

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA SOCIAL

EL PROCESO DE CAMBIO EN LA ADICCIÓN A LA
HEROÍNA: UN ANÁLISIS A TRAVÉS DE METODOLOGÍAS
CUALITATIVAS

MARÍA CARMEN ALBIACH CATALÁ

UNIVERSITAT DE VALENCIA
Servei de Publicacions
2003

Aquesta Tesi Doctoral va ser presentada a València el dia 15 de Setembre de 2003 davant un tribunal format per:

- D. Enrique Berjano Peirats
- D^a. Lucía Gómez Sánchez
- D. José Alfonso García Martínez
- D^a. Rocío Guil Bozal
- D. Miquel Doménech Argemi

Va ser dirigida per:

D. José Ramón Bueno Abad

©Copyright: Servei de Publicacions
María Carmen Albiach Catalá

Depòsit legal:

I.S.B.N.:84-370-5885-6

Edita: Universitat de València
Servei de Publicacions
C/ Artes Gráficas, 13 bajo
46010 València
Spain
Telèfon: 963864115

ÍNDICE DE TEXTO.

1- APROXIMACIÓN AL FENÓMENO DE LAS DROGODEPENDENCIAS.

1.1 – Introducción.

1.2 - Génesis y evolución del problema. 1

1.3 - Configuración de la red asistencial. 2

1.4. - Recursos asistenciales y estructuras de apoyo. 3

2 - MARCO TEÓRICO.

2.1 - La prevención de las drogodependencias. 15

2.2 - Modelos interpretativos. 18

2.3 - El Apoyo Social. 25

2.4 – El modelo transteórico de cambio. 47

3 - METODOLