y concretamente en la de Proyecto Hombre? ¿Se puede mejorar la vida de

los/las participantes con el empoderamiento de los factores protectores y la disminución de los factores de riesgo? ¿Se puede conseguir una abstinencia definitiva o prolongada? Como vemos, el panorama de nuevas investigaciones está abierto para nuevas respuestas novedosas y más eficaces, tanto a nivel español como internacional.





## IV. BIBLIOGRAFÍA

---

1. Albiach Catalá, C., Llinares Pellicer, M.C., Palau Muñoz, C. y Santos Diez, P. (2000). “Adherencia en heroinómanos: la potencia predictiva de los estadios de cambio evaluados durante la admisión al tratamiento”. En *Revista Adicciones*, Vol.12, Núm. 2. Pp. 225-234.
2. Anagnostou, E. (2009). “Retención en Comunidad Terapéutica en los primeros 30 días: enfoque cualitativo”. En *Una alternativa de desarrollo humano y social. XXIV Conferencia Mundial de Comunidades Terapéuticas. Resúmenes de talleres*. Extraído el 19 de octubre 2011 desde [http://www.mundolibre.org.pe/conferencia/recursos/files/abstract\\_es.pdf](http://www.mundolibre.org.pe/conferencia/recursos/files/abstract_es.pdf).
3. ANOSI (2011). *Unidad de desintoxicación "ANOSI"*. Extraído el 8 de mayo de 2011 desde <http://www.moh.gov.cy/Moh/MHS/MHS.nsf/All/51AC3011A7D2820BC225717D0024AA32?OpenDocument>.
4. Añaños Bedriñana, F.T. (2005). *Representaciones sociales de los jóvenes sobre las drogas (alcohol, tabaco y cannabis) y su influencia en el consumo*. Madrid: Editorial Dykinson, S.L.
5. Añaños Bedriñana, F.T. (2006). “La educación social y las drogodependencias: Algunas explicaciones de los porqués del contacto”. En *Revista de estudios y experiencias en Educación*, Vol. 5, N° 9. Pp. 119-134.
6. Añaños Bedriñana, F. T. (2008). Mujeres, prisiones y drogas. El reto de la Educación Social. En Añaños Bedriñana, F., Del Pozo Serrano, F.J. y Mavrou, I. (Coords.). *Educación Social en el Ámbito Penitenciario: Mujeres, Infancia y Familia*. Granada: Natívola.
7. Añaños Bedriñana, F.T. y Bedmar Moreno, M. (2008). “Los amigos: Espacio educativo, implicaciones y poder”. En *Revista de Investigación Educativa*, Vol. 26, N° 2. Pp. 371-384.

8. Añaños Bedriñana, F.T. (2010a). “Las presas y su relación con las drogas. Implicaciones desde la Educación Social”. En Del Pozo Serrano, F.J., Añaños Bedriñana, F.T., Mavrou, I. y Sevilla Merino, D. (Coords.). *Las mujeres en las prisiones. La Educación Social en contextos de riesgo y conflicto*. Madrid: Prodrug Multimedia S.L. Pp. 83-107.
9. Añaños Bedriñana, F.T. (2010b). “Mujeres presas y su relación con las drogas. Implicaciones desde la Educación Social”. En Añaños, F.T. (Coord.) *Las mujeres en las prisiones. La Educación Social en contextos de riesgo y conflicto*. Barcelona: Editorial Gedisa. Pp. 77-100.
10. Arbex, C. (2005). “La vulnerabilidad en los menores: el espacio socioeducativo”. En Instituto Deusto de Drogodependencias, *Los menores vulnerables y su relación con las drogas*. Bilbao: Instituto Deusto de Drogodependencias. Pp. 77-100.
11. Arenas Domínguez, F., Bermudo Albalá, M<sup>a</sup> del V., López Medel, R., Martín Pozas, J. y Tirado Rodríguez, P. (2003). *Comunidad Terapéutica en Andalucía. Programa de Intervención*. Edita: Conserjería de Asuntos Sociales. Comisionado para las Drogodependencias, Junta de Andalucía. Extraído el 15 de febrero de 2009 desde [http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocialigualdadybienestarsocial/opencms/system/bodies/Drogodependencia/Publicacion/PROGRAMA\\_INTERVENCION\\_CT/PROGRAMA\\_INTERVENCION\\_CT.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocialigualdadybienestarsocial/opencms/system/bodies/Drogodependencia/Publicacion/PROGRAMA_INTERVENCION_CT/PROGRAMA_INTERVENCION_CT.pdf).
12. Arias Valencia, M<sup>a</sup> M. (2009). *La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones*. Extraído el 13 de abril de 2009 desde [tecnoseduca.110mb.com/documentos/iap/triangulacion.pdf](http://tecnoseduca.110mb.com/documentos/iap/triangulacion.pdf).
13. Asociación DIANOVA (2010). *Tratamiento de las adicciones. Programa Residencial. Asociación Dianova*. Comunicación personal, 25 de febrero de 2010.
14. Asociación Guipuzcoana de Investigación y Prevención del Abuso de Drogas (AGIPAD). Extraído el 1 de marzo 2010 desde [www.agipad.org](http://www.agipad.org).
15. Asociación Hogar 20 (2010). *Quiénes somos*. Extraído el 10 de junio de 2010 desde <http://www.hogar20.org/index.php?page=site.modDetail&portal=hogar20&mod=staticcontent&control=31&op=3>.
16. Asociación KETHEA-ÍTACA (2011). *Programa de tratamiento KETHEA-Ítaca*. Extraído el 18 de octubre de 2011 desde <http://www.kethea-ithaki.gr/>.

17. Asociación de Proyecto Hombre (2004). *Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias*. Edita: Asociación de Proyecto Hombre. Extraído el 18 de junio de 2009 desde [www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/desafios.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/desafios.pdf).
18. Asociación Proyecto Hombre (2010). *Presentación. ¿Qué es Proyecto Hombre*. Extraído el 15 de mayo de 2010 desde [http://proyectohombre.es/index.php?option=com\\_frontpage&Itemid=1](http://proyectohombre.es/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1).
19. Asociación de Proyecto Hombre (2011). *Cooperación Internacional*. Extraído el 23 de octubre de 2011 desde [http://proyectohombre.es/index.php?option=com\\_content&task=blogcategory&id=21&Itemid=37](http://proyectohombre.es/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=21&Itemid=37).
20. Asociación de Proyecto Hombre Granada (2006). *Programación de la fase de Acogida*. Comunicación personal, 15 de octubre de 2006.
21. Asociación de Proyecto Hombre Granada (2010). *Procedimiento específico. Programa de Comunidad Terapéutica*. Comunicación personal, 30 de noviembre de 2011.
22. Asociación de Proyecto Hombre Granada (2011). *Proyecto Hombre Granada atendió el año pasado a un millar de personas*. Extraído el 5 de abril de 2012 desde <http://diocesisgranada.wordpress.com/2011/06/29/proyecto-hombre-granada-atendio-el-ano-pasado-a-un-millar-de-personas/>.
23. Asociación de Proyecto Hombre La Rioja (2011). *Memoria anual 2010. 20 años apostando por la vida*. Extraído el 15 de enero de 2012 desde <http://www.proyectohombrelarioja.es/docs/memoria%202010.pdf>.
24. Asociación “SOS Drogas” (2009). *Conceptos básicos*. Extraído el 1 de octubre 2009 desde [www.sosdrogas.com](http://www.sosdrogas.com).
25. Austin, A., Hospital, M., Wagner, E. F. y Morris, S. L. (2010). “Motivation for reducing substance use among minority adolescents: Targets for intervention”. En *Journal of Substance Abuse Treatment*, Vol. 39, N° 4. Pp. 399–407. Extraído el 30 de enero de 2012 desde <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0740547210001613>.
26. Ballesteros, J. (1997). “Introducción”. En Meana, J.J., Ballesteros, J. y Pantoja, L. *Tratamientos sustitutivos en dependencia a opiáceos: metadona, LAAM, heroína*.

- Avances en farmacología de drogodependencias*. Bilbao, Universidad de Deusto/Instituto Deusto de drogodependencias. Pp.11-13.
27. Bardín, L (1977). *El análisis de contenido*. Madrid: Akal.
  28. Baratta, A. (1995). “Drogas y Sida: el desafío de la “harm reduction” en una sociedad en cambio”. En Instituto Deusto de Drogodependencias, *Drogas, Desarrollo y Estado de Derecho*. Edición a cargo de L. Pantoja y L. Guridi. Bilbao: Universidad de Deusto. Pp. 173-189.
  29. Bastón Martínez, E. (2009). “Perfil de las usuarias y resultados del tratamiento en régimen residencial mixto de la Comunidad Terapéutica Alborada”. En *Revista Española de Drogodependencias*, Vol. 34, Nº 2. Pp. 199-210.
  30. Becoña Iglesias, E. (2002). *Bases Científicas de la prevención de las Drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
  31. Becoña Iglesias, E. y Cortés Tomás, M. (Coord.) (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Valencia: Socidrogalcohol.
  32. Becoña Iglesias, E. y Vázquez González, F. L. (1999). “Recaídas en tabaquismo: factores y causas”. En *Nicotina y Tabaquismo: Nuevas perspectivas. Avances en farmacología de drogodependencias*. Edición a cargo de J.J Meana, I. Markez y L. Pantoja. Bilbao: Universidad de Deusto. Pp. 185-217.
  33. Becoña Iglesias, E. y Vázquez González, F. L. (2001). *Heroína, Cocaína y drogas de síntesis*. Madrid: Síntesis.
  34. Bedmar Moreno, M. y Añaños Bedriñana, F.T. (2006). *Introducción a la Pedagogía Social / Educación Social*. Granada: Grupo Editorial.
  35. Bermúdez Peña, C. (2010). *La prevención integral en la institución escolar*. Extraído el 13 de abril, 2010 desde [www.monografias.com](http://www.monografias.com).
  36. Blanco Zamora, P., Sirvent Ruiz, C. y Palacios Ajuria, L. (2005). “Diferencia de género en la adicción e implicaciones terapéuticas”. En *Salud y Drogas*, Vol. 5, Nº 2. Pp. 81-98.
  37. Blasco, J., Martínez-Raga, J. Carrasco, E. y Didia-Attas, J. (2008). “Atención y craving o ganas compulsivas. Avances en su conceptualización y su implicación en la prevención de recaídas”. En *Revista Adicciones*, Vol. 20, Nº 2. Pp. 365-376.

38. Blaxter, L., Hughes, C. y Tight, M. (2008). *Cómo se investiga*. Barcelona: Editorial Graó, de IRIF, S.L.
39. Bobes García, J., Casas Brugué, M., Gutiérrez Fraile, M. (2003). *Manual de evaluación y tratamiento de Drogodependencias*. Barcelona: Ars Medica.
40. Calafat Far, A. y Becoña Iglesias, E. (2005). “¿Se puede prevenir el consumo de heroína?”. En *Revista Adicciones*, Vol. 17, Supl. 2. Pp. 299-320.
41. Callejo Giménez, E. (2006). *Seminario: Entrevista Motivacional. Grupo de Comunicación y Salud de la Socalemfyc*. Sociedad Castellana y Leonesa de Medicina Familiar y Comunitaria. Extraído el 15 de marzo de 2011 desde [www.aepap.org/apapcy/entrevista\\_motivacional.pdf](http://www.aepap.org/apapcy/entrevista_motivacional.pdf).
42. Calvo Estopiñán, P., Pérez Poza, A., Sacristán Martín, P. y Paricio García, C. (2009). “Terapia grupal en prevención de recaídas del alcoholismo frente a seguimiento ambulatorio habitual”. En *Revista Adicciones*, Vol. 21, Nº 1. Pp. 15-20.
43. Camacho Herrera, A.J., Castillo Manzano, A.J., Monge Moreno, I. (2001). *Alternativas y propuestas de incorporación social en drogodependencias*. Sevilla: Consejería de Asuntos Sociales. Comisionado para las Drogodependencias.
44. Cañán Díaz, C., Losada González, E., Navarro Leis, M. y Martín del Moral, M. (2009). “Enfoques psicológicos de las drogodependencias. Abordajes terapéuticos”. En Lorenzo, P., Ladero, J. M., Leza, J. C., Lizasoain, I. *Drogodependencias: Farmacología, Patología, Psicología, Legislación*. 3ª Edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana. Pp. 89-106.
45. Cañas Fernández, J. L., (1996). *De las drogas a la esperanza: Una filosofía de rehumanización*, Madrid: San Pablo.
46. Carcelén, R., Senabre, I., Morales, J. L. y Romero, Fco. J. (2010). “¿Cómo puedo proteger a mis hijos de las drogas? Una experiencia de prevención de drogas en la familia”. En *Revista Española de Drogodependencias*, Vol. 35, Nº 1. Pp. 92-97.
47. Casas Anguita, J., Repullo Labrador, J.R., y Donado Campos, J. (2003). “La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I)”. En *Aten Primaria* Vol. 31, Nº 8. Pp. 527-38.

- Extraído el 6 de marzo de 2012 desde [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?f=10&pident\\_articulo=13047738&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=27&ty=96&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v31n08a13047738pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=13047738&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=96&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v31n08a13047738pdf001.pdf).
48. Catalano, R.F., Haggerty, K.P., Fleming, C.B. y Skinner, M.L. (2007). "Focus on Families: Integration of Relapse Prevention and Child Drug Abuse Prevention Training with Parents in Methadone Treatment". En Witkiewitz, K. A. y Marlatt, G. Alan (Eds.). *Therapist's guide to evidence-based relapse prevention*. Pp. 237-257. Extraído el 30 de enero de 2012 desde <http://books.google.es>.
  49. CEMEA (2011). Extraído el 8 de mayo de 2011 desde <http://www.ektepn.org.cy/wp-content/uploads/2010/11/NEWSLETTER37.pdf>.
  50. Centro de Integración Juvenil (2008). *Modalidades de la prevención*. Extraído el 12 de mayo de 2009 desde [www.cij.gob.mx](http://www.cij.gob.mx).
  51. Centro Nacional Chipriota de Observación e Información sobre Drogas y Drogadicción (2010a). *La situación de las drogas ilícitas en Chipre*. Presentación en PowerPoint. Extraído el 15 de octubre de 2010 desde <http://www.ektepn.org.cy>.
  52. Centro Nacional Chipriota de Observación e Información sobre Drogas y Drogadicción (2010b). *Información inédita sobre la situación de las drogas en Chipre*. Comunicación personal, julio de 2010.
  53. Centro Provincial de Drogodependencias (CPD) (2010). *Servicio Provincial de Drogodependencias*. Extraído el 10 de junio de 2010 desde <http://www.dipgra.es/inicio/contenidos/index.php?area=192>.
  54. Chait, L. y Zulaica Calvo, B. (2005). "Mujeres drogodependientes maltratadas: análisis para la intervención". En *Trastornos Adictivos*, Vol. 7, N° 2. Pp. 104-13. Extraído el 1 de julio de 2010 desde [www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales\\_de\\_consulta/](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/).
  55. Chong, J. and López, D. (2008). "Predictors of relapse for American Indian women after substance abuse treatment". En *American Indian and Alaska Native Mental Health Research: The Journal of the National Center*, Vol. 14, N° 3. Pp. 24-48.

56. Cisterna Cabrera, F. (2005). “Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa”. En *Revista Theoria*, Vol. 14, N° 1. Pp. 61-71.
57. Comas Arnau, D. (2006). “Comunidades terapéuticas: la transformación invisible”. En *Revista Adicciones*, Vol.18, N° 4. Pp. 323-326.
58. Comas Arnau, D. (2008). “La metodología de la comunidad terapéutica: una apuesta de futuro”. En *Revista Española de Drogodependencias*, N° 33 (3). Pp. 238-254. Extraído el 17 de enero 2010 desde [www.aesed.com](http://www.aesed.com).
59. Comas Arnau, D. (2010). “La Comunidad Terapéutica: una perspectiva metodológica”. En *La metodología de la Comunidad Terapéutica*. Edición a cargo de Domingo Comas Arnau. Edita: Fundación Atenea Grupo Gid. Pp. 13-41. Extraído el 17 de octubre de 2011 desde <http://fundacionatenea.org/http://fundacionatenea.org/wp-content/uploads/2011/03/LA-METODOLOG%20DE-LA-COMUNIDAD-TERAPEUTICA.pdf>.
60. Comisión de Evaluación de la Asociación Proyecto Hombre (2010). “Evaluación de los programas de cocaína de la Asociación Proyecto Hombre”. En *DOSSIER Proyecto N° 68*. Pp. 23-34. Extraído el 21 de junio de 2010 desde [www.proyectohombre.es/archivos/12.pdf](http://www.proyectohombre.es/archivos/12.pdf).
61. Comunidad Terapéutica de Pyksida (2010). *Documentos internos del programa de Comunidad de Pyksida, Nicosia*. Comunicación personal de junio a agosto de 2010.
62. Confederación de Entidades para la atención a las Adicciones (2011a). *Información extraída sobre la Confederación*. Extraído el 24 de octubre de 2011 desde <http://www.atencionadicciones.es/>.
63. Confederación de Entidades para la atención a las Adicciones (2011b). *Memoria 2010*. Extraído el 24 de octubre de 2011 desde [http://atencionadicciones.st3elkartea.org/fileadmin/user\\_upload/documents/MEMORIA\\_10.pdf](http://atencionadicciones.st3elkartea.org/fileadmin/user_upload/documents/MEMORIA_10.pdf).
64. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2008). *Guía para la prevención del Consumo de Cannabis en Población Vulnerable e inmigrantes Visión diferencial para ambos sexos*. Editado por el Consejo General de Colegios



- Oficiales de Psicólogos. Extraído el 23 de mayo 2010 desde [www.unad.org/biblioteca/publicaciones/manuales/](http://www.unad.org/biblioteca/publicaciones/manuales/).
65. Consejo Nacional de Control de Estupefacientes (CONACE) (2004). *Abriendo Puertas. Programa para la Integración Socio ocupacional de personas drogodependientes*. Extraído el 22 de noviembre de 2011 desde <http://www.documentacion.edex.es/docs/1108CONabr.pdf>.
66. Cruz Beltrán, F. y Gualda Caballero, E. (Coord.) (2000). *Métodos y técnicas de investigación social*. Huelva: Universidad de Huelva.
67. Deben, O., Fernández, M<sup>a</sup> C., López-Goñi, J.J, Illescas, C. y Santos, J.R., (2004). “Evaluación de la eficacia de programas de Proyecto Hombre”. En *Desafíos y avances en prevención y el tratamiento de las drogodependencias*. Edita: Asociación Proyecto Hombre. Pp. 207-221.
68. Defensor del Pueblo Andaluz (2002). *La situación de las drogas y otras adicciones en Andalucía. Informe especial al Parlamento*. Sevilla: Defensor del Pueblo Andaluz.
69. Defensor Del Pueblo Andaluz (2006). *Mujeres Privadas de libertad en centros penitenciarios de Andalucía*. Sevilla: Defensor del Pueblo Andaluz.
70. De León, G. (2004). *La Comunidad Terapéutica y las adicciones: Teoría, Modelo y Método*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
71. De Wilde, J. (2005). *Gender-specific profile of substance abusing women in therapeutic communities in Europe*. Extraído el 5 de abril 2011 desde [www.druglibrary.stir.ac.uk/documents/dewilde.pdf](http://www.druglibrary.stir.ac.uk/documents/dewilde.pdf).
72. De Wilde, J., Soyez, V., Broekaert, E., Rosseel, Y., Kaplan, C. y Larsson, J. (2004). “Problem severity profiles of substance abusing women in European Therapeutic Communities: Influence of psychiatric problems”. En *Journal of Substance Abuse Treatment, Vol. 26, N° 4*. Pp. 243-251. Extraído el 8 de octubre de 2011 desde <http://www.mendeley.com/research/problem-severity-profiles-substance-abusing-women-european-therapeutic-communities-influence-psychiatric-problems/>.
73. Díaz, M. (2006). “Mujer y Familia”. En *Comunidades Terapéuticas: Nuevos Enfoques. II Jornadas del Instituto de Adicciones Madrid Salud. Libro de ponencias*. Instituto de Adicciones Madrid Salud. Pp. 17-18. Extraído el 17 de octubre de 2010 desde



- [www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Salud/Publicaciones/Folletos/Folletos%20IA/Documentos%20tecnicos/comunidadesterapeuticas.pdf](http://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Salud/Publicaciones/Folletos/Folletos%20IA/Documentos%20tecnicos/comunidadesterapeuticas.pdf).
74. Díaz, R. (Coord.) (2004). *Programa ALFIL: Guía de actuación preventiva para niños y jóvenes de familias con problemas de alcohol*. Edita: Socidrogalcohol. Extraído el 24 de mayo de 2007 desde [www.pnsd.msc.es](http://www.pnsd.msc.es).
75. Díaz Salabert, J. (1995). “Prevención de recaídas”. En *II Encuentro Nacional y su Enfoque Comunitario*. Diputación de Cádiz, Servicio provincial de drogodependencias. Extraído el 14 de febrero 2010 desde [www.dipucadiz.es](http://www.dipucadiz.es).
76. Díaz Salabert, J. (2001). “El modelo de los estadios del cambio en la recuperación de las conductas adictivas”. En *Escritos de Psicología, Vol. 5*. Pp. 21-35.
77. Díez Sánchez, D. (2005). “El/a educador/a social en prevención del uso problemático de drogas”. En Lino Castro, J. (Coord.). *La Metodología en Educación Social. Recorrido por diferentes ámbitos profesionales*. Madrid: Dykinson S.L. Pp. 335-363.
78. Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones (2009). *Memoria de Gestión 2008*. Extraído el 12 de octubre 2011 desde [http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocialigualdadybienestarsocial/export/Drogodependencia/HTML/archivos/INFORME\\_2008.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocialigualdadybienestarsocial/export/Drogodependencia/HTML/archivos/INFORME_2008.pdf).
79. Dulzaides Iglesias, M.E. y Molina Gómez, A.M. (2004). “Análisis documental y de información: dos componentes de un mismo proceso”. En *Revista Cubana de los profesionales de la información y de la comunicación en salud. Vol. 12, N° 2*. Pp. 1-5. Extraído el 24 de mayo de 2011 desde <http://scielo.sld.cu/pdf/aci/v12n2/aci11204.pdf>.
80. El Comercio Digital (2010). “El 40% de los ingresados en unidades terapéuticas tiene problemas mentales”. Extraído el 6 de julio de 2010 desde [www.elcomerciodigital.com/v/20100629/asturias/ingresados-unidades-terapeuticas-tiene-20100629.html](http://www.elcomerciodigital.com/v/20100629/asturias/ingresados-unidades-terapeuticas-tiene-20100629.html).
81. Fernández, A., García del Moral, N., Urbano, A. y Arostegi E. (2008). *Prisión y Género. Efectos del encarcelamiento en mujeres y hombres presos y en su entorno familiar*. Bilbao: Asociación Zubiko.

82. Flores Cebrián, L. (2009). *Análisis Estadístico Descriptivo*. Extraído el 9 de marzo de 2012 desde <http://www.monografias.com/trabajos-pdf2/analisis-estadistico-descriptivo/analisis-estadistico-descriptivo.pdf>.
83. Flórez-Alarcón, L. (2005). “Evaluación de los procesos de cambio propuestos por el modelo transteórico, en estudiantes de secundaria y universitarios consumidores de alcohol”. En *Acta Colombiana de Psicología*, N° 13. Bogotá: Universidad Católica de Colombia. Pp. 47-78.
84. Fundación de Ayuda Contra la Drogadicción (F.A.D.) (1997). *Información general para la prevención de drogodependencias*, Madrid: F.A.D.
85. Fundación Ángaro-P.H. Jaén (2012). Información extraída el 12 de marzo de 2012 desde <http://www.angaro-phjaen.com/#>.
86. Fundación Girasol (2010). *Memoria Fundación Girasol 2009*. Extraído el 23 de enero de 2012 desde <http://www.girasolfundacion.es/MEMORIA-FUNDACION-GIRASOL-2009.pdf>.
87. Fundación Gizakia (2010). *La comunidad terapéutica, un recurso adecuado para las mujeres drogodependientes más excluidas*. Extraído el 15 de octubre 2011 desde [www.drogomedia.com/estudios/Comunidadterapeutica.pdf](http://www.drogomedia.com/estudios/Comunidadterapeutica.pdf).
88. Fundación PATIM, Unidad de Deshabitación Residencial (2010). *Programa de la unidad de deshabitación residencial “Los Granados”*. Comunicación personal, 26 de febrero 2010.
89. Fundación PATIM (2011). *Memoria Patim 2010*. Extraído el 23 de enero de 2012 desde [www.patim.org](http://www.patim.org).
90. Fundación Proyecto Hombre León-Fundación Cals (2010). *Memoria 2010. Datos estadísticos, resultados, porcentajes*. Extraído el 23 de noviembre de 2011 desde <http://es.scribd.com/doc/67737874/Memoria-anual-Fundacion-CALS-2010>.
91. Fundación Proyecto Hombre Navarra (2010). *Memoria Anual 2010. Cumplimos 20 años*. Extraído el 14 de septiembre de 2011 desde <http://www.proyectohombrenavarra.org/documentacion/memoria2010.pdf>.
92. Gálvez Arenas, C. y Guerrero Merchán, M. (2008). “Intervención psicológica”. En Tirado Rodríguez, P. (Coord.). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*.

Edita: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía. Extraído el 10 de octubre de 2011 desde [http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/opencms/system/bodies/Drogodpendencia/Publicacion/GUIA\\_CLINICA\\_ESTIMULANTES/GUIA\\_CLINICA\\_ESTIMULANTES.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/opencms/system/bodies/Drogodpendencia/Publicacion/GUIA_CLINICA_ESTIMULANTES/GUIA_CLINICA_ESTIMULANTES.pdf).

93. Gamella Mora, J.F. (2005). “Legalización, prohibición, despenalización: tres regímenes alternativos en el control Jurídico-político de las drogas ilegales”. En *Jornada de trabajo e intercambio. “Cooperación al Desarrollo y Problemas de Drogas” (1ª. 2004. Madrid, Toledo). Libro de Ponencias*. Madrid: FAD. Pp. 61-72. Extraído el 27 de abril de 2012 desde [http://www.fad.es/sala\\_lectura/cooperacion\\_al\\_desarrollo.pdf](http://www.fad.es/sala_lectura/cooperacion_al_desarrollo.pdf).
94. García, M<sup>a</sup> del M. (2003). “Prevención de Recaída”. En *Caribbean Basin and Hispanic ATTC*. Extraído el 20 de febrero 2010 desde [www.attcnetwork.org](http://www.attcnetwork.org).
95. García del Castillo, J. A. (2005). “Editorial”. En *Salud y Drogas, 2005, Vol. 5, N° 2*. Pp. 7-13.
96. García i Nogueroles, J.M. (2007). “La integración laboral a partir de los itinerarios y el tratamiento de las drogodependencias”. En *Revista de Ciencias Sociales, N° 33, Abril, Mayo y Junio 2007*. Pp. 1-25. Extraído el 15 de mayo de 2011 desde <http://www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/nogueroles.pdf>.
97. García González, R. y Alonso Suárez, M. (2002). “Evaluación en programas de prevención de recaída: adaptación española del Inventario de Habilidades de Afrontamiento (CBI) de Litman en dependientes del alcohol”. En *Revista Adicciones, Vol. 14, N° 4*. Pp. 455-463.
98. García Martínez, A. y Sánchez Lázaro, A. M<sup>a</sup>. (2005). “Modelos de intervención socioeducativa en drogodependencias”. En García Martínez, A. y Sánchez Lázaro, A.M<sup>a</sup>. (2005) (Coord.) *Drogas, Sociedad y Educación*. Murcia: Universidad de Murcia. Pp. 219-230.
99. García Más, M.P. (2005). “Repercusiones de los malos tratos en usuarias de alcohol”. En *Salud y Drogas, 2005, Vol. 5, N° 2*. Pp. 13-54.
100. García Molina, J. (2001). “El Proyecto Educativo Individualizado como despliegue y concreción del modelo teórico. Una propuesta metodológica para la acción educativa”.

- En *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, N° 8, segunda época. Diciembre 2001. Pp. 103-115.
101. García Pastor, J., Josa Lázaro, C. y Montesa Lou, B. (2010). “Comunidad Terapéutica y familia”. En *La metodología de la Comunidad Terapéutica*. Edición a cargo de Domingo Comas Arnau. Edita: Fundación Atenea Grupo Gid. Pp. 222-247. Extraído el 17 de octubre de 2011 desde <http://fundacionatenea.org/http://fundacionatenea.org/wp-content/uploads/2011/03/LA-METODOLOG%20DE-LA-COMUNIDAD-TERAPEUTICA.pdf>.
102. García Rodríguez, J. A. (1993). “Modelo multivariado de prevención de drogas”. En García-Rodríguez J. A. y Ruiz Fernández J. *Tratado sobre prevención de las drogodependencias*. Madrid: Imprenta Mayoral. Pp. 167-196.
103. García Rodríguez, O., Secades Villa, R., Fernández Hermida, J.R., Carballo Crespo, J.L., Errasti Pérez, J. Mª Y, Al-Halabi Díaz, S. (2005). “Comparación de participantes cocainómanos y heroínómanos en el EuropASI”. En *Revista Adicciones*, Vol. 17, N° 1. Pp. 33-42.
104. Garmendia, M.L., Alvarado, M.E., Montenegro, M. y Pino, P. (2008). “Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas”. En *Revista Médica de Chile*, N° 136, Vol. 2. Pp. 169-178. Extraído el 20 de junio de 2011 desde [www.scielo.cl/pdf/rmc/v136n2/art05.pdf](http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v136n2/art05.pdf).
105. Godoy Prada, J. J. y Martínez Morcillo, T., (2005). *Prevención de drogodependencias en adolescentes. Elaboración y evaluación de un programa para prevenir el consumo de alcohol*. Granada: Grupo Editorial Universitario.
106. Graña Gómez, J. L. (1994). “Intervención conductual individual en drogodependencias”. En Graña Gómez, J. L. (1994). *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate. Pp. 143-190.
107. Graña Gómez, J. L. y García Álvarez, Á. (1994). “Prevención de recaídas en drogodependencias”. En Graña Gómez, J. L. (1994). *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate. Pp. 225-259.

108. Guñales Ruiz, L. (1997). “Prevención de recaídas”. En *IV Encuentro Nacional y su Enfoque Comunitario*. Cadiz: Diputación de Cádiz, Servicio provincial de drogodependencias. Extraído el 14 de febrero 2010 desde [www.dipucadiz.es](http://www.dipucadiz.es).
109. Gutiérrez Cienfuegos, E., Donate Suárez, I., Hevia Fernández, J.R. y González Fernández, J.A. (2009). *Perfil de los participantes que acceden a tratamiento residencial en comunidades terapéuticas del Principado de Asturias 2001 – 2008*. Principado de Asturias: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. Extraído el 14 de abril de 2011 desde [http://tematico.asturias.es/salud/plan/noticias/imginc/C\\_terapeuticas.pdf](http://tematico.asturias.es/salud/plan/noticias/imginc/C_terapeuticas.pdf).
110. Hanson, G.R., Venturelli, P.J. and Fleckenstein, A.E. (2011). *Drugs and Society*. (11th edition). Extraído el 20 de enero de 2012 desde [http://books.google.es/books/about/Drugs\\_and\\_Society.html?id=HCvrhJuBuWAC&redir\\_esc=y](http://books.google.es/books/about/Drugs_and_Society.html?id=HCvrhJuBuWAC&redir_esc=y).
111. Hawking, J.D., Catalano, R.F. y Miller, J.L. (1992). “Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention”. En *Revista Psychological Bulletin*, Vol. 112, N° 1. Pp. 64-105.
112. Hetteema, J., Steele, J., y Miller, W. R. (2008). “Entrevista Motivacional”. En *Revista de Toxicomanías*, N° 52. Pp. 3-25.
113. House of Metamorphosis. *Drug and Alcohol treatment program* (2011). Extraído el 20 de mayo de 2011 desde <http://www.houseofmetamorphosis.org/>.
114. Hser, Yih-Ing , Evans, E., Huang, D. y Messina, N. (2011). “Long-term outcomes among drug-dependent mothers treated in women-only versus mixed-gender programs”. En *Journal Of Substance Abuse Treatment*, Vol. 41, N° 2. Pp. 115-123.
115. Humensky, J. L. (2010). “Are adolescents with high socioeconomic status more likely to engage in alcohol and illicit drug use in early adulthood?” En *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 5:19. Extraído el 15 de noviembre de 2011 desde <http://www.substanceabusepolicy.com/content/5/1/19>.

116. Instituto de la Mujer (2007). *El consumo de alcohol y otras drogas entre las mujeres. Informe de resultados de las encuestas a mujeres en general y a escolares. N° 98*. Extraído el 4 de marzo 2010 desde [www.inmujer.migualdad.es/mujer/publicaciones](http://www.inmujer.migualdad.es/mujer/publicaciones).
117. Instituto de la Mujer y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2007). *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. Edita: Instituto de la Mujer y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Extraído el 23 de junio de 2010 desde [www.inmujer.migualdad.es/mujer/publicaciones/docs/Intervencion\\_en\\_drogodependencias.pdf](http://www.inmujer.migualdad.es/mujer/publicaciones/docs/Intervencion_en_drogodependencias.pdf).
118. Instituto Deusto de Drogodependencias (2001). *Las familias y sus adolescentes ante las drogas. El funcionamiento de la familia con hijos de comportamiento no problemático, consumidores y no consumidores de drogas. Avances en drogodependencias*. Edición a cargo de I. Vielva, L. Pantoja y J. A. Abeijón. Bilbao: Universidad de Deusto.
119. Instituto Deusto de Drogodependencias (2007). *¿Programas específicos de tratamiento para mujeres drogodependientes? Avances en drogodependencias*. Edición a cargo de L. Pantoja. Bilbao: Universidad de Deusto.
120. Instituto Nacional de Estadísticas (2009). *Boletín informativo del Instituto Nacional de Estadísticas: 11 de julio. Día mundial de la población*. Extraído el 7 de mayo de 2011 desde [www.ine.es/revistas/cifraine/0509.pdf](http://www.ine.es/revistas/cifraine/0509.pdf).
121. Junta de Castilla y León, Comisionado Regional para la Droga (2010). *Necesidades terapéuticas de las mujeres drogodependientes en los Centros de Tratamiento Ambulatorios y Residenciales de Castilla y León*. Extraído el 2 de julio de 2010 desde [www.jcyl.es](http://www.jcyl.es).
122. Kavafis Konstantinos (2011). *Ítaca*. Extraído el 9 de noviembre de 2011 desde <http://huespedes.cica.es/aliens/gittcus/kavafis>.
123. KENCEA (2011). Extraído el 8 de mayo de 2011 desde <http://www.kentheia.org.cy/archives/1>.
124. Kooyman, M. (1996). *La Comunidad Terapéutica para drogodependientes: Intimidad, implicación de los padres y éxito del tratamiento*. Bilbao: Ediciones Mensajero.

125. Leza Cerro, J. C. y Muñoz Madrigal (2009). “Opiáceos III. Tratamiento de la dependencia de opioides I. Agonistas opioides”. En Lorenzo, P., Ladero, J. M., Leza, J. C., Lizasoain, I. *Drogodependencias: Farmacología, Patología, Psicología, Legislación*. 3ª Edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana. Pp. 143-168.
126. Lizarraga, S., y Ayarra, M. (2001). “Entrevista Motivacional”. En *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. Vol. 24. Supl. 2. Pp. 43-54.
127. Llopis, J.J., Castillo, A., Rebollida, M. y Stocco, P. (2005). “Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en Europa. Claves para su comprensión e intervención”. En *Salud y Drogas*, Vol. 5, Nº 2. Pp. 137-158.
128. Lorea Conde, I., Tirapu Ustárroz, J., Landa, N. y López-Goñi, J.J. (2005). “Deshabitación de drogas y funcionamiento cerebral: una visión integradora”. En *Revista Adicciones*, Vol. 17, Nº 2. Pp. 121-129.
129. Lozano Aparicio, M., Miana Fernández, J. y Campos Remiro, C. (2010). *Mujeres drogodependientes: percepción del tratamiento en una Comunidad mixta*. Extraído el 15 de octubre 2011 desde [www.institutospiral.com/IIISYMPOSIUM/resumenes/Zaragoza.pdf](http://www.institutospiral.com/IIISYMPOSIUM/resumenes/Zaragoza.pdf).
130. Luengo, A., Romero, E., Gómez-Fraguela, J.A. y Villar, P. (2011). *Análisis de factores de prevención de recaídas y evaluación de los tratamientos de drogodependencias*. Extraído el 18 de octubre de 2011 desde <http://www.proyctohombre.es/archivos/29.pdf>.
131. Marlatt, A. G. y Witkiewitz, K. (2005). “Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems”. En Marlatt, A.G. and Donovan, D.M. *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: The Guilford Press. Pp. 1-44.
132. Martín del Moral, M. y Lorenzo Fernández, P. (2009a). “Conceptos fundamentales en drogodependencias”. En Lorenzo, P., Ladero, J. M., Leza, J. C., Lizasoain, I. *Drogodependencias: Farmacología, Patología, Psicología, Legislación*. 3ª Edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana. Pp. 1-25.
133. Martín del Moral, M. y Lorenzo Fernández, P. (2009b). “Fundamentos biopsicosociales de las drogodependencias. Prevención y tratamiento”. En Lorenzo, P.,



- Ladero, J. M., Leza, J. C., Lizasoain, I. *Drogodependencias: Farmacología, Patología, Psicología, Legislación*. 3ª Edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana. Pp. 27-61.
134. Martínez González, J.M., Trujillo Mendoza, H.M. y Robles Lozano, L. (2008) *Factores de riesgo, protección y representaciones sociales sobre el consumo de drogas: implicaciones para la prevención*. Edita: Junta de Andalucía Consejería para la igualdad y el bienestar social. Dirección General para las Drogodependencias Adicciones. Extraído el 12 de octubre 2011 desde [http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocialigualdadybienestarsocial/opencms/system/bodies/Drogodependencia/Publicacion/XI\\_PREMIO\\_DE\\_INVESTIGACION/XI\\_premio\\_de\\_investigacion.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocialigualdadybienestarsocial/opencms/system/bodies/Drogodependencia/Publicacion/XI_PREMIO_DE_INVESTIGACION/XI_premio_de_investigacion.pdf).
135. Mejía, P. (2009). “Proyecto Hombre Madrid, creciendo 25 años juntos”. En *Revista de la Asociación Proyecto Hombre, N° 71*. Pp. 3-5. Extraído el 21 de junio de 2010 desde [www.proyectohombre.es/images/revista-ph-71.pdf](http://www.proyectohombre.es/images/revista-ph-71.pdf).
136. Menéndez Gómez, J.C. y Yubero Fernández, A. (2008). “La evaluación de la comunidad terapéutica”. En *Revista Española de Drogodependencias, N° 33 (3)*. Pp. 348-366. Extraído el 17 de enero 2010 desde [www.aesed.com](http://www.aesed.com).
137. Míguez, Mª del C. (2006). “El estudio de la prevención de recaída en tabaquismo”. En *VI Congreso Nacional sobre la Prevención y Tratamiento del Tabaquismo, Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo*. Extraído el 3 de marzo 2010 desde [www.infocop.es](http://www.infocop.es).
138. Miller, W.R. (1983). “Motivational interviewing with problem drinkers” (Abstract). En *Behavioural Psychotherapy, Vol. 11, N° 2*. Pp. 147-172. Extraído el 15 de mayo 2011 desde <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=5845668&fulltextType=RA&fileId=S0141347300006583>.
139. Molina Galindo, C. (2005). “Prevención de drogodependientes”. En Ruiz Osuna, Mª del C. *Prevención escolar de las adicciones: actualización en drogodependencias*. Madrid: Formación Alcalá. Pp. 323-336.



140. Munarriz, B. (1992). *Técnicas y métodos en investigación cualitativa*. Extraído el 5 de marzo de 2012 desde <http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/2183/8533/1/CC-02art8ocr.pdf>. Pp. 101-112.
141. Naciones Unidas. Oficina contra la Droga y el Delito (2010). *Informe Mundial sobre las Drogas 2010. Resumen Ejecutivo*. Viena: Publicación de las Naciones Unidas. Extraído el 12 de marzo 2011 desde [www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2010.html](http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2010.html).
142. Naciones Unidas. Oficina contra la Droga y el Delito (2011). *Fiscalización de drogas*. Extraído el 17 de marzo 2011 desde [www.un.org/spanish/Depts/dpi/boletin/drogas/fiscalizacion.shtml](http://www.un.org/spanish/Depts/dpi/boletin/drogas/fiscalizacion.shtml).
143. National Association for Children of Alcoholics (2012). *Children of Addicted Parents: Important Facts*. Extraído el 30 de enero de 2012 desde <http://www.nacoa.net/pdfs/addicted.pdf>.
144. National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2001). *Principios de tratamientos para la drogadicción. Una guía basada en investigaciones*. Estados Unidos: NIH Publicación. Extraído el 5 de marzo 2010 desde [www.drugabuse.gov](http://www.drugabuse.gov).
145. National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2009). *Enfoques para el tratamiento de la drogadicción*. Extraído el 21 de noviembre 2009 desde [www.drugabuse.gov](http://www.drugabuse.gov). Pp. 1-6.
146. Núñez Flores, M.I. (2008). “Estrategia y técnica del diseño de investigación”. En *Investigación Educativa, Vol. 12, N° 21*. Pp. 33 – 41. Extraído el 6 de noviembre de 2011 desde [www.sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/inv\\_educativa/2008\\_n21/a04v12n21.pdf](http://www.sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/inv_educativa/2008_n21/a04v12n21.pdf).
147. Núñez Pérez, V. (2010). “Espacio carcelario/espacios educativos”. En Añños Bedriñana, F.T. (Coord.). *Las mujeres en las prisiones. La Educación Social en contextos de riesgo y conflicto*. Barcelona: Editorial Gedisa. Pp. 65-75.
148. Observatorio Español sobre Drogas (OED) (2009). *Informe 2009: Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Extraído el 24 de febrero de 2011 desde [www.pnsd.msc.es](http://www.pnsd.msc.es).

149. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) (2000). *Problems facing women drug users and their children*. Extraído el 3 de noviembre de 2009 desde [www.emcdda.europa.eu/attachements.../att\\_37237\\_ES\\_sel00\\_3es.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.../att_37237_ES_sel00_3es.pdf).
150. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) (2009). *Informe Anual 2009: El problema de la drogodependencia en Europa*. Extraído el 30 de junio de 2010 desde [www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2009](http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2009).
151. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) (2010a). *Acerca del OEDT*. Extraído el 30 de junio de 2010 desde [www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index376ES.html](http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index376ES.html).
152. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) (2010b). *Informe Anual 2010: El problema de la drogodependencia en Europa*. Extraído el 3 de marzo de 2011 desde [www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2010](http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2010).
153. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) (2010c). *Statistical bulletin 2010*. Extraído el 13 de marzo 2011 desde [www.emcdda.europa.eu/stats10](http://www.emcdda.europa.eu/stats10).
154. Olivar Arroyo, A. (2010). “La educación social en la comunidad terapéutica y otros dispositivos residenciales: aspectos generales”. En *La metodología de la Comunidad Terapéutica*. Edición a cargo de Domingo Comas Arnau. Edita: Fundación Atener Grupo Gid. Pp. 192-221. Extraído el 22 de enero de 2012 desde <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/251.pdf>.
155. Olivar Arroyo, A. y Pedrero Pérez, E.J. (2004). “Evaluación de la intervención socioeducativa en comunidad terapéutica: estudio de una muestra mediante el CCE-R”. En *Trastornos Adictivos N° 6, Vol. 1*. Pp.46-60. Extraído el 6 de abril de 2012 desde [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet? f=10&pidet\\_articulo=13056392&pidet\\_usuario=0&pcontactid=&pidet\\_revista=182&ty=29&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=182v06n01a13056392pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pidet_articulo=13056392&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=182&ty=29&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=182v06n01a13056392pdf001.pdf).
156. Olivar Arroyo, A., Sanchís Carrillo, E. y Ros Verdeguer, S. (2008). “El educador social en comunidad terapéutica: situación actual, reflexiones y propuestas”. En *Revista Española de Drogodependencias, N° 3*. Pp. 334-347.
157. Ordoñez Gutiérrez, A. L. (2006). *Feminismo y prostitución: fundamentos del debate actual en España*. Oviedo: Trabe.

158. Organización Mundial de la Salud (OMS) (2009). *Women and Health: Today's Evidence, Tomorrow's Agenda*. Ginebra: OMS. Extraído el 25 de noviembre 2009 desde [www.who.int](http://www.who.int).
159. Orte Socías, C. (1997). "Educación Social y Drogodependencias". En Petrus Rotger, A. (Coord.) *Pedagogía Social*. Barcelona: Editorial Ariel. Pp. 330-371.
160. Pantoja Vargas, L. (2010). "Actuación socioeducativa con mujeres presas: el papel de los educadores sociales". En Añaños, F.T. (Coord.). *Las mujeres en las prisiones. La Educación Social en contextos de riesgo y conflicto*. Barcelona: Editorial Gedisa. Pp. 123-136.
161. Pantoja Vargas, L. y Añaños Bedriñana, F.T. (2010). "Actuaciones socioeducativas con menores vulnerables, en riesgo, relacionados con la droga. Reflexiones críticas". En *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, N° 17. Pp. 109-122.
162. Parra Garcés, L.A (2002). *Prevención Integral un proceso de creación y construcción social*. Trabajo presentado en la asignatura Pedagogía y Drogas por la Dra. Fanny Añaños Bedriñana, noviembre 2009, Granada.
163. Pascual, F. (2009). "Antecedentes históricos de las Adicciones. Del siglo XIX hasta 1940". En Torres, M.A, Santodomingo, J., Pascual, F., Freixa, F. y Álvarez, C. (2009). *Historia de las adicciones en la España Contemporánea*. Edita: Socidrogalcohol. Pp. 13-36.
164. Peña Vera, T. y Pirela Morillo, J. (2007). "La complejidad del análisis documental". En *Información, cultura y sociedad*. N° 16. Pp. 55-81. Extraído el 5 de noviembre de 2011 desde <http://www.scielo.org.ar/pdf/ics/n16/n16a04.pdf>.
165. Pérez del Río, F., Lara, F. y González Gutiérrez, M. (2010). "Abuso sexual, prostitución y dependencia afectiva en drogodependientes". En *Revista Española de Drogodependencias*, Vol. 35, N° 3. Pp. 365-378.
166. Pérez Serrano, G. (1998). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes. II. Técnicas y análisis de datos*. Madrid: Editorial La Muralla.
167. Pérez Serrano, G. (2002). *Elaboración de proyectos sociales: casos prácticos*. Madrid: Narcea, S.A. de Ediciones.

168. Pérez Serrano, G. (Coord.) (2004a). *Modelos de Investigación Cualitativa en Educación Social y Animación Sociocultural. Aplicaciones prácticas*. Madrid: Narcea, S.A. de Ediciones.
169. Pérez Serrano, G. (Coord.) (2004b). *Pedagogía social, educación social: construcción científica e intervención práctica*. Madrid: Narcea, S.A. de Ediciones.
170. Picchi, M. (1995). *Proyecto Hombre: Un programa terapéutico para drogodependientes*. Bilbao: Ediciones Mensajero.
171. Piñeiro, B., Míguez, M<sup>a</sup> del C. y Becoña, E. (2010). “La entrevista motivacional en el tratamiento del tabaquismo: una revisión”. En *Revista Adicciones*, Vol. 22, Núm. 4. Pp. 353-364.
172. Pisinger C, Aadahl M, Toft U, Jørgensen T. (2010). *Motives to quit smoking and reasons to relapse differ by socioeconomic status*. Extraído el 10 de mayo de 2011 desde [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21047525](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21047525).
173. Plan Nacional Sobre Drogas (2001). *Drogas: Más información menos riesgos*. Ministerio del Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, Secretaría General Técnica. Extraído el 4 de abril de 2008 desde [www.pnsd.msc.es](http://www.pnsd.msc.es).
174. Plan Nacional Sobre Drogas (2008). *Memoria 2008*. Extraído el 13 de marzo de 2011 desde [www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/memo2008.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/memo2008.pdf).
175. Plan Nacional Sobre Drogas (2009a). *Área de Prevención*. Extraído el 29 de noviembre de 2010 desde [www.pnsd.msc.es](http://www.pnsd.msc.es).
176. Plan Nacional Sobre Drogas (2009b). *Memoria 2009*. Edita: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; Secretaría General de Política Social y Consumo; Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Extraído el 29 de noviembre de 2010 desde <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/memo2009.pdf>.
177. Pons Díez, X. (2004). *Prevención y tratamiento de drogodependencias*. Valencia: EDICEP.
178. Prochaska, J.O., DiClemente, C., y Norcross, J. (1994). “Cómo cambia la gente. Aplicaciones en los comportamientos adictivos”. En *Revista de Toxicomanías*, N<sup>o</sup> 1. Ediciones del Optimismo. Pp. 4-15.

179. Red Iberoamericana de ONGs que trabajan en drogodependencias (RIOD) (2010). *Experto subraya la eficacia de las comunidades terapéuticas contra la droga*. Extraído el 15 de junio de 2010 desde <http://www.riod.org/noticia.php?idn=136>.
180. Red Ucevista de preventores en drogas, Cuidad Universitaria de Caracas (2009). *Prevención Integral*. Extraído el 20 de noviembre de 2009 desde [www.reducv.com/prevencion.html](http://www.reducv.com/prevencion.html).
181. Rodríguez Álvarez, M. (2007). “La integración sociolaboral de drogodependientes. Premisas de intervención”. En *Salud y Drogas*, Vol. 7, N° 1. Pp. 187-203.
182. Rodríguez Molina, J.M. (2007). “Comparación de un programa libre de drogas y uno de mantenimiento con metadona en adictos a opiáceos”. En *Intervención Psicosocial*, 2007, Vol. 16, N° 3. Págs. 361-373.
183. Rodríguez Sabiote, C. y Gutiérrez Pérez, J. (2005). “Un modelo de validación de estudios empíricos en Investigación Educativa mediante procedimientos de triangulación. Aplicación a un estudio de caso sobre disfunciones y desajustes asociados a la reforma de un plan de estudios universitario”. En *Revista Portuguesa de Pedagogía*, Año 39, N° 1. Pp. 135-157.
184. Rojas Tejada, J., Fernández Prados, J.S. y Pérez Meléndez, C. (1998). *Investigar mediante encuestas: fundamentos teóricos y aspectos prácticos*. Madrid: Síntesis.
185. Rojas Valero, M. (2001). “Factores de riesgo y protectores identificados en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas. Revisión y análisis del estado actual”. En Zavaleta Martínez-Vargas, A. (Editor). *Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas en la juventud*. Pp. 53-93. Lima: Cedro. Extraído el 12 de noviembre desde <http://www.cedro.org.pe/ebooks/ebooks2.htm>.
186. Roldán Intxusta, G. (2004). “La función de la comunidad terapéutica, ayer y hoy”. En *Desafíos y avances en prevención y el tratamiento de las drogodependencias*. Edita: Asociación Proyecto Hombre. Pp.239-254. Extraído el 25 de octubre de 2005 desde [www.proyectohombre.es](http://www.proyectohombre.es).
187. Rollnick, S. y Miller, W. R. (1996). “¿Qué es la Entrevista Motivacional?”. En *Revista de Toxicomanías*, N° 6. Pp. 4-8.

188. Romero Reséndez, R. (2003). “La prevención de recaídas en participantes adictos”. En *Enfoques de tratamiento en adicciones*. Pp. 1-19. Extraído el 25 de febrero de 2010 desde *Centros de Investigación Juvenil, A.C.*, [www.cij.gob.mx](http://www.cij.gob.mx).
189. Romo Avilés, N. y Gil García, E. (2006). “Género y uso de drogas: De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar”. En *Revista Trastornos Adictivos, N° 8, Vol. 4*. Pp. 243-250. Extraído el 14 de abril de 2012 desde <http://www.psiquiatria.com/articulos/adicciones/drogas/30983/>.
190. Ruiz Bolívar, C. (2008). “El Enfoque Multimétodo en la Investigación Social y Educativa: Una Mirada desde el Paradigma de la Complejidad”. En *Revista de Filosofía y socio política de la educación. N° 8, año 4*. Pp. 13-28.
191. Ruiz Osuna, M<sup>a</sup>. del C. y Doncel Berlanga, M.L. (2005). “Conceptos básicos”. En Ruiz Osuna, M<sup>a</sup> del C. *Prevención escolar de las adicciones: actualización en drogodependencias*. Madrid: Formación Alcalá. Pp. 13-26.
192. Sáez Carreras, J. (1997). “La construcción de la pedagogía social: algunas vías de aproximación”. En Petrus Rotger, A. (Coord.). *Pedagogía Social*. Barcelona: Editorial Ariel, S.A. Pp. 42-66.
193. Salgado Lévano, A. C. (2007). “Investigación cualitativa: Diseños, evaluación del rigor metodológico y retos”. En *Liberabit, Revista Científica en Psicología, N° 13*. Pp. 71-78. Extraído el 6 de noviembre de 2011 desde <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v13n13/a09v13n13.pdf>.
194. San Molina, L. (2005). “Evolución de la dependencia de heroína y su asistencia en España”. En *Revista Adicciones, Vol. 17, Supl. 2*. Pp. 9-19.
195. Sánchez Castaño, M<sup>a</sup> T. (2004). “La prevención de las drogodependencias en el marco educativo”. En *Cinensino. Una propuesta teórica y metodológica para la prevención del consumo de drogas*. Santiago de Compostela: Estinga Servicios Sociales. Pp. 28-36.
196. Santodomingo Carrasco, J. (2009). “Historia de las adicciones y su abordaje en España”. En Torres, M.A, Santodomingo, J., Pascual, F., Freixa, F. y Álvarez, C. (2009). *Historia de las adicciones en la España Contemporánea*. Edita: Socidrogalcohol. Pp. 37-82.

197. Santos Diez, P., González Martínez, G., Fons Bines, M.R., Forcada Chapa, R. y Zamorano García, C. (2001). “Estadios y procesos de cambio en drogodependientes en tratamiento ambulatorio”. En *Revista Adicciones*, Vol. 13, N° 2. Pp. 147-152.
198. Sarduy Domínguez, Y. (2007). “El análisis de información y las investigaciones cuantitativa y cualitativa”. En *Revista Cubana Salud Pública*, Vol. 33, N° 2. Extraído el 5 de noviembre de 2011 desde [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33\\_3\\_07/spu20207.htm#cargo](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_3_07/spu20207.htm#cargo).
199. Secades Villa, R. (1997). “Evaluación conductual en prevención de recaídas en la adicción a las drogas: estado actual y aplicaciones clínicas”. En *Psicothema*, Vol. 9, N° 2. Pp. 259-270.
200. Secades Villa, R. y Fernández Hermida, J.R. (2001). “Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína”. En *Psicothema*, Vol. 13, N° 3. Pp. 365-380. Extraído el 6 de febrero de 2012 desde <http://www.psicothema.com/pdf/460.pdf>.
201. Secades Villa, R., García Rodríguez, O., Fernández Hermida, J.R. y Carballo, J.L. (2007). “Fundamentos Psicológicos del tratamiento de las drogodependencias”. En *Papeles del Psicólogo*, enero-abril, año/vol. 28, N° 001. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Madrid, España. Pp. 29-40.
202. Seidenberg, A. y Honegger, U. (2000). *Metadona, Heroína y Otros Opioides: Manual para un tratamiento ambulatorio de mantenimiento con opioides*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
203. Serrano López, M. (2005). “Fase de incorporación social: Centros de Día, Pisos de reinserción, programas de incorporación social”. En Ruiz Osuna, M<sup>a</sup> del C. *Prevención escolar de las adicciones: actualización en drogodependencias*. Madrid: Formación Alcalá. Pp. 303-321.
204. Shader, M. (2012). *Risk Factors for Delinquency: An Overview*. Extraído el 1 de febrero de 2012 desde <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ojdp/frd030127.pdf>.
205. Shelly, N., Miller, R. W., y Manicke, M. (2001). “Entrevista Motivacional, resultados de un estudio piloto con mujeres bebedoras embarazadas”. En *Revista de Toxicomanías*, N° 29. Pp. 44-48.



206. Simonelli, A. y Calvo, V. (2003). “Comunidades terapéuticas para madres drogadictas con hijos”. En *Revista Adicciones*, Vol.15, Nº 2. Pp. 165-176.
207. Tejero, A. y Trujols, J. (1994). “El modelo transteorético de Prochaska y Diclemente: un modelo dinámico de cambio en el ámbito de las conductas adictivas”. En Graña Gómez, J. L. (1994). *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate. Pp. 3-43.
208. Tirapu Ustárroz, J., Landa, N. y Lorea Conde, I. (2003). “Sobre las recaídas, la mentira y la falta de voluntad de los adictos”. En *Revista Adicciones*, Vol. 15, Nº 1. Pp. 7-16.
209. Tójar Hurtado, J.C. (2006). *Investigación cualitativa. Comprender y actuar*. Madrid: Editorial La Muralla, S.A.
210. Toro, R. (2008). *Biodanza*. Chile: Espacio Indigo. 2ª Edición.
211. Turbi Pinazo, A. M. (2008). “¿Cómo abordar una entrevista motivacional?”. En Añaños Bedriñana, F., Del Pozo Serrano, F. J. y Mavrou, I. (Coord.) *Educación Social en el Ámbito Penitenciario: Mujeres, Infancia y Familia*. Editorial Nativola, Granada. Pp. 477-487.
212. Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD) (2007). *Tutor referencial: un modelo de intervención Ensayo de prevención inespecífica de drogodependencias de UNAD*. Extraído el 4 de junio de 2011 desde [www.unad.org/upload/30/40/tutor\\_referencial.pdf](http://www.unad.org/upload/30/40/tutor_referencial.pdf).
213. Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD) (2009). *Perfil del drogodependiente en España: consumidor de cocaína, estudia o trabaja, y acude a un centro asistencial tras más de 6 años de consumo*. Extraído el 6 de julio de 2010 desde [www.unad.org/actualidad/noticias/archivo/38213.html](http://www.unad.org/actualidad/noticias/archivo/38213.html).
214. Universidad de Nicosia (2010). *Información sobre la población general de Chipre para el tabaco, el alcohol y otras sustancias psicoactivas*. Nicosia: Consejo Antidrogas de Chipre.
215. Urbano Aljama, A. y Arostegi Santamaría, E. (2004). *La mujer drogodependiente. Especificidad de género y factores asociados*. Bilbao: Edit. Universidad de Deusto.
216. V Plan Vasco de Drogodependencias apuesta por la promoción de la salud y la reducción de daños. Extraído el 20 de mayo 2010 desde [www.ordago.net](http://www.ordago.net).



217. Valero Balboa, L.C. (2005). “Fase de Desintoxicación”. En Ruiz Osuna, M<sup>a</sup> del C. *Prevención escolar de las adicciones: actualización en drogodependencias*. Madrid: Formación Alcalá. Pp. 265-282.
218. Vega Fuente, A. (1983). *Los educadores ante las drogas*. Madrid: Santillana.
219. Vega Fuente, A. (2008). La educación escolar sobre drogas: entre datos y retos. En “*Drogas y Escuela VII: Las drogas entre los escolares de Euskadi veinticinco años después*”. Bilbao: Instituto Deusto de Drogodependencias. Pp. 415-495.
220. Vielva, I. (2001). “La disciplina y las prácticas educativas”. En *Las familias y sus adolescentes ante las drogas. El funcionamiento de la familia con hijos de comportamiento no problemático consumidores y no consumidores de drogas. Avances en drogodependencias* (Edición a cargo de I. Vielva, L. Pantoja y J.A. Abejón). Bilbao: Universidad de Deusto. Pp. 101-149.
221. Walitzer, K. y Dearing, R. (2006). “Gender differences in alcohol and substance use relapse”. En *Clinical Psychology Review*, Vol. 26. Pp. 128–148.
222. Wikipedia (2011). *Chipre*. Extraído el 20 de julio de 2011 desde <http://es.wikipedia.org/wiki/Chipre>.
223. Yates, R., Rawlings, B., Broekaert, E. y De Leon, G. (2006). “Brief Encounters: The development of European Drug Free Therapeutic Communities and the origins of the European Federation of Therapeutic Communities”. En *International Journal of Therapeutic Communities*, N<sup>o</sup> 27, Vol. 1. Pp. 5-11. European Federation of Therapeutic Communities papers. Extraído el 5 de julio de 2010 desde [www.eftc-europe.com/tcjournal/issues/27.1.pdf](http://www.eftc-europe.com/tcjournal/issues/27.1.pdf).
224. Youth Justice Board (2005). *Risk and Protective factors*. Research undertaken by Communities that Care on behalf of The Youth Justice Board. Extraído el 28 de julio de 2011 desde [www.yjb.gov.uk/Publications/Resources/Downloads/RPF%20Report.pdf](http://www.yjb.gov.uk/Publications/Resources/Downloads/RPF%20Report.pdf)





*ugr* | Universidad  
de Granada

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΤΗΣ ΓΡΑΝΑΔΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟΥ**

**ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ**

**ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ, ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ  
ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ ΣΕ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ  
ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ  
*PROYECTO HOMBRE* ΣΤΗ ΓΡΑΝΑΔΑ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ *ΠΥΞΙΔΑ* ΣΤΗ  
ΛΕΥΚΩΣΙΑ.**

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ**

**RESUMEN EN GRIEGO**

**ΙΩΣΗΦΙΝΑ ΜΑΥΡΟΥ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Dra. FANNY TANIA AÑAÑOS BEDRIÑANA  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ: ΒΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ  
ΚΛΑΔΟΣ: ΘΕΩΡΙΑ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ**

**ΓΡΑΝΑΔΑ, 2012**



**ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ, ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ Η ΠΡΟΛΗΨΗ  
ΤΗΣ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ ΣΕ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ:  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΤΗΣ  
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ PROYECTO HOMBRE ΣΤΗ  
ΓΡΑΝΑΔΑ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΠΥΞΙΔΑ ΣΤΗ ΛΕΥΚΩΣΙΑ.**

---

Το ζήτημα της τοξικοεξάρτησης, κατά τις τελευταίες δεκαετίες, παρουσιάζει ένα εξελικτικό ενδιαφέρον, καθώς και ωφελιμότητα, γεγονός που έχει δημιουργήσει μία σημαντική δραστηριότητα σε επίπεδο επιστημονικής και ακαδημαϊκής έρευνας, παρεμβατικών προγραμμάτων, κλπ. Το ενδιαφέρον αυτό υποστηρίζεται από την Κοινωνική Εκπαίδευση, επιστήμη και επάγγελμα που μελετά τα θέματα που συνδέονται τόσο με την κοινωνικοποίηση των ατόμων όσο και με την αποξένωση τους, ενώ παράλληλα αποβλέπει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους από μια σκοπιά ξεχωριστή και ουσιαστικά πρακτική.

Στην παρούσα διατριβή συγχωνεύονται πολλά στοιχεία που καθορίζουν διαφορετικά πεδία έρευνας στον τομέα της εκπαίδευσης. Από τη μία πλευρά εκδηλώνουμε μεγάλο ενδιαφέρον για τη συμμετοχή της Κοινωνικής Εκπαίδευσης στην τοξικομανία, συγκεκριμένα στα κέντρα απεξάρτησης ναρκωτικών καθώς από την άλλη, επιδιώκουμε να διερευνήσουμε την πιθανότητα βελτίωσης της ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων στις Θεραπευτικές Κοινότητες (Θ.Κ.) και την επανεκπαίδευση τους κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Η σύνδεση αυτών των πεδίων ανταποκρίνεται στην ανάγκη να προσδιορίσουμε τους παράγοντες κινδύνου και προστασίας του πληθυσμού μας με σκοπό την πρόληψη μιας επικείμενης υποτροπής και την επίτευξη μιας μόνιμης ή παρατεταμένης αποχής από τη χρήση. Αυτή η ανάγκη αποτελεί την αρχική ιδέα και το βασικό κίνητρο για την εκπόνηση αυτής της διατριβής.

Όλη μας η προσπάθεια έχει διοχετευτεί σε αυτό το στόχο, καθώς η ανάπτυξη όλων των περιεχομένων έχει βασιστεί σε αυτό. Η κοινωνικο-εκπαιδευτική έρευνα και ανάλυση των προγραμμάτων των Θ.Κ. του Proyecto Hombre και Πυξίδα που πραγματοποιήθηκαν στην Ισπανία και την Κύπρο αντίστοιχα, κατόπιν σύγκρισης, μας οδήγησε στο να ερευνήσουμε τα εκπαιδευτικά μέσα που μπορούν να υποστηρίξουν την ενδυνάμωση των προστατευτικών παραγόντων όπως και τον περιορισμό των παραγόντων κινδύνου στους χρήστες ώστε να αποφευχθεί η υποτροπή.

Η προσέγγιση μας επικεντρώνεται σε αυτού του είδους τα κέντρα (Θεραπευτικές Κοινότητες), διότι η θεραπεία που παρέχεται βασίζεται συνήθως στην ψυχολογική και σωματική αποκατάσταση των ατόμων και όχι στην επανεκπαίδευση τους ούτε στην ανάπτυξη τους την προσωπική, την οικογενειακή, την κοινωνικό-επαγγελματική...

Η Κοινωνική Εκπαίδευση, κατά την Añãños Bedriñana (2008: 230), μετατρέπεται σε εκπαιδευτική ελπίδα και μέσο κατάκτησης ενός καλύτερου και αξιοπρεπούς μέλλοντος, κυρίως για τις αποκλεισμένες και προβληματικές ομάδες καθώς επίσης στην εμπύχωση, προώθηση, ανάπτυξη τους, κτλ. μέσα σε αυτόν τον μεταμοντέρνο και παγκοσμιοποιημένο κόσμο. Η Κοινωνική Εκπαίδευση αποτελεί το εργαλείο άμεσης δράσης στο πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης.

Η έρευνα γύρω από τις εξαρτήσεις και τις καταχρήσεις γενικότερα, είναι ένας ιδιαίτερα ανεπτυγμένος τομέας στην Ισπανία από την δεκαετία του '80, όπως και η Αγωγή στα θέματα Υγείας που αποτελεί ακόμη έναν αναδυόμενο κλάδο της Κοινωνικής Εκπαίδευσης (Añãños Bedriñana, 2010a). Αποσκοπεί στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των τοξικομανών και στην κοινωνική τους ενσωμάτωση (Pérez Serrano, 2005· αναφέρεται στο Añãños Bedriñana, 2010a), καθώς και στην εξασφάλιση της κοινωνικής τους ωρίμανσης, στην ενθάρρυνση των ανθρωπίνων σχέσεων και στην προετοιμασία του ατόμου ώστε να επανενταχθεί στην κοινωνία.

Αυτό που επιδιώκουμε είναι να ερευνήσουμε τους παράγοντες που οδηγούν στην κατάχρηση των ναρκωτικών και κατ' επέκταση να ανακαλύψουμε τα στοιχεία που είτε ευνοούν είτε δυσχεραίνουν την εκτεταμένη ή οριστική απεξάρτηση των ατόμων. Το δικό μας ενδιαφέρον επικεντρώνεται στην κοινωνικο-εκπαιδευτική παρέμβαση και στην υποστήριξη της από τα Εξατομικευμένα και Ομαδικά Εκπαιδευτικά Προγράμματα (ΕΕΠ και ΟΕΠ). Τα Εξατομικευμένα Εκπαιδευτικά Προγράμματα θα μας βοηθήσουν να επέμβουμε με βάση τις προτεραιότητες που προβάλλει το ίδιο το άτομο, η οικογένεια του, ο κοινωνικός του περίγυρος κτλ., ενώ τα Ομαδικά θα μας επιτρέψουν να επέμβουμε όσον αφορά στην επικοινωνιακή του ικανότητα (Pantoja Vargas, 2010: 134). Αυτά τα προγράμματα αποτελούν ένα καλό μέσο για τη ανάπτυξη των δεξιοτήτων που θα τους προστατεύσουν από τους παράγοντες που τους οδήγησαν στην κατάχρηση των ναρκωτικών και στην υποτροπή.

Στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας έρευνας, με τίτλο **Βασικές έννοιες, παραγοντες και πρόληψη της ουσιοεξάρτησης**, επικεντρωνόμαστε στην παρουσίαση των εννοιών "ναρκωτικά",

"χρήση" και "θεραπεία", βασικές γνώσεις στον τομέα της ουσιοεξάρτησης. Ακόμη, αναπτύσσονται οι συγγενέστεροι και πιο σημαντικοί όροι που σχετίζονται με την τοξικοεξάρτηση και που συνδέονται άμεσα με το δικό μας πληθυσμό των Θ.Κ. του Proyecto Hombre στη Γρανάδα και Πυξίδα στη Λευκωσία. Αποτελούν τις θεωρητικές πληροφορίες που εμπίπτουν στο πλαίσιο της Κοινωνικής Εκπαίδευσης.

Από όλες τις έννοιες και όρους που παρουσιάστηκαν, δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στους όρους *κίνητρο* και *υποτροπή*. Το *κίνητρο* διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο, όχι μόνο κατά την είσοδο του ατόμου σε θεραπεία, αλλά και για να μην υποτροπιάσει. Επίσης, η οικογένεια, τα τέκνα και η/ο σύντροφος μπορούν να παρακινήσουν τα άτομα να πετύχουν μια μόνιμη ή παρατεταμένη αποχή από τη χρήση. Κατά τον ίδιο τρόπο, παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον τα προγράμματα υποτροπής· μας προσφέρουν τις απαραίτητες γνώσεις και εργαλεία για να προτείνουμε έπειτα τρόπους παρέμβασης για το πρόγραμμα της Θ.Κ. του Proyecto Hombre με στόχο τη βελτίωση της υπάρχουσας κατάστασης των συμμετεχόντων.

Από την άλλη πλευρά, η μελέτη των παραγόντων προστασίας και επικινδυνότητας μας προσφέρει την κατάλληλη πληροφόρηση για να επισημάνουμε στο δικό μας πληθυσμό ποιες καταστάσεις τους οδήγησαν στη χρήση και ποιες μπορούν να τους προστατέψουν στο μέλλον για να παραμείνουν απεξαρτημένοι. Αυτές τις αναφορές τις συσχετίζουμε με τους προσωπικούς φακέλους και ερωτηματολόγια των συμμετεχόντων με σκοπό να δούμε μέχρι ποιο σημείο, το πρόγραμμα της Θ.Κ. του Proyecto Hombre, τους κινητοποιεί να ενδυναμώσουν τους παράγοντες προστασίας και να απέχουν από τον κόσμο των ναρκωτικών αφού ολοκληρώσουν τη θεραπεία τους.

Στο ίδιο κεφάλαιο ορίζεται η *ολική πρόληψη* όπως και τα διαφορετικά επίπεδα πρόληψης (καθολική, επιλεκτική, ενδεδειγμένη και καθοριστική). Αυτά τα επίπεδα πρόληψης, σε σχέση με τους παράγοντες προστασίας και επικινδυνότητας, θα μας βοηθήσουν να επικεντρωθούμε στα δυνατά και αδύναμα σημεία των συμμετεχόντων και να προσπαθήσουμε να βασίσουμε τις προτάσεις παρέμβασής μας στην επανεκπαίδευση τους.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, ***Η κατάσταση των ναρκωτικών***, παρουσιάζουμε την πραγματικότητα των ναρκωτικών σε ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο, επικεντρώνοντας το ενδιαφέρον μας στην Ισπανία και την Κύπρο. Με τον ίδιο τρόπο, κάνουμε αναφορά στην

ιδιαιτερότητα του φύλου και στη σχέση του με την ουσιοεξάρτηση και στις συνέπειες που επιφέρει η χρήση.

Η ανάλυση της παρούσας κατάστασης σε ευρωπαϊκό επίπεδο μας βοηθά να γνωρίσουμε το πρόβλημα που υπάρχει στην Ευρώπη, το προφίλ του εξαρτημένου ατόμου στην Ισπανία, την κύρια ναρκωτική ουσία χρήσης κτλ., για να το συγκρίνουμε στη συνέχεια με το άτομο που καταφεύγει στην Θ.Κ. του Proyecto Hombre στη Γρανάδα.

Κατά τον ίδιο τρόπο παρουσιάζουμε την κατάσταση στην Ισπανία και την Κύπρο. Στόχος μας είναι να παρουσιάσουμε το φαινόμενο των ναρκωτικών στις δύο χώρες, για να σκιαγραφήσουμε το προφίλ του εξαρτημένου ατόμου, όπως επίσης, και τις ομοιότητες και διαφορές που παρουσιάζουν σε σχέση με τους δικούς μας συμμετέχοντες των Θ.Κ. του Proyecto Hombre στη Γρανάδα και Πυξίδας στη Λευκωσία.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η ιδιαιτερότητα των δύο φύλων σε σχέση με την τοξικοεξάρτηση, όπου σε ειδικό υποκεφάλαιο επισημαίνουμε τη δυσκολία που αντιμετωπίζουν, σχετικά με τους παράγοντες επικινδυνότητας και προστασίας, οι γυναίκες σε αντίθεση με τους άνδρες. Η αναφορά μας σε αυτό το θέμα, ενεργεί σαν σημείο αναφοράς και σύγκρισης με τις γυναίκες που συμμετέχουν στην Θ.Κ. του Proyecto Hombre, με σκοπό να επισημάνουμε τις ανάγκες τους και να επικεντρωθούμε στους παράγοντες προστασίας και επικινδυνότητας που τις χαρακτηρίζουν.

Μια άλλη πτυχή που μελετάμε είναι οι συνέπειες που επιφέρουν τα ναρκωτικά στα άτομα, όπως για παράδειγμα προβλήματα υγείας, ανεργία, στέρηση στέγης... Μελετώντας τους προσωπικούς φακέλους των μελών μας βλέπουμε ότι παρουσιάζουν τις ίδιες επιπτώσεις που επιφέρουν τα ναρκωτικά στο γενικότερο πληθυσμό, γεγονός που μας αποδεικνυεί την ανάγκη να ενδυναμώσουμε τους παράγοντες προστασίας κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους.

Στο τρίτο κεφάλαιο *Δράση με εξαρτημένα άτομα*, παρουσιάζουμε τα διάφορα μοντέλα δράσης για τη θεραπεία εξαρτημένων συμπεριφορών, με στόχο να γνωρίσουμε την επιτυχία τους και κατά πόσο μπορούν να υλοποιηθούν στην περίπτωση των δικών μας συμμετεχόντων στην Θ.Κ. του Proyecto Hombre.

Αρχικά, παρουσιάζουμε το *Διαθεωρητικό Μοντέλο των Prochaska και DiClemente*, ένα μοντέλο που μας βοηθά να δούμε τις αλλαγές που επιφέρει στην συμπεριφορά του εθισμένου. Τα πέντε στάδια αλλαγής, σύμφωνα με τους Prochaska y DiClemente είναι: *αδιαφορία, σκέψη, προετοιμασία, δράση και διατήρηση*. Αυτό το μοντέλο υποστηρίζει ότι η υποτροπή αποτελεί



μέρος της διαδικασίας της θεραπείας του εξαρτημένου ατόμου. Όπως παρουσιάζεται στους προσωπικούς φακέλους των συμμετεχόντων στις Θ.Κ. του Proyecto Hombre και Πυξίδα, περισσότεροι από τους μισούς παρουσίασαν υποτροπή στο παρελθόν, γεγονός που μας αποδεικνύει την ανάγκη ενδυνάμωσης των παραγόντων προστασίας. Το *Διαθεωρητικό Μοντέλο των Prochaska και DiClemente* μας βοηθά να καταλάβουμε τη συμπεριφορά των δικών μας μελών και να συμβάλουμε για μια οριστική ή μακροχρόνια αποχή από τη χρήση.

Ακόμη, η *Συνέντευξη Κινητοποίησης* είναι ένα κατευθυντικό θεραπευτικό εργαλείο, που επικεντρώνεται στο εξαρτημένο άτομο και ενισχύει την προετοιμασία για αλλαγή, βοηθώντας το να ανακαλύψει και να επιλύσει την αμφιθυμία του. Αυτό το μοντέλο δράσης μας δίνει τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσουμε κάποια εργαλεία με τα δικά μας μέλη και να τους ενθαρρύνουμε να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους αφού τελιώσουν τη θεραπεία τους.

Ένα νέο μοντέλο που είναι άμεσα συνδεδεμένο με την Κοινωνική Εκπαίδευση και αποτελεί μια πρόταση για παρέμβαση σε τοξικοεξαρτημένα άτομα είναι το *Κοινωνικοεκπαιδευτικό Μοντέλο*. Η Κοινωνική Εκπαίδευση, σύμφωνα με τον Pantoja Vargas (2010: 123), επικεντρώνει την προσοχή του στα άτομα και τις ομάδες με προβλήματα αποκλεισμού, περιθωριοποίησης και κοινωνικής αναπροσαρμογής, ανεξάρτητα από την ηλικία ή το φύλο τους.

Στις Θεραπευτικές Κοινότητες (Θ.Κ.) και στη θεραπεία της ουσιοεξάρτησης γενικότερα, οι παρεμβάσεις που πραγματοποιούνται - σύμφωνα με την Παιδαγωγία και την Κοινωνική Εκπαίδευση-, βρίσκουν τη στήριξή τους στο σχεδιασμό των Εξατομικευμένων Εκπαιδευτικών Προγραμμάτων (Ε.Π.Π.) και Ομαδικών Εκπαιδευτικών Προγραμμάτων (Ο.Ε.Π.). Σε αυτή την έρευνα το ενδιαφέρον και οι προτάσεις μας επικεντρώνονται στο κοινωνικοεκπαιδευτικό μοντέλο και συγκεκριμένα στα Ε.Π.Π. και Ο.Ε.Π. Επικεντρωνόμαστε σε αυτό το μοντέλο γιατί πιστεύουμε ότι το εξαρτημένο άτομο έχει δυνατότητες εξέλιξης και το κοινωνικό μοντέλο συμβάλει καθοριστικά σε αυτό, για να πετύχει μια οριστική ή μακροχρόνια αποχή από τη χρήση.

Παρουσιάζουμε επίσης τα διάφορα *κέντρα περίθαλψης των ουσιοεξαρτημένων ατόμων*, επικεντρώνοντας το ενδιαφέρον μας στις Θεραπευτικές Κοινότητες (Θ.Κ.), μια από τις βασικές κατηγορίες της έρευνάς μας. Για αυτό το λόγο, το ενδιαφέρον και οι προτάσεις μας παρέμβασής επικεντρώνονται στο κοινωνικοεκπαιδευτικό μοντέλο και στις Θεραπευτικές Κοινότητες επειδή συσχετίζονται με το δικό μας πληθυσμό.

Το τέταρτο κεφάλαιο είναι από τα πιο σημαντικά αυτής της έρευνας και φέρει τον τίτλο **Πρόληψη της υποτροπής**. Το ενδιαφέρον στηρίζεται στο μοντέλο της πρόληψης της υποτροπής που αναπτύχθηκε από τους *Marlatt και Gordon*. Αυτό το μοντέλο υποστηρίζει ότι, ανάμεσα στο στάδιο αποχής από τη χρήση ενός ατόμου κατά τη θεραπεία και την εμφάνιση υποτροπής, μεσολαβεί μια κατάσταση υψηλού κινδύνου που αυξάνει τις πιθανότητες για υποτροπή. Θεωρούμε ότι αυτό το μοντέλο μπορεί να αποβεί ωφέλιμο στην Θ.Κ. του Proyecto Hombre καθώς και να αποτελέσει μέρος της πρότασης μας για βελτίωση της ζωής των μελών της.

Κατά τον ίδιο τρόπο επικεντρώναστε στις *υποτροπές που παρουσιάζουν οι γυναίκες ναρκωμανείς και στις διαφορές του φύλου*. Εδώ θέλουμε να επισημάνουμε τις καταστάσεις επικινδυνότητας που οδηγούν τις γυναίκες σε υποτροπή, όπως επίσης, τις διαφορές που έχουν σε σχέση με τους άνδρες χρήστες ναρκωτικών ουσιών. Αυτό το κεφάλαιο μας βοηθά να γνωστοποιήσουμε στα μέλη μας τα κίνητρα που τους οδηγούν σε υποτροπή αναφορικά με το φύλο όπως επίσης, να επιλέξουμε τον καλύτερο τρόπο παρέμβασης ώστε να ενδυναμώσουμε τους παράγοντες προστασίας και να αποφύγουμε τις υποτροπές.

Κλείνοντας, κάνουμε αναφορά στα άτομα που βρίσκονται σε θεραπεία και στην πρόληψη της υποτροπής. Εντοπίζουμε τα σημάδια προειδοποίησης, δηλαδή, τον τρόπο σκέψης και τις συμπεριφορές που τους οδηγούν σε υποτροπή, καθώς επίσης την ανάγκη δημιουργίας νέων συνηθειών στη ζωή τους και συγκεκριμένα σε τομείς όπως είναι η οικογένεια, η αναψυχή και ο ελεύθερος χρόνος, η επαγγελματική και ακαδημαϊκή κατάρτιση και η υγεία.

Όλα τα στοιχεία που αναφέραμε έως εδώ αντιπαραθέτονται στο ένατο κεφάλαιο και στις πληροφορίες που έχουμε συγκεντρώσει από τους προσωπικούς φακέλους και τα ερωτηματολόγια που εφαρμόσαμε στα μέλη των Θ.Κ. του Proyecto Hombre και της Πυξίδας (προηγούμενες θεραπείες, αιτίες υποτροπής, παράγοντες επικινδυνότητας και πρόληψη υποτροπής...). Στόχος μας είναι να επισημάνουμε τους παράγοντες προστατευτικότητας και καταστάσεις υψηλού κινδύνου σε κάθε άτομο ξεχωριστά και με τις κατάλληλες στρατηγικές να προτείνουμε κάποιες παρεμβατικές προτάσεις. Κατά τον ίδιο τρόπο, αυτά τα στοιχεία αντιπαραθέτονται με την κοινωνικο-εκπαιδευτική ανάλυση του προγράμματος της Κοινότητας του Proyecto Hombre, για να εξετάσουμε μέχρι ποιο βαθμό το πρόγραμμα ενδυναμώνει τα δυνατά στοιχεία των μελών του κατά τη διάρκεια της θεραπείας, για να επιτύχουν μια οριστική ή μακροχρόνια αποχή από τη χρήση.

Περνώντας στο πέμπτο κεφάλαιο, εξετάζουμε την **Κατάσταση των Θεραπευτικών Κοινοτήτων**, όπου παρουσιάζουμε τί είναι οι Θ.Κ., την εξέλιξή τους, πώς λειτουργούν, όπως επίσης παραθέτουμε κάποια προγράμματα Θ.Κ., τόσο στην Ισπανία όσο την Ευρώπη και τις Ηνωμένες Πολιτείες, για να τα αντιπαραβάλουμε με το πρόγραμμα της Κοινότητας του Proyecto Hombre στη Γρανάδα. Εστιάζουμε σε αυτού του είδους το πρόγραμμα, διότι μας ενδιαφέρει να το μελετήσουμε μέσα από μια κοινωνικο-εκπαιδευτική και όχι ψυχολογική σκοπιά. Επίσης, επειδή είναι ένας χώρος όπου τα άτομα απομακρύνονται από την οικογένεια τους και από το προηγούμενο περιβάλλον συναναστροφής και προσπαθούν να επιλύσουν αυτά τα προσωπικά ζητήματα που τους οδήγησαν στη χρήση (παράγοντες επικινδυνότητας), να βελτιώσουν τις οικογενειακές τους σχέσεις και να καταρτιστούν επαγγελματικά (παράγοντες προστασίας) με στόχο την αποχή από τη χρήση.

Κάνουμε αναφορά στη σημασία που δίνει η Θ.Κ. στην ανάμειξη της οικογένειας κατά τη διάρκεια της θεραπείας, στοιχείο στο οποίο επίσης βασίστηκε η έρευνα μας. Συνεχίζουμε την ανάλυση μας μελετώντας την επιρροή που έχει η οικογένεια στο άτομο με προβλήματα τοξικοεξάρτησης, κάνοντας αναφορά στους παράγοντες προστασίας και επικινδυνότητας. Επίσης, πώς η οικογένεια μπορεί να λειτουργήσει σαν παράγοντας προστασίας για να αποφευχθεί μια μελλοντική υποτροπή.

Κατά τον ίδιο τρόπο, παρουσιάζουμε τα προγράμματα των Ισπανικών Οργανώσεων PATIM, AGIPAD και DIANOVA, το ελληνικό πρόγραμμα ΚΕΘΕΑ-ΙΘΑΚΗ και το HOUSE OF METAMORPHOSIS των Ηνωμένων Πολιτειών. Στόχος είναι να συγκρίνουμε αυτά τα προγράμματα με αυτό του Proyecto Hombre και της Πυξίδας και να προβάλουμε ομοιότητες και διαφορές ανάμεσα τους. Οι προτάσεις παρέμβασης μας θα βασιστούν στην δομή και τρόπο λειτουργίας αυτών των προγραμμάτων ως προς τη βελτίωση της ζωής των συμμετεχόντων μας.

Το έκτο κεφάλαιο το αφιερώνουμε στην παρουσίαση του **Προγράμματος της Θεραπευτικής Κοινότητας του Proyecto Hombre στην Ισπανία**. Παραθέτουμε με λεπτομέρεια την πορεία του, τα στάδια, στόχους... για να γνωρίσουμε σε βάθος πώς λειτουργεί και σε ποιά στοιχεία επικεντρώνεται κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Τόσο σε αυτό το κεφάλαιο όπως και στο όγδοο, παρατηρούμε ότι το πρόγραμμα του Proyecto Hombre έχει ένα ψυχολογικό και όχι εκπαιδευτικό προσανατολισμό, στοιχείο που θα μας οδηγήσει στην κοινωνικο-εκπαιδευτική

ανάλυση του προγράμματος και στις παρεμβατικές μας προτάσεις που παρατίθενται στο τέλος αυτής της έρευνας.

Κάνουμε μία σύντομη σύγκριση ανάμεσα στα προγράμματα που παρουσιάσαμε στο προηγούμενο κεφάλαιο για να καταλήξουμε ότι το κοινωνικο-εκπαιδευτικό μοντέλο μπορεί να επιτύχει μια προσωπική αλλαγή στο άτομο με παρεμβάσεις σφαιρικές και συστημικές. Η εξατομικευμένη εργασία μπορεί να επιφέρει αλλαγές στους συμμετέχοντες και να ανατρέψει μια υποτροπή.

Η αξιολόγηση της Θ.Κ. του Proyecto Hombre στην Ισπανία και η αναφορά μας σε έρευνες σχετικά με συγκεκριμένα προγράμματα που πραγματοποιεί το πρόγραμμα του Proyecto Hombre, όπως για παράδειγμα τα προγράμματα ανεξάρτησης από την κοκαΐνη κτλ., μας επιτρέπει να δούμε την επιτυχία που παρουσιάζει το πρόγραμμα.

Κατά τον ίδιο τρόπο αναφέρουμε έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε διάφορες Θεραπευτικές Κοινότητες της Ισπανίας και τα θετικά τους αποτελέσματα. Επισημαίνεται η ανάγκη να εισαγάγουμε κάποιες λύσεις στα διάφορα προγράμματα ανεξάρτησης και ειδικά στις Θ.Κ., δίνοντας έμφαση στο φύλο καθώς και στην εξατομίκευση της θεραπείας για να είναι πιο αποτελεσματική.

Στο έβδομο κεφάλαιο εξηγούμε τη *μεθοδολογία* που έχουμε ακολουθήσει σε αυτή την έρευνα που βασίζεται στο *Κοινωνικο-κριτικό και Αναδυόμενο Παράδειγμα*. Κατά το *Κοινωνικο-κριτικό παράδειγμα*, τα άτομα δεν είναι αντικείμενο εκπαίδευσης, αλλά οι ίδιοι οι δημιουργοί της: ενεργοί παρασκευαστές της γνώσης, σε διαλεκτική διάδραση με τα υπόλοιπα άτομα της κοινωνίας τους, σε ζητήματα κοινωνικής βαρύτητας, όπου η εργασία γίνεται με κριτική σκέψη και συνεργασία.

Κατά τον ίδιο τρόπο, βασιζόμαστε στις αρχές του Κοινωνικο-κριτικού και Αναδυόμενου Παραδείγματος, διότι η Κοινωνική Εκπαίδευση αποτελεί μια κοινωνικο-πολιτική πρακτική. Αυτά τα μοντέλα, μαζί με την Κοινωνική Εκπαίδευση, προσπαθούν να δώσουν απαντήσεις σε διάφορες καταστάσεις που αντιμετωπίζουν τα άτομα που βρίσκονται σε κοινωνική απόκλειση ή αναπροσαρμογή. Η ποικιλομορφία και η συνεχής εξέλιξη της κοινωνίας γεννούν την ανάγκη δημιουργίας μιας καινούριας προσέγγισης, της πολυπλοκότητας, από την οποία αναδύεται μια εκπαιδευτική πρακτική.

Τα προαναφερόμενα παραδείγματα θα μας επιτρέψουν να βελτιώσουμε την υπάρχουσα κατάσταση των μελών μας στην Θ.Κ. του Proyecto Hombre, μέσα από μια προσέγγιση κριτική και μετασχηματιστική. Τα άτομα θα επανεκπαιδευτούν μέσα από δραστηριότητες όπου, στη δική μας περίπτωση, θα έχουν σαν στόχο τους την ενδυνάμωση των παραγόντων προστασίας, τη μείωση των παραγόντων επικινδυνότητας και την πρόληψη των υποτροπών για να επιτευχθεί οριστική ή μακροχρόνια αποχή.

Στην έρευνα αυτή πραγματοποιούμε *κοινωνικοεκπαιδευτική ανάλυση του προγράμματος της Θεραπευτικής Κοινότητας του Proyecto Hombre στη Γρανάδα και της Πυξίδας στη Λευκωσία, με σκοπό να γνωρίσουμε τα χαρακτηριστικά, την επιρροή τους, διαστάσεις που χρησιμοποιούν, κτλ.* Αυτό που μας ενδιαφέρει είναι να γνωρίσουμε τη εξέλιξη των συμμετεχόντων ώστε να μπορούμε να προσφέρουμε τις παρεμβατικές λύσεις που θα στηρίζονται στο κοινωνικο-εκπαιδευτικό μοντέλο.

Η κοινωνικο-εκπαιδευτική ανάλυση του προγράμματος θα επικεντρωθεί σε τέσσερα σημεία: το προσωπικό, την υγεία, το επαγγελματικό και το κοινωνικο-οικογενειακό. Όλα αυτά τα σημεία θα είναι συνδεδεμένα με τους παράγοντες προστασίας και επικινδυνότητας όπως επίσης με την πρόληψη των υποτροπών.

Οι *ειδικοί στόχοι* της έρευνας είναι:

- Να γνωρίσουμε και να αναλύσουμε το πρόγραμμα της Θ.Κ. του Proyecto Hombre διαμέσου μιας κοινωνικο-εκπαιδευτικής προσέγγισης.
- Να αναλύσουμε τις μεθόδους και κοινωνικο-εκπαιδευτικούς παράγοντες του προγράμματος του Proyecto Hombre που έχουν σαν προσανατολισμό τους την πρόληψη των υποτροπών.
- Να γνωρίσουμε το πρόγραμμα της Θ.Κ. της Πυξίδας ως συγκριτικό στοιχείο της έρευνας.
- Να παρουσιάσουμε τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων των δύο Θεραπευτικών Κοινοτήτων.
- Να μελετήσουμε την προσωπική και κοινωνική ιστορία του κάθε μέλους των Θ.Κ. του Proyecto Hombre και της Πυξίδας που περιέχεται στους προσωπικούς φακέλους και ερωτηματολόγια.

- Να εντοπίσουμε τους παράγοντες κινδύνου στον πληθυσμό μας που επηρεάζουν τη χρήση ναρκωτικών ουσιών και την αποχή από τη χρήση ναρκωτικών ουσιών.
- Να διακρίνουμε τους παράγοντες προστασίας έναντι στην πρόληψη των υποτροπών.
- Να αναλύσουμε την κατάσταση των γυναικών της Θ.Κ. του Proyecto Hombre και να εντοπίσουμε τις καταστάσεις επικινδυνότητας και προστασίας σε σχέση με το φύλο.
- Να προτείνουμε τρόπους παρέμβασης σύμφωνα με τον πληθυσμό που μελετήσαμε.

Κατά τον ίδιο τρόπο, θα μελετηθεί τα προγράμματα που προσφέρουν οι Θ.Κ. του *Proyecto Hombre* και της Πυξίδας αντίστοιχα και θα αναλυθούν στα ακόλουθα επίπεδα, έχοντας πάντα υπόψη το άτομο, τους παράγοντες προστασίας και επικινδυνότητας και την πρόληψη των υποτροπών:

- (α) Προσωπικό επίπεδο: ανάπτυξη νέων συμπεριφορών, προσωπική ωρίμανση, σεξουαλικότητα, αυτοπεποίθηση, κοινωνικές δεξιότητες κτλ.
- (β) Επίπεδο υγείας: διατροφή, υγιεινή, αποχή από τη χρήση ναρκωτικών ουσιών, υιοθέτηση ενός υγιή τρόπου ζωής κτλ.
- (γ) Επαγγελματικό επίπεδο: απόκτηση και αναβίωση των εργασιακών συνηθειών, κοινωνικο-επαγγελματική επανένταξη, παράγοντες προστασίας κτλ.
- (δ) Κοινωνικο-οικογενειακό επίπεδο: οικογενειακή και κοινωνική επανένταξη.

Τα κριτήρια επιλογής αυτών των σημείων είναι τα πρωταρχικά όσον αφορά στην προληπτική παρέμβαση, σύμφωνα με το πρόγραμμα της Θ.Κ. του Proyecto Hombre στη Γρανάδα. Τα σημεία αναφοράς που κατηγοριοποιήσαμε είναι επίσης τα σημεία στα οποία επικεντρώνονται οι θεραπευτές. Είναι εξάλλου τα πιο σημαντικά για να προβάλλουμε τους παράγοντες προστασίας και επικινδυνότητας, να εντοπίσουμε τις αιτίες υποτροπής και να προβάλλουμε τον τρόπο με τον οποίο το ίδιο το πρόγραμμα της Θ.Κ. του Proyecto Hombre χρησιμοποιεί τα εκπαιδευτικά εργαλεία, απαραίτητα για την επίτευξη μιας οριστικής ή μακροχρόνιας αποχής.

Η μελέτη αυτών των τομέων μας δίνει τη δυνατότητα απόκτησης θετικών συμπεριφορών. Η χρήση των κατάλληλων εκπαιδευτικών εργαλείων θα επιτρέψει στους συμμετέχοντες της

έρευνας μας να επανενταχθούν στην κοινωνία σε ένα περιβάλλον που θα χαρακτηρίζεται από την ισότητα.

Όπως πολύ σωστά επισημάνουν οι Arroyo y Pedrero Pérez (2004: 47), η Θ.Κ. είναι ένας χώρος παρέμβασης όπου δουλεύονται καθημερινά ζητήματα και μέσω αυτής μορφοποιούνται οι σχέσεις καθώς και στοιχεία που ρυθμίζουν το κοινωνικό περιβάλλον του κάθε ατόμου: κανόνες, σύντροφος, οικογένεια, φίλοι, ελεύθερος χρόνος κτλ. Αν αποδεχθούμε την εκπαίδευση σαν την “επιστήμη που δίνει την πιθανότητα μετάδοσης γνώσεων και δυνατοτήτων που κρίνονται αναγκαίες για να προχωρεί το άτομο ελεύθερα στην κοινωνία”, τότε η εξάσκηση δεξιοτήτων τοποθετεί το εθισμένο άτομο σε μια καλύτερη θέση μπροστά στην πιθανότητα να πετύχει μια ικανοποιητική επανένταξη στο χώρο του.

Με αυτό τον τρόπο το άτομο επανεκπαιδύεται και μαθαίνει να ελέγχει τις καταστάσεις που μπορούν να τον οδηγήσουν σε μια υποτροπή, να είναι πιο επιλεκτικό όταν συσχετίζεται με τον υπόλοιπο κόσμο, να εξελίσσεται σε επαγγελματικό επίπεδο, να βελτιώνει τις οικογενειακές και συντροφικές του σχέσεις, να ζει μια υγιή ζωή...

Αυτά τα επίπεδα ανάλυσης θα στηριχθούν στην ποιοτική μέθοδο και συγκεκριμένα στην συμμετοχική παρατήρηση όπως επίσης στην ανάλυση των εγγράφων του προγράμματος που μας προσέφεραν οι ίδιοι οι θεραπευτές. Έχοντας υπόψη την προσωπική, οικογενειακή, διαπροσωπική και κοινωνικο-επαγγελματική ζωή του κάθε ατόμου, που έχουν εξασφαλιστεί από τους προσωπικούς τους φακέλους και ερωτηματολόγια, θα στηριχθούμε στην τριγωνοποίηση (triangulation) των στοιχείων για να ερμηνεύσουμε τις πληροφορίες και να προτείνουμε τρόπους δράσης με απώτερο σκοπό την βελτίωση της ποιότητας ζωής τους και ιδιαίτερα σε σχέση με τους παράγοντες προστασίας, επικινδυνότητας και την πρόληψη της υποτροπής.

Η εκπαιδευτική παρέμβαση θα ενισχύσει τους παράγοντες προστασίας, θα ελαττώσει αυτούς της επικινδυνότητας και τις υποτροπές που παρουσιάζουν τα άτομα στη Θ.Κ., στηριζόμενη στα Εξατομικευμένα Εκπαιδευτικά Προγράμματα (Ε.Ε.Π.) και στα Ομαδικά Εκπαιδευτικά Προγράμματα (Ο.Ε.Π.).

Για την παρούσα έρευνα έχουμε χρησιμοποιήσει τη διαδικασία της πολυμεθόδου (multimethod), δηλαδή, έχουμε χρησιμοποιήσει ανεξάρτητα την ποσοτική και ποιοτική μέθοδο αλλά πάνω στο ίδιο αντικείμενο μελέτης, σε αυτή την περίπτωση τα άτομα που είναι στις Θ.Κ.

του Proyecto Hombre και της Πυξίδας. Τα στοιχεία επικυρώνονται μέσω της διαδικασίας τριγωνοποίησης (triangulation).

Μέσα από την ποιοτική μέθοδο η μεθοδολογία μας στηρίζεται στην κοινωνικο-εκπαιδευτική ανάλυση των προγραμμάτων των Θ.Κ. του *Proyecto Hombre* στην Γρανάδα και της *Πυξίδας* στη Λευκωσία, στους προσωπικούς φακέλους των συμμετεχόντων και στα ερωτηματολόγια που εφαρμόσαμε τόσο στα μέλη όσο και στους θεραπευτές.

Μελετούμε την προσωπική ιστορία του κάθε ατόμου, δηλαδή, την οικογενειακή του κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, τις υποτροπές και προηγούμενες θεραπείες, τους παράγοντες προστασίας και επικινδυνότητας, την ιατρική τους κατάσταση, το επάγγελμα, την κατανάλωση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών, το ποινικό τους μητρώο και τις οικογενειακές και κοινωνικές τους σχέσεις. Κατά τον ίδιο τρόπο, έχουμε χρησιμοποιήσει την τεχνική της συμμετοχικής παρατήρησης κατά τη διάρκεια της διαμονής μας στις Θ.Κ. ως ένα ακόμη μέλος.

Η *ανάλυση εγγράφων* και τεκμηριωμένων ερευνών θα στηριχθεί στις διάφορες νόμιμες και παράνομες ουσίες, στην ουσία κατάχρησης, στις σωματικές και ψυχολογικές επιδράσεις, στους παράγοντες προστασίας και επικινδυνότητας, στην πρόληψη των υποτροπών, στις διαφορές των δύο φύλων σε σχέση με τη χρήση ναρκωτικών ουσιών κτλ., καθώς επίσης πληροφορίες και στοιχεία από άλλους δημόσιους και ιδιωτικούς οργανισμούς που αφιερώνονται στην εμβάθυνση του φαινομένου των ναρκωτικών. Επίσης, σε εσωτερικά έγγραφα των δυο Θ.Κ. που έχουμε μελετήσει, τη διαδικασία εισδοχής στην Θ.Κ., την καθημερινή οργάνωση, τους τρόπους προσωπικής εξέλιξης κτλ.

Για την *ανάλυση αυτών των εγγράφων* είχαμε πρόσβαση στα αρχεία (προσωπικοί φακέλοι) των συμμετεχόντων της Θ.Κ. του *Proyecto Hombre*, στα αρχεία της Κοινότητας μετά από παρεμβολή του Διευθυντή της Οργάνωσης στην Γρανάδα και κάτω από την επίβλεψη των θεραπευτών της Κοινότητας κατά τη διάρκεια των μηνών Μαρτίου-Μαΐου 2006. Οι προσωπικοί φακέλοι που αναλύονται ανήκουν στα άτομα που βρίσκονταν για θεραπεία στη Θ.Κ. εκείνη τη χρονική περίοδο, που είχαν εγκαταλείψει το πρόγραμμα ή προέρχονταν από άλλα προγράμματα ή φασεις.

Το ίδιο συνέβη με τα μέλη που συμμετείχαν στο πρόγραμμα θεραπείας της *Πυξίδας* στην Κύπρο. Κάτω από την επίβλεψη των θεραπευτών και με τη συγκατάθεση του Διευθυντή, έχουμε εξασφαλίσει κάποια στοιχεία από τους προσωπικούς φακέλους των ατόμων που βρίσκονταν



εκείνη τη στιγμή στην Θ.Κ. αλλά σε λιγότερο βαθμό απ' ότι στη Θ.Κ. του *Proyecto Hombre*. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι δεν μπορούσαμε να έχουμε άμεση πρόσβαση στους φακέλους λόγω της πολιτικής προστασίας προσωπικών δεδομένων.

Το επόμενο κεφάλαιο ονομάζεται ***Κοινωνικο-εκπαιδευτική ανάλυση των μοντέλων παρέμβασης των προγραμμάτων των Θεραπευτικών Κοινοτήτων του Proyecto Hombre και Πυξίδας***. Αυτό το κεφάλαιο μελετά την εκπαιδευτική διάσταση και συγκριμένα τους παράγοντες προστασίας και επικινδυνότητας και την επιρροή αυτών στην πρόληψη της υποτροπής.

Η προσοχή επικεντρώνεται στα εκπαιδευτικά εργαλεία που τα ίδια τα παρεμβατικά προγράμματα παρέχουν στα μέλη τους, και ειδικότερα αυτό της Θ.Κ. του *Proyecto Hombre*, ως προς το βαθμό καταλληλότητας και αποτελεσματικότητας της θεραπείας. Με τον ίδιο τρόπο, τα στοιχεία που παρατίθενται σε αυτό το κεφάλαιο είναι βασισμένα στα εσωτερικά έγγραφα που μας πρόσφεραν οι θεραπευτές της κάθε Θ.Κ., στα ερωτηματολόγια που εφαρμόσαμε και στη συμμετοχική παρατήρηση, ιδιαίτερα στη Θ.Κ. του *Proyecto Hombre*. Στην περίπτωση της Θ.Κ. του *Proyecto Hombre* συμμετείχαμε ολοκληρωτικά στις δραστηριότητες του κέντρου, στις ομάδες και υποχρεώσεις της Κοινότητας όπως ένα ακόμη μέλος.

Σύμφωνα με τα στοιχεία που αντλήσαμε από τα εσωτερικά έγγραφα και τα ερωτηματολόγια των θεραπειών, ξεχωρίζουμε την ανάγκη για μια θεραπεία πιο εξατομικευμένη και εκπαιδευτική/μαθησιακή. Εκδηλώνεται η ανάγκη περισσότερων δημιουργικών δραστηριοτήτων, η σύσταση πιο πολλών ομάδων ανάμεσα στα ίδια τα μέλη και τους θεραπευτές, κτλ. Επίσης, εκφράζεται η ανάγκη δημιουργίας ομάδων εστιασμένες στην ιδιαιτερότητα του φύλου, κυρίως για τις γυναίκες που υπήρξαν θύματα κακοποίησης, γυναίκες με παιδιά, κτλ. Από τα ερωτηματολόγια των επαγγελματιών της Θ.Κ. του *Proyecto Hombre* συμπεραίνουμε ότι το πρόγραμμα παρουσιάζει πολλή επιτυχία παρόλο που το 50% των συμμετεχόντων κάθε χρόνο εγκαταλείπει το πρόγραμμα. Αυτός είναι ένας από τους λόγους για τους οποίους το πρόγραμμα θα πρέπει να προσαρμοστεί στις ανάγκες και ιδιαιτερότητες του κάθε ατόμου.

Οι υποτροπές, η έλλειψη κινήτρων, η παραβίαση των κανόνων και οι περιορισμοί του προγράμματος, όπως επίσης τα οικονομικά προβλήματα που υπάρχουν στην οικογένεια, είναι από τις επικρατέστερες αιτίες εγκατάλειψης του προγράμματος σύμφωνα με τους θεραπευτές.

Πιστεύουμε ότι και τα δυο προγράμματα πρέπει να εξατομικεύσουν τη θεραπεία και να προσαρμόσουν την διαδικασία επιμόρφωσης στον κάθε ένα.

Γνωρίζοντας τόσο τη γνώμη των μελών όσο και των θεραπειών σχετικά με το τί θα τους άρεσε να αλλάξουν στο πρόγραμμα και τις ανάγκες των εθισμένων ατόμων που καταφεύγουν σε θεραπεία, θα προτείνουμε στο τέλος αυτής της έρευνας κάποιες παρεμβατικές γραμμές για να βελτιώσουμε την υπάρχουσα κατάσταση των συμμετεχόντων.

Κλείνοντας, φανερώνεται η ανάγκη μιας εκπαιδευτικής προσέγγισης στη θεραπεία, όπως για παράδειγμα, γνώσεις γύρω από τις ναρκωτικές ουσίες, τις αιτίες που μπορούν να οδηγήσουν σε υποτροπή, τρόποι προστασίας από τη χρήση ναρκωτικών ουσιών, έλεγχος των ερεθισμάτων που μπορεί να τους οδηγήσουν σε επικίνδυνες καταστάσεις κτλ. Επίσης, να υιοθετηθούν τα Εξειδικευμένα και Ομαδικά Εκπαιδευτικά Προγράμματα (Ε.Ε.Π. και Ο.Ε.Π.) για να μειωθεί το ποσοστό των ατόμων που εγκαταλείπει τη θεραπεία και να επικεντρωθούν στην επίτευξη μιας παρατεταμένης ή οριστικής αποχής.

Το ένατο κεφάλαιο έχει ως θέμα του την **Ανάλυση του πληθυσμού των Θεραπευτικών Κοινοτήτων του Proyecto Hombre, Γρανάδα και Πυζίδα, Λευκωσία**. Παρουσιάζονται τα στοιχεία που λήφθηκαν από τους προσωπικούς φακέλους και ερωτηματολόγια που δόθηκαν στα μέλη των Θ.Κ.

Στην περίπτωση της Θ.Κ. του *Proyecto Hombre*, έχουμε αναλύσει 34 προσωπικούς φακέλους και δόθηκαν 20 ερωτηματολόγια σε αυτούς που ήταν παρόντες κατά την περίοδο της έρευνας. Η διαφορά που παρουσιάζεται ανάμεσα στον αριθμό των προσωπικών φακέλων και των ερωτηματολογίων οφείλεται σε λόγους όπως εγκατάλειψη του προγράμματος, εξωτερική ενασχόληση, απουσία τη δεδομένη χρονική στιγμή κτλ. Από την άλλη πλευρά, στη Θ.Κ. *Πυζίδα*, από τα 12 συνολικά άτομα που βρίσκονταν στην Κοινότητα μόνο 6 αποδέχθηκαν να απαντήσουν το ερωτηματολόγιο και από τους προσωπικούς φακέλους καταφέραμε να συλλέξουμε πληροφορίες μόνο από 9 άτομα.

Η ανάλυση των ερωτηματολογίων και προσωπικών φακέλων επικεντρώθηκε στους πιο κάτω τομείς: Προσωπικά στοιχεία, κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο και επαγγελματική κατάρτιση των μελών και της οικογένειάς τους, στην οικογενειακή και προσωπική κατάσταση της υγείας τους, στη σχέση τους με την ουσιοεξάρτηση, όπως επίσης σε προηγούμενες θεραπείες και υποτροπές. Επίσης, κάνουμε ειδική αναφορά στο πρόγραμμα

παρέμβασης, σε αυτή την περίπτωση του Proyecto Hombre και της Πυξίδας, και στην κοινωνικο-επαγγελματική ενσωμάτωση των συμμετεχόντων σε σχέση με το πρόγραμμα της Θ.Κ.

Η ανάλυση μας επέτρεψε να σκιαγραφήσουμε το προφίλ των μελών, τις ανάγκες που έχουν, τη γνώμη τους αναφορικά με το πρόγραμμα του Proyecto Hombre και της Πυξίδας αντίστοιχα κτλ., όλα σε σχέση με τους παράγοντες επικινδυνότητας και προστασίας και με τις υποτροπές.

Με βάση τα αποτελέσματά, βλέπουμε ότι οι συμμετέχοντες στα προγράμματα υπήρξαν εκτεθημένοι σε ριψοκίνδυνες καταστάσεις κατά τη διάρκεια της παιδικής και εφηβικής τους ηλικίας, έχουν ζήσει εμπειρίες που τους οδήγησαν στη χρήση ναρκωτικών ουσιών (σύντροφος χρήστης, κακοποίηση, χρήση ουσιών στην οικογένεια κτλ), ενώ οι παράγοντες προστασίας είναι σχεδόν ανύπαρκτοι.

Φτάνουμε στο συμπέρασμα πως το πρόγραμμα του *Proyecto Hombre* χρειάζεται να αλλάξει τη θεραπευτική του προσέγγιση, δηλαδή, από πρόγραμμα βασισμένο στην ψυχολογική και σωματική αποκατάσταση των μελών του, να αντικατασταθεί από το κοινωνικο-εκπαιδευτικό στοιχείο. Επίσης, βασισμένο στην επανεκπαίδευση των συμμετεχόντων που θα προορίζεται στην πρόληψη των υποτροπών, στην ενδυνάμωση των παραγόντων προστασίας και στη μείωση των παραγόντων επικινδυνότητας.

Η κοινωνικο-εκπαιδευτική προσέγγιση στο πρόγραμμα της Θ.Κ. θα δώσει την δυνατότητα στα μέλη της να αναπτυχθούν, να εκπαιδευτούν σε επαγγελματικό επίπεδο, να βελτιώσουν τις οικογενειακές και φιλικές τους σχέσεις, να αυξήσουν την αυτοπεποίθησή και αυτονομία τους, να ανακαλύψουν τις επικίνδυνες καταστάσεις που μπορεί να τους οδηγήσουν σε μια υποτροπή και κυρίως, να επιτύχουν μια παρατεταμένη ή μόνιμη αποχή από τη χρήση. Πιστεύουμε πως κατ' αυτό τον τρόπο το πρόγραμμα του Proyecto Hombre μπορεί να αποκτήσει μεγαλύτερη επιτυχία υπό την έννοια ότι μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των μελών. Η προσαρμογή της θεραπείας σε κάθε άτομο μεμονωμένα θεωρείται απαραίτητη για να μπορούν να επιτευχθούν οι στόχοι που θα έχουν σαν αποτέλεσμα τη βελτίωση της υπάρχουσας ζωής των μελών. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την ενδυνάμωση των παραγόντων προστασίας (εστιασμός στις δυνατότητες των ατόμων) και στη μείωση των παραγόντων επικινδυνότητας για να μην

υποτροπιάσουν στο μέλλον. Καθ'όλη τη διαδικασία θεωρείται απαραίτητη η ανάμειξη της οικογένειας των ατόμων (γονείς, σύντροφος, παιδιά...) στο πρόγραμμα θεραπείας.

Φτάνοντας στα **συμπεράσματα** και τις **προτάσεις** αυτής της διατριβής συμπεραίνουμε τα εξής:

Το αντικείμενο της έρευνας, όπως έχουμε επισημάνει, ήταν η κοινωνικο-εκπαιδευτική ανάλυση του προγράμματος της φάσης της Θ.Κ. του *Proyecto Hombre* στη Γρανάδα (Ισπανία) και της Πυξίδας στη Λευκωσία (Κύπρος) σε σχέση με τους παράγοντες προστασίας και επικινδυνότητας και την πρόληψη της υποτροπής. Στόχος μας είναι να εισηγηθούμε ορισμένες παρεμβατικές προτάσεις, βασισμένες σε ένα κοινωνικό-εκπαιδευτικό μοντέλο ώστε οι συμμετέχοντες να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους καθώς και να επιτύχουν μια οριστική ή μακροχρόνια απεξάρτηση.

Μελετώντας τους συμμετέχοντες μας και τα παραπάνω δύο προγράμματα και έχοντας υπόψη τους προαναφερόμενους στόχους, οδηγούμαστε στα εξής συμπεράσματα:

Παρατηρούμε ότι **το προφίλ του ατόμου που συμμετέχει στην φάση του προγράμματος της Θεραπευτικής Κοινότητας του Proyecto Hombre** κυμαίνεται στην ηλικία των 32 χρόνων, είναι ελεύθερος/η, ζει στη Γρανάδα και στο σπίτι των γονέων του. Προέρχεται από πολυμελή οικογένεια (μέχρι τρία αδέρφια, 44,1%), χωρίς παιδιά (52,9%) και είναι μεσαίας κοινωνικής τάξης (41,2%). Ξεκίνησε την κατανάλωση του αλκοόλ και τη χρήση της κάνναβης γύρω στην ηλικία των 15 χρόνων· έπειτα ακολούθησε η χρήση κοκαΐνης και ηρωίνης. Παρουσιάζει ιστορικό νομικών προβλημάτων (50%) τα οποία προέρχονται από τη χρήση ναρκωτικών ουσιών, φτάνοντας μέχρι και σε φυλάκιση το 20,5% αυτών, για αδικήματα κυρίως σχετικά με τη διακίνηση και κατοχή ουσιών, καθώς και για κλοπές.

Όσον αφορά στους **εθισμούς**, η κατανάλωση του αλκοόλ και της κάνναβης διαρκεί γύρω στα 15 χρόνια, ενώ η κοκαΐνη, η ηρωίνη και οι αμφεταμίνες κυμαίνεται στα 8. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είναι πολυτοξικομανείς (91,7%), φτάνοντας ορισμένοι να υποφέρουν από υπερβολικές δόσεις. Η κατάσταση υγείας του 79,5% είναι ικανοποιητική και δεν χρήζει μόνιμης φαρμακευτικής αγωγής, αντίθετα με το 20,5% που πάσχει από Ηπατίτιδα Γ ή από τον υιό του Έιτς.

Οι διαφορές ανάμεσα σε άντρες και γυναίκες είναι λίγες σε σχέση με την κατανάλωση ναρκωτικών ουσιών. Και τα δύο φύλα ξεκινούν κατά προσέγγιση στην ηλικία των 12-15 χρόνων, αν και στους άντρες η χρήση παρατηρείται λίγο πιο πρώιμα (12 χρόνων) και έχει υποστεί προγενέστερες θεραπείες αποτοξίνωσης το 55,9% των ανδρών συμμετεχόντων. Τελικώς, η σοβαρότητα και το πρότυπο χρήσης ναρκωτικών ουσιών και στα δύο φύλα είναι αρκετά κοινά και οι διαφορές ελαχίστως ουσιώδης, αν και οι γυναίκες αργούν περισσότερο από τους άνδρες να επιζητήσουν βοήθεια για απεξάρτηση.

Κατά τα στοιχεία μας, τα εξέχοντα κίνητρα για το ξεκίνημα της χρήσης ουσιών οφείλονται στο φιλικό περιβάλλον (26,5%), στην ανάγκη συναναστροφής με κόσμο (14,7%), στην περιέργεια (8,8%) και επειδή κατανάλωνε ο σύντροφος (8,8%), στην ανάγκη για κοινωνικοποίηση (5,9%), για να ξεχάσει τα προβλήματα (5,9%), κτλ. Άλλα κίνητρα κατανάλωσης αποτελούν: για να αισθανθεί ισάξιος με τους φίλους του, για να μην υποστεί απόρριψη, επειδή βλέπουν τη χρήση ως κάτι φυσιολογικό καθώς επίσης και από το αίσθημα ντροπής.

Η οικογενειακή εμπειρία επηρεάζει καθοριστικά ένα μεγάλο ποσοστό όσον αφορά στη συμπεριφορά των ατόμων καθώς πολλοί από αυτούς έχουν μεγαλώσει σε μία ανοργάνωτη και αδόμητη οικογένεια (52,9%), με ισχνούς κανόνες, χωρίς ουσιαστική εκπαίδευση με ασυνέπεια, μεταξύ άλλων, το ξεκίνημα χρήσης ναρκωτικών σε πρώιμη ηλικία. Η εξάρτηση των γονιών αποτελεί επίσης ένα σημαντικό σημείο, οι καβγάδες και οι διαμάχες στην οικογένεια, η κακομεταχείριση, η επιθετικότητα, η έλλειψη προσοχής, κτλ., έχουν συντελέσει ως παράγοντες κινδύνου χρήσης, και οι ναρκωτικές ουσίες ανεγείρονται ως συστατικά λησμονιάς και διαφυγής των προβλημάτων (9%). Κάποιοι εγκατέλειψαν το οικογενειακό τους κατάλυμα πολύ νέοι (17,6%) ή εγκατέλειψαν το σχολείο για να δουλέψουν και να ανεξαρτητοποιηθούν οικονομικά (32,3%). Το 8,8% των συμμετεχόντων προέρχεται από αποκλεισμένες κοινωνικές ομάδες, που χαρακτηρίζονται από αμυδρούς οικονομικούς, κοινωνικούς και προσωπικούς πόρους, χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, παραβίαση των νόμων... οι επονομαζόμενοι απροσάρμοστοι.

Ο χρήστης στη **Θεραπευτική Κοινότητα της Πυξίδας**, παρουσιάζει το παρακάτω προφίλ: κυμαίνεται στην ηλικία των 32 χρόνων, είναι αλλοδαπός, άγαμος και ζει στη Λευκωσία με την οικογένεια του (γονείς, αδέρφια...). Η οικογένεια του δεν χαρακτηρίζεται από πολλά μέλη, (μέχρι τρία μέλη, 55,5%) και είναι μεσαίας κοινωνικής τάξης (66,7%). Ξεκίνησε την

κατανάλωση κατά προσέγγιση στα 13-14 χρόνια του, με αλκοόλ και κάνναβη καθώς έπειτα ακολούθησε η χρήση ηρωίνης. Παρουσιάζει προβλήματα με τον νόμο (55%) προερχόμενα από την κατανάλωση ναρκωτικών ουσιών, φτάνοντας ακόμη και σε φυλάκιση το 22% για αδικήματα σχετικά με την διακίνηση και κατοχή.

Αναφορικά με τους **εθισμούς**, ο συμμετέχων της Πυξίδας καταναλώνει την αρχική ουσία εθισμού, που κατά το πλείστον είναι η ηρωίνη, γύρω στα 10 χρόνια. Η κατάσταση υγείας του 66,7% είναι ικανοποιητική και δεν χρήζει μόνιμης φαρμακευτικής αγωγής, αντίθετα με το 33,3% που πάσχει από Ηπατίτιδα Γ.

Σε σχέση με τις διαφορές και ομοιότητες ανάμεσα σε άντρες και γυναίκες δεν είμαστε σε θέση να καθορίσουμε αποτελέσματα εξαιτίας του μικρού αριθμού γυναικών στο πρόγραμμα. Το 58% των συμμετεχόντων έχει υποστεί θεραπεία αποτοξίνωσης προγενέστερα (μέσος όρος των προσωπικών φακέλων και ερωτηματολογίων).

Για την πλειονότητα των συμμετεχόντων, το **οικογενειακό περιβάλλον** κατά την παιδική και εφηβική περίοδο της ζωής τους υπήρξε ήσυχο και ευχάριστο (66,6%). Οι μισοί από αυτούς (50%) επισημαίνουν ότι υπήρχε οργάνωση και κανόνες ενώ οι άλλοι μισοί (50%) εξηγούν ότι επικρατούσε αποδιοργάνωση, δεν τηρούνταν οι κανόνες κτλ. Αυτές οι εμπειρίες έχουν λειτουργήσει ως καταλυτικοί παράγοντες κινδύνου, κάτι που τους οδήγησε τελικά στη χρήση ναρκωτικών σε μικρή ηλικία. Το 25% των χρηστών αναφέρει ότι κάποιο μέλος της οικογένειας είχε προβλήματα εξάρτησης (πατέρας, αδερφός...). Παρομοίως, εκδηλώνουν την έλλειψη της παρουσίας και υποστήριξης των γονέων όπως και την έλλειψη προσοχής κτλ.

Συγκρίνοντας τα προφίλ των συμμετεχόντων των δύο Θ.Κ. παρατηρούμε κάποιες ομοιότητες και διαφορές. Για παράδειγμα, ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων είναι ίδιος (32 χρονών), το ίδιο και η κοινωνική τους κατάσταση (άγαμοι). Στη Θ.Κ. της Πυξίδας, στην πλειοψηφία τους είναι αλλοδαποί, ενώ στη Θ.Κ του Proyecto Hombre είναι όλοι τους Ισπανοί. Οι συμμετέχοντες και στις δύο Θ.Κ. ζουν με τις οικογένειες τους όντας αυτοί οι γονείς, τα αδέρφια, ο σύντροφος και τα παιδιά. Στη Θ.Κ του Proyecto Hombre προέρχονται από πολυμελής οικογένειες ενώ στη Θ.Κ. της Πυξίδας συμβαίνει το αντίθετο. Όλα τα μέλη είναι μεσαίας κοινωνικής τάξης.

Οι συμμετέχοντες της Θ.Κ. Πυξίδα ξεκίνησαν την κατανάλωση σε μικρότερη ηλικία απ' ότι οι συμμετέχοντες στη Θ.Κ. του Proyecto Hombre (13 και 15 χρόνων αντίστοιχα). Οι μισοί

από αυτούς αντιμετώπισαν νομικά προβλήματα προερχόμενα από κατοχή και διακίνηση ναρκωτικών ουσιών, όπως επίσης και ένα αξιόλογο νούμερο και των δύο Θ.Κ. έχει ασκήσει ποινή φυλάκισης (20,5% και 22% αντιστοίχως).

Υπάρχει μια διαφορά στη διάρκεια κατανάλωσης και στην κύρια ουσία χρήσης: στη Θ.Κ. του Proyecto Hombre οι συμμετέχοντες καταναλώνουν 5 χρόνια περισσότερα αλκοόλ και κάνναβη και 8 χρόνια τις κύριες ουσίες εξάρτησης που είναι η κοκαΐνη και η ηρωίνη. Αντιθέτως, στη Θ.Κ. της Πυξίδας καταναλώνουν κοκαΐνη για 10 χρόνια. Επίσης, παρουσιάζουν και στις δύο Θ.Κ. μεταδοτικές νόσους, στην Κοινότητα του Proyecto Hombre Ηπατίτιδα Γ και τον υιό του Έιτς ενώ στην Πυξίδα μόνο Ηπατίτιδα Γ.

Σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες έχουν ζήσει σε οικογένειες όπου οι παράγοντες επικινδυνότητας ήταν πρωταρχικοί, μιλώντας για καταστάσεις κακομεταχείρισης, οικογενειακής αποδιοργάνωσης, έλλειψης προσοχής από πλευράς γονέων, αδιαφορία για την εκπαιδευτική και επαγγελματική κατάρτιση των παιδιών τους, εξάρτηση μέσα στην οικογένεια... Στη Θ.Κ. του Proyecto Hombre εξέχουν αυτά τα προβλήματα στους φακέλους των συμμετεχόντων, κάτι που μας οδήγησε σε περισσότερα συμπεράσματα, σε αντίθεση με τη Θ.Κ. της Πυξίδας.

Συνοψίζοντας, παρατηρούμε ότι τα άτομα που συμμετέχουν στις Θ.Κ. που πραγματοποιήσαμε την έρευνα μας, φανερώνουν πολλούς παράγοντες επικινδυνότητας γεγονός που τους οδηγεί στη χρήση ναρκωτικών ουσιών. Τα προγράμματα που συμμετέχουν τους βοηθούν να απεξαρτηθούν, τόσο σε ψυχολογικό όσο και σε σωματικό επίπεδο, όμως δεν εμβαθύνουν στον εντοπισμό των παραγόντων επικινδυνότητας ούτε στην πρόληψη της υποτροπής ώστε να εξασφαλίσουν μια οριστική ή μακρόχρονη απεξάρτηση.

**Σχετικά με την κοινωνικο-εκπαιδευτική ανάλυση του προγράμματος του Proyecto Hombre, στη φάση της “Θεραπευτικής Κοινότητας” στη Γρανάδα, συμπεραίνουμε τα εξής:**

Το πρόγραμμα στοχεύει στη βοήθεια των εξαρτημένων ατόμων σε προσωπικό και οικογενειακό επίπεδο, στην καλύτερευση των σχέσεων μεταξύ τους, στην εξωτερίκευση των συναισθημάτων τους, στο σεβασμό τον συνανθρώπων τους όσον αφορά τα ωράρια, τους κανόνες, την υγιεινή... και στο να ζουν ωφέλιμα, εξασκώντας ποικίλες, τόσο προσωπικές όσο και ομαδικές, δυναμικές καθώς και συνεργασία με τις οικογένειες τους. Εντούτοις, το 38% έχει

εγκαταλείπει το πρόγραμμα ή έχει υποτροπιάσει, το 35% ολοκλήρωσε το πρόγραμμα με επιτυχία ενώ το 6% το επανέλαβε. Δεν γνωρίζουμε τι συνέβει με το 21% των συμμετεχόντων.

Αυτή η πληροφορία μας δείχνει ότι το πρόγραμμα της Θ.Κ. του Proyecto Hombre δεν ενισχύει τους παράγοντες προστασίας στους συμμετέχοντες, αντιθέτως, έχουν εκτεθεί στις ίδιες καταστάσεις κίνδυνου με πριν, δεν γνώριζαν πώς να τις χειριστούν και ως αποτέλεσμα επήλθε η υποτροπή και η χρήση ναρκωτικών ουσιών ή η εγκατάλειψη του προγράμματος.

Η δυσκολία του προγράμματος εκφράστηκε από σχεδόν όλα τα μέλη που συμμετείχαν καθώς το χαρακτήρισαν ως “πολύ σκληρό” και ότι εφαρμόζεται σε όλους το ίδιο πρωτόκολλο, κάτι που οδηγεί σε εγκατάληψη και υποτροπές. Θεωρούμε ότι το εκπαιδευτικό πρόγραμμα που μελετήσαμε και αναλύσαμε είναι πατερναλιστικό, πολύ τεχνοκρατικό, αυστηρό και ιεραρχικό, μεταφέροντας αυτή την ιεραρχικότητα στους συμμετέχοντες. Κατά τον ίδιο τρόπο, στερούνται ενός ατομικού εκπαιδευτικού προγράμματος καθώς αυτό που χρησιμοποιείται παρουσιάζει κατεξοχήν θεραπευτική και ψυχολογική προσέγγιση.

Κατά την ανάλυση του προγράμματος της Θ.Κ., παρατηρείται ξεκάθαρα μία δραστηριότητα με φτωχό κοινωνικό-εκπαιδευτικό υπόβαθρο. Δίνουν αξιοσημείωτη βαρύτητα στους κανόνες, περιορισμούς, υγιεινή, ωράρια κτλ., με έναν ιδιαίτερα αυταρχικό τόνο, ομοίως είναι λίγο προσαρμοστικές και ελαχίστως εκπαιδευτικές, υιοθετώντας εκπαιδευτικά μέτρα με κυρωτικό χαρακτήρα. Αυτή η ανάπτυξη θεωρούμε ότι προκαλεί εξάρτηση ή απλά φόβο απέναντι στην παραβίαση των κανόνων, αντιθέτως μας λείπει μια εκπαιδευτική δράση στην οποία πρωταγωνιστές θα είναι οι συμμετέχοντες, θα συλλογίζονται, θα αναλογίζονται σχετικά με τη ζωή τους, θα αναλύουν την κατάσταση στην οποία βρίσκονται, θα εκπαιδεύονται για την κοινωνική και επαγγελματική τους επανένταξη, θα μαθαίνουν να ζουν χωρίς ουσίες... Θεωρούμε ότι είναι πολύ σημαντικό διότι μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος δεν υπάρχουν κανόνες ούτε άτομα να επιβάλλουν ή να λένε αυτό που πρέπει να γίνει.

Η διακοπή της χρήσης ναρκωτικών ουσιών, ανεξάρτητα από το αν αυτές είναι νόμιμες ή όχι, αποτελεί ένα δύσκολο εγχείρημα για όλους, ειδικά για τα άτομα που μελετήσαμε. Αυτή η δυσκολία εκφράζεται περισσότερο κατά το τέλος της εβδομάδας όταν τα μέλη του προγράμματος αφήνουν τη Θ.Κ. για το σαββατοκύριακο και μπαίνουν ξαφνικά σε ένα περιβάλλον όπου όλοι καταναλώνουν ελεύθερα αλκοόλ όπως και άλλες ουσίες. Η Θ.Κ. του Proyecto Hombre είναι απαλλαγμένη από ναρκωτικές ουσίες, το μόνο που επιτρέπεται είναι η



κατανάλωση τσιγάρου (20 τσιγάρα την ημέρα). Η χρήση οποιασδήποτε ουσίας κατά τη διάρκεια των σαββατοκύριακων επιφέρει τον αποκλεισμό τους από τη Θ.Κ., γι' αυτό το λόγο καταβάλουν μεγάλη προσπάθεια για να το αποφύγουν. Όταν αισθάνονται να μπαίνουν στον πειρασμό απευθύνονται είτε στα υπόλοιπα μέλη είτε στους θεραπευτές. Οι υποτροπιάσεις είναι ένα συχνό φαινόμενο κατά τη θεραπεία. Κατ' αυτό τον τρόπο, θα λειτουργούσε ορθότερα ένα κλιμακωτό πρόγραμμα απεξάρτησης, με λιγότερο άκαμπτους κανόνες...

Ένας από τους στόχους μας ήταν η *ανάλυση των κοινωνικό-εκπαιδευτικών στοιχείων του προγράμματος του Proyecto Hombre ως προς την πρόληψη της υποτροπής*. Τα συμπεράσματά μας σε σχέση με αυτό είναι:

Το πρόγραμμα δεν εστιάζεται σε αυτό το στόχο, δηλαδή, σε όλα τα επίπεδα που εξετάσαμε, όπως το προσωπικό (ανάπτυξη καινούριων τακτικών, ατομική ωρίμανση, σεξουαλικότητα, αυτοσεβασμός, κοινωνικές δεξιότητες, επαγγελματική κατάρτιση κτλ.), την κατάσταση υγείας (διατροφή, υγιεινή, απεξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες, υιοθέτηση ενός υγιή τρόπου ζωής κτλ.), το επαγγελματικό (απόκτηση ή επανάκτηση εργασιακών συνηθειών, κοινωνικό-επαγγελματική επανένταξη, τους προστατευτικούς παράγοντες κτλ.) και το κοινωνικό-οικογενειακό επίπεδο (οικογενειακή και κοινωνική επανένταξη). Δεν δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στους παράγοντες που συντελούν στην πρόληψη της υποτροπής και στην ανάπτυξη των ατομικών δυνατοτήτων ώστε να την αποτρέψουν.

Αυτά τα τέσσερα επίπεδα, τα οποία είναι τα πιο σημαντικά, στο συγκεκριμένο πρόγραμμα δεν καθορίζουν τα απαραίτητα εκπαιδευτικά εργαλεία πρόληψης. Σε όλα τα επίπεδα χρησιμοποιούνται μέθοδοι και εργαλεία που βασίζονται σε ψυχολογικές τεχνικές, καθώς εκλείπουν τεχνικές που να επικεντρώνονται στο κοινωνικό-εκπαιδευτικό κομμάτι. Όπως αναφέραμε, τα ωράρια, οι κανόνες, οι ρόλοι... στοχεύουν στο να αλλάξουν την συμπεριφορά του ατόμου με έναν προκαθορισμένο τρόπο, δηλαδή, όχι να επανεκπαιδεύσει το άτομο, αλλά να το χειραγωγήσει και να το οδηγήσει σε μια συμπεριφορά "τυποποιημένη". Βγαίνοντας το άτομο από τη Θ.Κ. δεν γνωρίζει πώς να μετατρέψει σε πρακτική όλα αυτά που έχει μάθει και υποκύπτει στη χρήση ναρκωτικών ουσιών. Παρατηρείται ότι κατά τη διάρκεια της θεραπείας στη Θ.Κ., τα άτομα στερούνται μάθησης που να αποσκοπεί στην ενδυνάμωση των

προστατευτικών παραγόντων, ώστε να είναι σε θέση να εντοπίζουν τις καταστάσεις κινδύνου και με αυτό τον τρόπο να μπορούν να τις ελέγχουν.

Οι ποικίλες δραστηριότητες και μέθοδοι που χρησιμοποιούνται, αν και είναι θετικά αξιολογημένοι, τόσο από τους συμμετέχοντες όσο και από τους θεραπευτές, παρουσιάζουν πολλά κενά. Όπως έχουμε υπογραμμίσει αρκετές φορές στην πορεία αυτής της έρευνας, όλες οι ομάδες, δραστηριότητες, και εργαλεία, βασίζονται στην ψυχολογική υποστήριξη και θεραπεία, ενώ δεν επικεντρώνονται στην ανάπτυξη και εκπαίδευση των μελών. Θεωρείται απαραίτητος ο εντοπισμός, από την πλευρά των θεραπευτών, των παραγόντων επικινδυνότητας στα μέλη, που επιδρούν στην κατανάλωση ναρκωτικών ουσιών και με αυτό τον τρόπο να προσδιορίσουν τους παράγοντες προστασίας.

Αναλόγως, διακρίνεται η έλλειψη κοινωνικών εκπαιδευτών, επαγγελματιών που να είναι άμεσα συνδεδεμένοι με το εκπαιδευτικό πρόγραμμα. Το ενδιαφέρον των θεραπευτών της Θ.Κ. του Proyecto Hombre επικεντρώνεται στη σωματική και ψυχολογική αποκατάσταση των μελών και όχι στην επανεκπαίδευση τους, κάτι που θα τους έδινε τα μέσα για να αντιμετωπίσουν με θάρρος τις καταστάσεις κινδύνου και κατά συνέπεια να μην υποτροπιάσουν. Με τον ίδιο τρόπο, λείπει ο ατομικός προσανατολισμός, πιο προσωποποιημένος, που θα ενθαρρύνει τα μέλη να εκφραστούν πιο ελεύθερα.

Κάνοντας μια *σύγκριση του προγράμματος της φάσης της Θεραπευτικής Κοινότητας του Proyecto Hombre, στη Γρανάδα με την Πυξίδα, Λευκωσία* συμπεραίνουμε ότι:

Κάθε πρόγραμμα έχει τα δυνατά και αδύναμα σημεία του. Ξεκινώντας, η Πυξίδα είναι ένα ημερήσιο εντατικό πρόγραμμα ενώ το Proyecto Hombre είναι ένα πρόγραμμα κλειστό. Και τα δύο βασίζουν τη μέθοδο τους σε ομαδικές θεραπείες, δεν υπάρχει παρουσία παιδαγωγού ή κοινωνικού εκπαιδευτή και χρήζει προσοχής η ατομικότητα και η εκπαίδευση. Και τα δύο προγράμματα επικεντρώνονται στη σωματική και ψυχολογική αποκατάσταση των μελών και όχι στην επανεκπαίδευση και εξέλιξη τους.

Κατά τον ίδιο τρόπο, λείπει μία προσέγγιση που να λαμβάνει υπόψη τη διαφορετικότητα των δύο φύλων όπου οι γυναίκες θα μπορούν να βρίσκονται με τους θεραπευτές σε ιδιωτικό επίπεδο και θα μπορούν να εκφράζουν πιο προσωπικά ζητήματα όπως για παράδειγμα, θέματα εκπόρνευσης, κακοποίησης, σεξουαλικής παρενόχλησης... Οι γυναίκες παρακολουθούν το ίδιο

πρόγραμμα με τους άντρες, ένα πρόγραμμα καθαρά σχεδιασμένο για το αρσενικό φύλο, χωρίς να έχουν ληφθεί υπόψη οι ιδιαιτερότητες και ανάγκες που έχουν οι γυναίκες.

Ωστόσο, και οι δύο θεραπευτικές ομάδες επισημαίνουν στα ερωτηματολόγια τους την ανάγκη επικέντρωσης της θεραπείας στη διαφορετικότητα των φύλων, όπως επίσης και την ενσωμάτωση περισσότερων θεραπειών από άλλες ειδικότητες, σε αυτή την περίπτωση κοινωνικούς εκπαιδευτές και παιδαγωγούς.

Ένα από τα θετικά στοιχεία που διακρίναμε στο πρόγραμμα της Πυξίδας είναι η δυνατότητα που δίνεται στα μέλη να δουλεύουν κατά τη διάρκεια της ημέρας, να συνεχίζουν να είναι οικογενειακά και επαγγελματικά ενσωματωμένα, έχοντας περισσότερο ελεύθερο χρόνο, τόσο για να ανακαλύψουν καινούριες δραστηριότητες ανεξάρτητες από τη χρήση ναρκωτικών ουσιών, όσο και να δημιουργήσουν καινούριες γνωριμίες κτλ. Αν και αυτού του είδους η αυτονομία επιφέρει κινδύνους -για το λόγο του ότι εκτίθενται σε καταστάσεις επικινδυνότητας-, αποτελεί το μοναδικό μέσο παρακίνησης για να δουλέψουν τους παράγοντες προστασίας ενώ βρίσκονται στη Θ.Κ. και να αφηγήσουν έτσι τους παράγοντες κινδύνου όταν είναι εκτός προγράμματος.

Αντιθέτως, το πρόγραμμα του Proyecto Hombre δεν παρέχει αυτή τη δυνατότητα στα μέλη του, κάτι που τους περιορίζει αρκετά και τους δημιουργεί ανασφάλειες κατά την ολοκλήρωση της φάσης της Θ.Κ. Τα σαββατοκύριακα οφείλουν να ολοκληρώσουν το προσωπικό τους χρονοδιάγραμμα, ο ελεύθερος τους χρόνος είναι πολύ περιορισμένος και καταλήγει να είναι αδύνατη η γνωριμία με καινούρια και υγιή άτομα. Εκτός από αυτό, και στις δύο Θ.Κ. δεν δίνουν ιδιαίτερη βαρύτητα στον ελεύθερο χρόνο ούτε αναζητούνται τρόποι απασχόλησης με υγιείς δραστηριότητες. Αυτό είναι και το πιο αδύναμο σημείο της Θ.Κ. του Proyecto Hombre. Βγαίνοντας τα μέλη από την Θ.Κ., δεν ξέρουν πώς να αξιοποιήσουν τον ελεύθερο τους χρόνο όταν προηγουμένως τον αφιέρωναν στη χρήση. Αυτό αποτελεί έναν από τους παράγοντες κινδύνου που είναι πιθανό να τους οδηγήσει στην υποτροπή.

Ένα από τα **θετικά στοιχεία** της Θ.Κ. του **Proyecto Hombre** είναι ο χρόνος που αφιερώνεται για την επαγγελματική κατάρτιση των μελών, στοιχείο που δεν υπάρχει στη Θ.Κ. της Πυξίδας. Η διεύθυνση της Θ.Κ. του Proyecto Hombre παραχωρεί ανά περιόδους μαθήματα επαγγελματικής κατάρτισης, όμως είναι πολύ περιορισμένα και αρκετά επικεντρωμένα σε ανδρικά επαγγέλματα (κηπουρική, πληροφορική...). Υπάρχει έλλειψη μιας ευρύτερης παροχής

μαθημάτων και εργαστηρίων έχοντας υπόψη την διαφορά των φύλων και ειδικότερα τις γυναίκες.

Ολοκληρώνοντας, να σημειώσουμε ότι λείπουν και από τις δύο Θ.Κ. σεμινάρια που να σχετίζονται με την Αγωγή σε θέματα Υγείας, τις ουσιοεξαρτήσεις, την σεξουαλικότητα, τους οικογενειακούς δεσμούς... τα οποία θα ενισχύσουν τους προστατευτικούς παράγοντες των μελών. Χρειάζονται υποστήριξη από την οικογένεια τους, αύξηση του αυτοσεβασμού και της αυτό-αντίληψης τους, απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων και ξεπέραςμα των συναισθηματικών φραγμών και φόβων που έχουν δημιουργηθεί κατά την παιδική και εφηβική τους ηλικία, ώστε να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τα εμπόδια που θα συναντήσουν μετά τη θεραπεία τους. Δια μέσου μιας θεραπείας βασιζόμενης στο κοινωνικό-εκπαιδευτικό μοντέλο όπου συμπεριλαμβάνονται οι ανάγκες, οι παράγοντες προστασίας και κινδύνου του κάθε μέλους, μπορεί να επιτευχθεί η οριστική ή μακρόχρονη απεξάρτηση.

***Εντοπίζοντας τους παράγοντες κινδύνου που επηρεάζουν τους συμμετέχοντες στην κατανάλωση ουσιών και στην παρούσα διατήρηση τους σε αποχή***, παρατηρούμε τα εξής:

Οι μισοί από τους συμμετέχοντες (50%) στη Θ.Κ. του Proyecto Hombre βρέθηκαν εκτεθειμένοι σε διάφορες καταστάσεις που τους έκαναν επιρρεπείς στη χρήση ναρκωτικών ουσιών. Οι περισσότεροι από αυτούς, όπως είδαμε στην ανάλυση των προσωπικών τους φακέλων καθώς και στα ερωτηματολόγια, έχουν μεγαλώσει σε προβληματικές οικογένειες όπου υπήρχε ελάχιστη επικοινωνία, έχουν βιώσει εμπειρίες σωματικής και λεκτικής βίας, οικογενειακές διαμάχες... Είναι απείθαρχοι, με χαμηλό αυτοέλεγχο, επιθετικοί, με αδυναμίες στη συνεργασία. Κατά τον ίδιο τρόπο, πολλοί από αυτούς δεν είχαν εκπαιδευτικά πρότυπα στο σπίτι τους, δηλαδή, υπήρχε ασυνέπεια όσον αφορά τους κανόνες, έλλειψη ελέγχου, χαμηλές ακαδημαϊκές προσδοκίες κτλ.

Όλες οι περιπτώσεις, όπως και το φιλικό περιβάλλον που έχουμε αναλύσει στο πρώτο κεφάλαιο της έρευνας, αποτελούν παράγοντες κινδύνου που οδηγούν στη χρήση. Με τον ίδιο τρόπο, αποτελούν παράγοντες κινδύνου που αν δεν επιλυθούν μπορούν να οδηγήσουν τους συμμετέχοντες σε υποτροπή, κατά τη διάρκεια ή έπειτα από τη θεραπεία.

Σχετικά με τους ***παράγοντες προστασίας και πρόληψης της υποτροπής***, θεωρούμε ότι το πρόγραμμα της Θ.Κ. του Proyecto Hombre δεν διαθέτει τα κατάλληλα εκπαιδευτικά εργαλεία,

ομάδα ή μεθόδους επικεντρωμένους στην ενίσχυση των προστατευτικών παραγόντων και στην πρόληψη της υποτροπής. Όπως μας επισήμαναν οι συμμετέχοντες στα ερωτηματολόγια και φακέλους τους, οι μισοί αυτών (50%) βίωσαν μια δυσάρεστη παιδική και εφηβική ηλικία. Το πρόγραμμα και η θεραπευτική ομάδα δεν εστιάζονται στους προστατευτικούς παράγοντες των μελών για να τους παρακινήσουν να εγκαταλείψουν τη χρήση ναρκωτικών, αντιθέτως, πάντα τους έκριναν για τα λάθη που είχαν κάνει, τους υπενθύμιζαν συνέχεια ότι έκαναν κάτι έξω από τα πλαίσια του φυσιολογικού.

Πολύ λίγα από τα μέλη παρουσίαζαν προστατευτικούς παράγοντες, δηλαδή, τύγχαναν οικογενειακής υποστήριξης, διαλόγου, επικοινωνίας ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας, είχαν κανόνες, οργάνωση και έλεγχο μέσα στο σπίτι, κίνητρα για επιμόρφωση κτλ. Η έλλειψη αυτών των στοιχείων κατά την διάρκεια της θεραπείας όχι μόνο αποθαρρύνει τα μέλη από το να απεξαρτηθούν, αλλά επίσης τους αποδυναμώνει και μπορεί να τους οδηγήσει σε υποτροπή όταν βρεθούν αντιμέτωποι με προβλήματα.

***Αναλύοντας την κατάσταση των γυναικών στην Θεραπευτική Κοινότητα του Proyecto Hombre και εντοπίζοντας τις καταστάσεις κινδύνου και προστασίας σε σχέση με το φύλο,*** αυτό που βλέπουμε είναι η ύπαρξη πολλών παραγόντων κινδύνου τόσο στη γυναίκα όσο και στον άντρα. Οι γυναίκες παρουσιάζουν πιο έντονα το φαινόμενο εγκατάλειψης από την οικογένεια, της σεξουαλικής παρενόχλησης, κατάθλιψης και άγχους, όπως και σχέσεις με εξαρτημένους συντρόφους. Και τα δύο φύλα εκδηλώνουν μεταδιδόμενες ασθένειες (56%) και φαινόμενα αλκοολισμού στην οικογένεια (73,5%). Οι παράγοντες προστασίας και στα δύο φύλα είναι μηδαμινές.

Σχετικά με τις γυναίκες, πρέπει να τονίσουμε ότι χρειάζονται μία ιδιαίτερη προσοχή για το λόγο του ότι εκδηλώνουν περισσότερους συναισθηματικούς φραγμούς από τους άντρες, έχουν υποστεί επεισόδια βίας, έχουν εκπορνευτεί, κάποιες έχουν διακινήσει ναρκωτικά για να εξασφαλίσουν τη δόση τους, έτυχαν ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και έχουν βρεθεί με συντρόφους χρήστες ναρκωτικών ουσιών και βίαιους. Αυτές οι αρνητικές εμπειρίες θα πρέπει να χρίζουν άλλου είδους μεταχείρισης από την πλευρά των κοινωνικών εκπαιδευτών.

• **ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ - ΤΡΟΠΟΙ ΔΡΑΣΗΣ.**

Έχοντας υπόψη μας τους στόχους και τα συμπεράσματα αυτής της έρευνας, παραθέτουμε κάποιες προτάσεις ή τρόπους δράσης προσαρμοσμένους στον αρχικό μας στόχο που είναι η κοινωνικο-εκπαιδευτική ανάλυση του προγράμματος της Θεραπευτικής Κοινότητας του Proyecto Hombre στη Γρανάδα και του προγράμματος της Πυξίδας στη Λευκωσία σε σχέση με τους παράγοντες προστασίας, επικινδυνότητας και πρόληψης των υποτροπών.

Με βάση αυτά προτείνουμε:

- Το σχεδιασμό Εξατομικευμένου Εκπαιδευτικού Προγράμματος (ΕΕΠ) για κάθε μέλος που βρίσκεται στη Θ.Κ. και αξιοποίησή του σε προσωπικό επίπεδο, όπως επίσης σχεδιασμό Ομαδικού Εκπαιδευτικού Προγράμματος (ΟΕΠ) για την προώθηση εκπαιδευτικών εργαλείων στην ομάδα.
- Να λαμβάνονται υπόψη τα προσωπικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των μελών (ηλικία, φύλο, μορφωτικό επίπεδο, προσωπικές εμπειρίες...) γιατί το γενικοποιημένο πρόγραμμα μπορεί να αποδειχθεί δύσκολο για να το ακολουθήσει το μέλος και να οδηγήσει στην εγκατάλειψη του.
- Άλλα χαρακτηριστικά της ομάδας όπως το νεαρό της ηλικίας, η φυλάκιση, η απόκτηση προσωπικής οικογένειας και παιδιών, η εγκατάλειψη της οικογενειακής εστίας ή η εγκατάλειψη από τους γονείς ή το σύντροφό τους..., έχει σαν αποτέλεσμα τα άτομα να δημιουργούν μια διαφορετική εικόνα για τον κόσμο και για τον ίδιο τους τον εαυτό. Για αυτούς τους λόγους, θα πρέπει να υπάρξουν προσωπικές παρεμβάσεις ή σε μικρές ομάδες ανάμεσα σε θεραπευτές και μέλη για να ασκείται μεγαλύτερη επιρροή στο άτομο και να υπάρχει επίσης συμμετοχή της οικογένειας σε διάφορες διαδικασίες.
- Να ενσωματωθούν στο πρόγραμμα ειδικοί επαγγελματίες, εκτός από τους θεραπευτές, όπως κοινωνικοί εκπαιδευτές, καταρτισμένοι επιστημονικά και παιδαγωγικά για να συμβάλουν στην προσωπική και κοινωνική εξέλιξη των συμμετεχόντων.
- Ενσωμάτωση στη θεραπεία περισσότερων πολιτισμικών και εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων που θα προσφέρει ο κοινωνικός εκπαιδευτής, μεταξύ άλλων, εναλλακτικές λύσεις για ψυχαγωγία και ελεύθερο χρόνο, που θα είναι εποικοδομητικές, υγιείς, ποιοτικές...

Συγκεκριμένα, προτείνουμε κάποιους **τρόπους δράσης** για το πρόγραμμα της Θ.Κ. του Proyecto Hombre βασισμένους στο κοινωνικο-εκπαιδευτικό μοντέλο παραθέτοντας τα ακόλουθα:

Αναφορικά με το πρόγραμμα της φάσης της Θ.Κ., κατά βάση του Proyecto Hombre και έπειτα της Πυξίδας, η εξατομικευμένη παρέμβαση ή σε μικρές ομάδες μπορεί να ανταποκριθεί με πιο πολλή αποτελεσματικότητα στις προσωπικές ιδιαιτερότητες του κάθε ατόμου και κατά αυτό τον τρόπο να συμβάλει στη βελτίωση των συνθηκών ζωής του· να ξεπεράσει προσωπικές δυσκολίες, να αντιμετωπίσει τυχόν προβλήματα στην οικογένεια, με το σύντροφο ή τα παιδιά, κτλ. Αυτός ο τρόπος παρέμβασης απαιτείται από τους ίδιους τους θεραπευτές της Θ.Κ. του Proyecto Hombre. Αυτοί από μέρους τους, θα πρέπει να αφιερώνουν πιο πολύ προσωπικό χρόνο με το κάθε μέλος ξεχωριστά για να μπορούν να εντοπίσουν τα δυνατά του στοιχεία αλλά και αδυναμίες και να δουλέψουν τους παράγοντες προστασίας και επικινδυνότητας που θα το προστατέψουν από πιθανή μελλοντική χρήση ναρκωτικών.

Η συχνή ομαδική θεραπεία αποδεικνύει ότι επιφέρει κοινωνικο-προσωπικούς περιορισμούς στα μέλη, όπως επίσης επιφυλάξεις να αποκαλύψουν προσωπικά τους ζητήματα και να εκφράσουν τα αισθήματά τους. Είναι πιο ευεργετικό για αυτούς να έχουν προσωπικό χρόνο με τους θεραπευτές και κατά τον ίδιο τρόπο να εμπλέξουν στις διαδικασίες το σύντροφο και λοιπά μέλη της οικογένειάς τους. Έτσι, συμβάλλουν στην ενδυνάμωση των σχέσεών τους, στην αντιμετώπιση των προβλημάτων τους από κοινού, στην εκμάθηση τρόπων αντιμετώπισης των καταστάσεων που μπορεί να οδηγήσουν το άτομο σε υποτροπή κτλ.

Η έλλειψη γνώσεων σχετικά με τις ναρκωτικές ουσίες, την υγεία, τη σεξουαλικότητα, την υγιεινή κτλ, είναι φανερή ανάμεσα στα μέλη των Θ.Κ. που μελετήσαμε, όχι μόνο γιατί παρουσιάζουν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο αλλά επειδή αυτά τα θέματα δεν αντιμετωπίζονται μέσα στα πλαίσια θεραπείας ή ακόμη κι αν αυτό συμβαίνει, γίνεται με τρόπο διαστρεβλωμένο ή επιφανειακό. Σαν αποτέλεσμα, μεταξύ άλλων, προκύπτει ο εθισμός στις ναρκωτικές ουσίες, η μετάδοση ασθενειών (Ηπατίτιδα, Έιτς), ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, κτλ.

Έτσι αντιλαμβανόμαστε τη σημασία της εκπαίδευσης, όπου οι εκπαιδευτικοί θα συνομιλούν, αναλύουν και θα δρουν με σκοπό να δημιουργήσουν άτομα με κριτική σκέψη, νοήμον άτομα, με έναν υγιή τρόπο ζωής, όπως επίσης να προσφέρουν κατευθυντήριες

εκπαιδευτικές γραμμές που θα επιτρέψουν στο άτομο να αποκτήσει ικανότητες και δεξιότητες. Σε αυτή τη διαδικασία η οικογένεια, η γειτονιά, το φιλικό περιβάλλον και το σχολείο μετατρέπονται στους βασικούς θεσμούς που εκτελούν εκπαιδευτικές λειτουργίες (προληπτικές) πολύ σημαντικές.

Επιβάλλεται ατομικότητα και κυρίως να διαπνέεται από μια εκπαιδευτική φιλοσοφία, να προσφέρει μια εναλλακτική εκπαίδευση σε διάφορα επίπεδα, σύμφωνα με το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων (να τεθούν ζητήματα όπως η αυτοπεποίθηση, ο σεβασμός απέναντι στον ίδιο του τον εαυτό και απέναντι στα υπόλοιπα μέλη της Θ.Κ., απέναντι στους συγγενείς και/ή σύντροφο του, θέματα υγιεινής, η σημασία της επαγγελματικής κατάρτισης, κτλ.), σε συναισθηματικό επίπεδο (ψυχολογική στήριξη σε κάθε άτομο ξεχωριστά σε θέματα που σχετίζονται με τη σωματική και ψυχολογική κακοποίηση, αρνητικές εμπειρίες στην οικογένεια, κτλ.), σε οικογενειακό επίπεδο (πιο πολλές προσωπικές συναντήσεις ανάμεσα στο άτομο και την οικογένεια/σύντροφο/παιδιά). Είναι σημαντικό σε όλη αυτή τη διαδικασία να λαμβάνουμε υπόψη, εκτός από την εξάρτηση και την προσωπική ιστορία του καθενός, το φύλο και την ηλικία του.

Για να ολοκληρώσουμε, χρειάζεται μια προσέγγιση βασισμένη στο κοινωνικο-εκπαιδευτικό μοντέλο, στο οποίο η εκπαίδευση θα καθορίζει την προσωπική και κοινωνική αλλαγή των ατόμων κατά τη θεραπεία και θα στηρίζεται στην εξατομικευμένη παρέμβαση και στη συστημική-ολική πρόληψη. Για να είναι εφικτή αυτή η αλλαγή χρειάζεται εξειδικευμένο προσωπικό, δηλαδή, κοινωνικοί παιδαγωγοί.

Παρατηρώντας το προφίλ και την επαγγελματική κατάρτιση της ομάδας των επαγγελματιών της Θ.Κ. του Proyecto Hombre, στην πλειοψηφία τους είναι ψυχολόγοι και η θεραπεία επικεντρώνεται στην ψυχολογική και σωματική αποκατάσταση του ατόμου. Η θεραπεία που προσφέρουν οι ψυχολόγοι, ψυχίατροι, νοσηλευτές...στηρίζεται σε "θεραπευτική" προσέγγιση και όχι σε "κοινωνικο-εκπαιδευτική". Για το λόγο αυτό, κρίνουμε απαραίτητη μια εκπαιδευτική αποκατάσταση όπου το άτομο θα είναι ο πρωταγωνιστής και η θεραπεία θα στηρίζεται στην ολική ανάπτυξη του που θα καλύπτει όλα τα επίπεδα (προσωπικό, ιατρικό/υγεία, επαγγελματικό και κοινωνικο-οικογενειακό) όπως επίσης όλα τα φάσματα (προσωπικό, ομαδικό και κοινοτικό). Στόχος θα είναι η ανάπτυξη του ατόμου, η ενδυνάμωση



των προστατευτικών παραγόντων και η αποδυνάμωση των παραγόντων επικινδυνότητας. Έτσι μπορούν να μειωθούν οι πιθανότητες υποτροπής στο μέλλον.

Είναι εξαιρετικά σημαντικό να δώσουμε ιδιαίτερη έμφαση στις αιτίες εγκατάλειψης του προγράμματος. Σύμφωνα με τους προσωπικούς φακέλους που μελετήσαμε και τις απαντήσεις που μας έχουν δώσει τόσο οι συμμετέχοντες όσο και οι θεραπευτές στα ερωτηματολόγια τους, τα άτομα του φιλικού τους περιβάλλοντος που κάνουν χρήση, τα προβλήματα στην οικογένεια, οι οικονομικές δυσκολίες, ο σύντροφος που είναι χρήστης, το απαιτητικό και πειστικό πρόγραμμα, η έλλειψη κινήτρων και συνειδητοποίησης του προβλήματος...οδηγεί τους συμμετέχοντες στην απόφαση να εγκαταλείψουν το πρόγραμμα και πολλοί από αυτούς υποκύπτουν εκ νέου στη χρήση.

Κατ' επέκταση, προτείνουμε:

**- Σχεδιασμός Εξατομικευμένων Εκπαιδευτικών Προγραμμάτων (Ε.Ε.Π.):**

Αυτός ο σχεδιασμός προτείνει: Οι θεραπευτές, μετά από μελέτη της προσωπικής, οικογενειακής, κοινωνικο-επαγγελματικής ιστορίας του κάθε ατόμου, το ιστορικό χρήσης και υποτροπής, τα περιστατικά σεξουαλικής κακοποίησης κτλ., σχεδιάζουν ένα ατομικό πρόγραμμα θεραπείας που ανταποκρίνεται στις προσωπικές ανάγκες κάθε μέλους για να επιτραπεί η μεγαλύτερη δυνατή προσαρμογή στις ανάγκες του. Έχοντας πάντα υπόψη το φύλο και τις προσωπικές εμπειρίες του καθενός, θα διακριθούν, από τη μια οι παράγοντες επικινδυνότητας που τους οδήγησαν στη χρήση ναρκωτικών ουσιών και από την άλλη, οι παράγοντες προστασίας για την ενδυνάμωση εκείνων των χαρακτηριστικών με την πρόθεση να αποφευχθεί η συνέχιση της χρήσης και κατά συνέπεια επικείμενες υποτροπές.

Με την αξιοποίηση της *Συνέντευξης Κινητοποίησης* ως πρωταρχικό εργαλείο, τα άτομα κινητοποιούνται για να αλλάξουν και με τις διαδικασίες αλλαγές στη συμπεριφορά που συνδυάζει η πρόληψη της υποτροπής, όπως η εξάσκηση δεξιοτήτων αντιμετώπισης καταστάσεων, η γνωστική αναδιάρθρωση και η εξισορρόπηση του τρόπου ζωής, μπορούν να συμβάλουν σε ένα μικρότερο βαθμό εγκατάλειψης του προγράμματος, να αυξηθεί ο αριθμός των ατόμων που τελειώνουν με επιτυχία το πρόγραμμα και να μειωθούν όσο το δυνατό περισσότερο οι υποτροπές. Οι συμμετέχοντες αρχίζουν να εκφράζουν περισσότερο τα αισθήματά τους, αισθάνονται πιο πολλή εμπιστοσύνη απέναντι στο πρόγραμμα και στους θεραπευτές,

προσπαθούν να αλλάξουν τις συμπεριφορές τους, να βελτιώσουν τις κοινωνικο-οικογενειακές τους σχέσεις, κτλ.

Σύμφωνα με την πρόοδο του κάθε ατόμου και έπειτα από τις διάφορες συναντήσεις, αρχίζουν να δουλεύουν σε ομάδες με την οικογένεια, το σύντροφο και τα παιδιά τους προσπαθώντας να επιλύσουν τα οικογενειακά προβλήματα, να βελτιώσουν τις μεταξύ τους σχέσεις, κάνοντας έτσι μια θεραπεία μαζί. Τα τραύματα, οι κακοποιήσεις, οι σεξουαλικές παρενοχλήσεις κτλ., που προκλήθηκαν κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία, μπορούν να μετριαστούν με τη βοήθεια ειδικευμένων θεραπειών, για παράδειγμα ψυχολόγους, εκπαιδευτές... Κάθε μέλος πρέπει να έχει την ευκαιρία να έχει προσωπικές συναντήσεις καθημερινά με ένα από τους επαγγελματίες, μετά από προσωπική επιλογή που θα κάνει το ίδιο το άτομο, με απώτερο σκοπό να αισθάνεται άνετα και οικεία.

**- Σχεδιασμός Ομαδικών Εκπαιδευτικών Προγραμμάτων (ΟΕΠ):**

Αυτά τα προγράμματα θα στοχεύουν στην ομαδική εργασία ανάμεσα σε συμμετέχοντες και επαγγελματίες και ανάμεσα στα ίδια τα μέλη της Θ.Κ. χωρίς την παρουσία των θεραπειών. Σε αυτά τα προγράμματα οι κοινωνικοί εκπαιδευτές κάνουν σεμινάρια που σχετίζονται με την Αγωγή για την Υγεία, τη σεξουαλικότητα, τη μητρότητα και πατρότητα (για τους άνδρες και γυναίκες που έχουν παιδιά), την κοινωνική επανένταξη, την κοινωνικο-οικογενειακή τους επάνοδο κτλ. Μερικές από αυτές τις ομάδες θα δημιουργηθούν με βάση το φύλο, για παράδειγμα, μια ομάδα ανά βδομάδα για τις γυναίκες με παιδιά όπου αναλύονται θέματα σεξουαλικότητας, μητρότητας, φροντίδας των παιδιών, τρόποι προστασίας τους από τη χρήση ναρκωτικών κτλ. Σε αυτή την ομάδα πηγαίνουν μόνο οι γυναίκες της Θ.Κ. και σε άλλη παραπέμπονται οι άνδρες.

Σε άλλη ομάδα δουλεύουν μαζί άνδρες και γυναίκες μέλη της Θ.Κ., με ή χωρίς τη βοήθεια των επαγγελματιών, όπου εκφράζει ο καθένας την άποψη του αναφορικά με θέματα που σχετίζονται με τα παιδιά τους: πώς να διαχειριστούν τα συναισθήματα τους απέναντι τους, πώς να τα εκπαιδεύσουν, πώς να τους προσφέρουν ένα σπίτι και μια οικογένεια οργανωμένη και ισορροπημένη για να αποφύγουν τη χρήση ναρκωτικών, τρόπους ενδυνάμωσης της εκπαίδευσης τους κτλ.

Επίσης, βοηθητική θα είναι η ενσωμάτωση ομάδων χορού, μουσικής, κινηματογράφου, εργαστήρι κοινωνικής και πολιτιστικής εμπύχωσης, συγγραφή, πιλάτες, yoga...με στόχο την ενδυνάμωση της έκφρασης των συναισθημάτων τους, της αυτοπεποίθησης και επίσης, να τους δοθούν τα κατάλληλα εργαλεία για να εκμεταλλεύονται σωστά τον ελεύθερο τους χρόνο, με τρόπο παραγωγικό. Η δική μας εκπαιδευτική πρόταση είναι τα μαθήματα Βιοχορού (Biodance). Η δημιουργία ομάδας με εξειδικευμένο προσωπικό 1-2 φορές τη βδομάδα, εντός ή εκτός της Θ.Κ., θα συμβάλει στην αλλαγή της ψυχολογίας, της αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης των ατόμων.

### **- Μαθήματα Βιοχορού:**

Ο Βιοχορός είναι ένα σύστημα ανθρώπινης ενσωμάτωσης, ανανέωσης του οργανισμού, όπως επίσης συναισθηματικής ωρίμανσης και επιμόρφωσης των αρχικών λειτουργιών της ζωής. Η μεθοδολογία του στηρίζεται στο να προκαλεί και να εξωτερικεύει εμπειρίες που ήδη υπάρχουνε, μέσα από τη μουσική, το τραγούδι, την κίνηση και μέσα από ομαδικές συναντήσεις.

Σύμφωνα με τον ιδρυτή Rolando Toro, ο Βιοχορός μπορεί να εφαρμοστεί σε τρεις τύπους ομάδων με τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- *Ειδικές ομάδες με παρόμοια χαρακτηριστικά*, όπως παιδιά, εφήβους, ενήλικες και ηλικιωμένους, έγκυες γυναίκες, ζευγάρια, οικογενειακές ομάδες με τη συμμετοχή των γονέων, παιδιών, παππούδων, θείων, ξαδέλφων.
- *Ετερογενής ομάδες ενηλίκων με προβλήματα* όπως ανασφάλειες, έλλειψη στοργής, δυσκολία δημιουργίας βαθέων σχέσεων, άγχος, έλλειψη επιθυμίας για ζωή, ψυχοσωματικά συμπτώματα.
- *Ομάδες υπαρξιακής αποκατάστασης*, για άτομα που υποφέρουν από διαταραχές κινητικότητας ή διάθεσης.

Όπως λέει ο Toro (2008), ο Βιοχορός λειτουργεί πάνω στα υγιή και όχι στα άρρωστα μέρη του ατόμου, σε αντίθεση με την ψυχιατρική. Πιστεύουμε ότι ο Βιοχορός μπορεί να δράσει και να επανεκπαιδεύσει τα άτομα της Θ.Κ. του Proyecto Hombre μαζί με την συμμετοχή των κοντινών τους ατόμων. Ο Βιοχορός έχει την ικανότητα να μειώνει το άγχος που δημιουργείται από τις συναισθηματικές συγκρούσεις και μπορεί να θεωρηθεί ένα σύστημα συναισθηματικής

ωρίμανσης των περιθωριοποιημένων ατόμων, σε αυτή την περίπτωση των ατόμων με προβλήματα ουσιοεξάρτησης.

**- Ειδικές ομάδες για γυναίκες:**

Σε σχέση με τις διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών που βρίσκονται σε θεραπεία και την προσέγγιση του φύλου, πιστεύουμε ότι είναι σημαντική η εισαγωγή ειδικών ομάδων για γυναίκες. Είναι ειδικά διαμορφωμένες ομάδες στις οποίες δίνεται ιδιαίτερη σημασία σε θέματα αυτοπεποίθησης, αρνητικές εμπειρίες κατά την παιδική και εφηβική ηλικία όπως η σεξουαλική και συναισθηματική κακοποίηση, σεξουαλική παρενόχληση, αρρώστιες, φυλάκιση, εκπόρνευση, μητρότητα ή χάσιμο της κηδεμονίας, εκπαίδευση των παιδιών κτλ. Επίσης, διαχειρίζονται θέματα όπως η μοναξιά, ενοχικό συναίσθημα, διαπροσωπικές σχέσεις και πώς αυτές επηρεάζουν τη θεραπεία με απώτερο σκοπό να αποτρέψουν την υποτροπή και να ξεπεράσουν πιθανά τραύματα. Σε αυτές τις ομάδες ενδυναμώνονται οι προστατευτικοί παράγοντες και μειώνονται οι παράγοντες κινδύνου με τη βοήθεια των κοινωνικών εκπαιδευτών και των Εξατομικευμένων Εκπαιδευτικών Προγραμμάτων που θα είναι ειδικά σχεδιασμένα για την κάθε γυναίκα μέλος. Όλα στηρίζονται στην επανεκπαίδευση και στην θετική εξέλιξη των γυναικών.

**- Ομάδες για γυναίκες και άνδρες με παιδιά:**

Σε μια Κοινότητα όπως αυτή του Proyecto Hombre, όπου οι συμμετέχοντες βρίσκονται όλη τη βδομάδα σε ένα σπίτι, είναι πολύ ενθαρρυντικό να υπάρχουν βρεφονηπιακοί σταθμοί για τις μητέρες όπου μέχρι το μεσημέρι θα μπορούν να προσέχουν τα παιδιά τους και να διατηρούν τους συναισθηματικούς δεσμούς ανάμεσα στις ίδιες και τα παιδιά τους. Είναι σημαντικό να υπάρχουν οι αναγκαίες εγκαταστάσεις τόσο για τις γυναίκες με παιδιά όσο και για τις έγκυες.

Με το κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό, για παράδειγμα, γυναικολόγους, παιδίατρους, εκπαιδευτές... να οργανώνονται εβδομαδιαίες συναντήσεις με τις έγκυες γυναίκες όπου να χειρίζονται θέματα όπως οι επιπτώσεις που έχουν οι ναρκωτικές ουσίες στο έμβρυο, η διατροφή της μητέρας και του παιδιού, παιδιατρικά θέματα, ψυχολογία, άσκηση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης κτλ. Για τις μητέρες με μεγαλύτερα παιδιά ή/και εφήβους μπορούν να δημιουργηθούν πιο εξειδικευμένες ομάδες που θα επικεντρώνονται σε προβλήματα που παρουσιάζουν αυτές οι ηλικίες. Κατά διαστήματα, θα ήταν εύστοχο να γίνονται συναντήσεις με

τους γονείς, παιδιά και θεραπευτές για να επιλύονται προβλήματα που προκύπτουν στη σχέση τους. Επίσης, πρέπει να αντιμετωπίζονται οι δυσκολίες που έχουν οι εθισμένες μητέρες που είναι ανύπαντρες, χωρισμένες ή με σύντροφο. Αυτές οι ομάδες βασίζονται επίσης στο κοινωνικο-εκπαιδευτικό μοντέλο, δηλαδή, στα Εξειδικευμένα και Ομαδικά Εκπαιδευτικά Προγράμματα (ΕΕΠ και ΟΕΠ) και στην ολική πρόληψη του εθισμένου ατόμου.

**- Ομάδες πρόληψης της υποτροπής:**

Ένας από τους κυριότερους στόχους αυτής της έρευνα ήταν η πρόληψη της υποτροπής. Η δημιουργία ομάδων *πρόληψης υποτροπής* θα έχει σαν αντικείμενο τη συμμετοχή όλων των ανδρών και γυναικών της Θ.Κ. Ο κάθε ένας θα πρέπει να βρεί, με τη στήριξη των κοινωνικών παιδαγωγών, τους παράγοντες που τους οδήγησαν στη χρήση ναρκωτικών ουσιών (παράγοντες επικινδυνότητας) όπως επίσης, να ανακαλύψουν τους παράγοντες που μπορούν να τους προστατέψουν (παράγοντες προστασίας) και να μην παρουσιάσουν υποτροπή. Για παράδειγμα, το κάθε μέλος θα πρέπει να αξιολογήσει τις οικογενειακές, κοινωνικές και διαπροσωπικές του σχέσεις, ευχάριστα και δυσάρεστα συναισθήματα, εμπειρίες του παρελθόντος κτλ, και μαζί με τους θεραπευτές να βρουν εκείνες τις στρατηγικές που θα τους βοηθήσουν να μην υποτροπιάσουν.

Χρησιμοποιείται με εκπαιδευτικό χαρακτήρα το μοντέλο πρόληψης των Marlatt και Gordon που παρουσιάστηκε στο τέταρτο κεφάλαιο αυτής της έρευνας. Δηλαδή, διάκριση των καταστάσεων υψηλού κινδύνου, εξάσκηση των δεξιοτήτων για αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων, αυτοέλεγχος, στρατηγικές για αντιμετώπιση του αισθήματος επιθυμίας κατανάλωσης της ουσίας (craving) και οι σκέψεις που σχετίζονται με τη χρήση της ουσίας, αντιμετώπιση της υποτροπής ή της περιστασιακής χρήσης, αυτοπεποίθηση, έλεγχος του άγχους, δεξιότητες επικοινωνίας, δεξιότητες κοινωνικοποίησης και εξάσκηση στην επίλυση προβλημάτων. Σε αυτή τη διαδικασία είναι επίσης απαραίτητη η εμπλοκή της οικογένειας και του συντρόφου για να βελτιωθεί η επικοινωνία μεταξύ τους, να μπορούν να υπολογίζουν στη στήριξη των κοντινών τους ατόμων όταν έχουν δυσκολίες και να αντιμετωπίζουν μαζί τα οποιαδήποτε προβλήματα.

**- Χώρος ψυχαγωγίας και ελεύθερου χρόνου:**

Ο χώρος ψυχαγωγίας και ελεύθερου χρόνου είναι μια από της ελλείψης του προγράμματος του Proyecto Hombre. Θα πρέπει να καθοριστεί ένα ωράριο ελεύθερου χρόνου ανα βδομάδα, όπου κάθε άτομο θα μπορεί να το αξιοποιήσει όπως θέλει: για διάβασμα, συγγραφή, εγγραφή σε εκπαιδευτικά σεμινάρια εκτός Θ.Κ., συνομιλία με τους θεραπευτές, συνομιλία με τα υπόλοιπα μέλη της Κοινότητας, αθλητισμός κτλ. Ο ελεύθερος χρόνος βοηθά τα άτομα να αποσυνδεθούν από τη θεραπεία, να εμβαθύνουν σε θέματα που τους ενδιαφέρουν και να υιοθετήσουν ένα υγιή τρόπο ζωής. Η επαφή με τον έξω κόσμο και με άτομα που δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα τοξικοεξάρτησης, τους βοηθά ούτως ώστε να μην αισθάνονται κατώτεροι και περιθωριοποιημένοι. Αυτό μπορεί να είναι το κίνητρο για να γνωρίσουν καινούρια άτομα που δεν κάνουν χρήση και να εγκαθιδρύνουν θετικές κοινωνικές σχέσεις. Βγαίνοντας από την Θ.Κ. ξέρουν πώς να χρησιμοποιήσουν τον ελεύθερο τους χρόνο με παραγωγικό τρόπο χωρίς να κάνουν χρήση ναρκωτικών.

**- Ομάδες επαγγελματικού προσανατολισμού:**

Οι ομάδες επαγγελματικού προσανατολισμού θα λαμβάνουν χώρα κάθε 6-9 μήνες περίπου, όση και η περίοδος που βρίσκονται στη Θ.Κ. με στόχο την ενδυνάμωση της επαγγελματικής τους κατάρτισης. Πρώτο, η Θ.Κ. θα πρέπει να προσφέρει περισσότερα σεμινάρια όπως γραφή και ανάγνωση για ενήλικες -πολλοί από τους συμμετέχοντες παρουσίαζαν μαθησιακές δυσκολίες-, μαθήματα πληροφορικής, κηπουρικής, ειδικά σεμινάρια για τις γυναίκες όπως αισθητική, φροντίστριες για ηλικιωμένα άτομα κτλ. Σύμφωνα με το μορφωτικό επίπεδο του κάθε ατόμου, τα κίνητρα και το ενδιαφέρον, να οργανώνονται διαφορετικά σεμινάρια σε συνεργασία με εταιρίες επαγγελματικού προσανατολισμού οι οποίες θα συνεισφέρουν στην εξεύρεση εργασίας των συμμετεχόντων.

Κλείνοντας, τα παρεμβατικά προγράμματα απεξάρτησης, όπως η Θ.Κ του Proyecto Hombre, συνεισφέρουν σε αρκετές περιπτώσεις στη διευκόλυνση της κοινωνικής και οικογενειακής επανένταξης των ατόμων, στη βελτίωση των σχέσεων τους και στην αποχή από τη χρήση ναρκωτικών ουσιών, στην έκφραση των συναισθημάτων τους όπως επίσης στο να γίνονται πιο υπεύθυνοι, να μαθαίνουν να εργάζονται σε ομάδα, να μειώνουν τη βία και την

εγκληματικότητα, τον κίνδυνο μετάδοσης ασθενειών κτλ. Ωστόσο, δεν μπορούμε να ξεχνάμε την ιδιαιτερότητα του κάθε ατόμου, την παιδεία που έχει λάβει από την οικογένειά του, τις εμπειρίες του-καλές και κακές- και τους διάφορους άλλους παράγοντες που εμπλέκονται σε αυτό το φαινόμενο που είναι τόσο περίπλοκο και πολυεδρικό.

Με βάση τα στοιχεία που έχουμε συλλέξει, καταλήγουμε ότι το πρόγραμμα της Θ.Κ. του Proyecto Hombre είναι ένα παρεμβατικό μοντέλο που προσφέρει μια εναλλακτική λύση στα άτομα για να εγκαταλείψουν τα ναρκωτικά. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα, παρόλο που έχει θετικά στοιχεία, παρουσιάζει ελλείψεις και ανεπάρκειες. Για αυτό το λόγο θεωρούμε ότι είναι δυνατό να εισαγάγουμε προτάσεις στηριζόμενες στο εκπαιδευτικό μοντέλο, πιο ατομικές και προσαρμοσμένες στις συνθήκες των μελών, με πιο δημοκρατικές προσεγγίσεις, πιο ευέλικτους κανόνες, με μεγαλύτερη εκπαιδευτική προσέγγιση και με την εισαγωγή ειδικευμένων επαγγελματιών και κοινωνικών εκπαιδευτών.

Με αυτό τον τρόπο τα άτομα τελειώνουν τη θεραπεία με πιο πολλές δυνατότητες, με πλήρη συναίσθηση των παραγόντων προστασίας που τους χαρακτηρίζουν και των επικίνδυνων παραγόντων που μπορεί να τους οδηγήσουν σε υποτροπή. Το άτομο βγαίνει με πιο πολλά εκπαιδευτικά εργαλεία και με πιο πολλή δύναμη να αντιμετωπίσει τη ζωή και να πετύχει μια οριστική ή μακρόχρονη αποχή από τα ναρκωτικά.

Θεωρούμε αναγκαία τη “μεταρρύθμιση” του προγράμματος της φάσης της Θ.Κ. του Proyecto Hombre όπου πρωταρχικό ρόλο θα έχει το εκπαιδευτικό στοιχείο και όχι μόνο η ψυχολογική θεραπεία. Το άτομο που είναι εθισμένο στα ναρκωτικά, εκτός από την ουσιοεξάρτηση που παρουσιάζει, πιστεύουμε ότι είναι ένα άτομο που μπορεί να συνεχίσει να εξελίσσεται. Για αυτό το λόγο, επιμένουμε στην εγκατάσταση κοινωνικών εκπαιδευτών οι οποίοι θα βοηθούν και θα κινητοποιούν το άτομο να συνεχίσει να προοδεύει στην κοινωνία χωρίς τη χρήση ναρκωτικών ουσιών. Σε καμία από τις προηγούμενες έρευνες που μελετήσαμε δεν διακρίναμε την εμπλοκή του κοινωνικο-εκπαιδευτικού μοντέλου.

Αυτές οι προτάσεις προμηνύουν την έναρξη μιας νέας κατευθυντήριας γραμμής στην έρευνα αναφορικά με τις Θεραπευτικές Κοινότητες και την Κοινωνική Εκπαίδευση και συγκεκριμένα του κοινωνικο-εκπαιδευτικού μοντέλου. Τι αποτελέσματα μπορεί να έχει η εφαρμογή του κοινωνικο-εκπαιδευτικού μοντέλου στα προγράμματα της φάσης της Θεραπευτικής Κοινότητας και συγκεκριμένα σε αυτή του Proyecto Hombre; Μπορεί να

βελτιωθεί η ζωή των μελών με την ενδυνάμωση των προστατευτικών παραγόντων και τη μείωση των παραγόντων επικινδυνότητας; Μπορεί να επιτευχθεί μια παρατεταμένη ή μόνιμη αποχή από τα ναρκωτικά; Όπως βλέπουμε, μια νέα προοπτική ανοίγεται για νέες και καινοτόμες έρευνες, τόσο σε ισπανικό όσο και διεθνές επίπεδο.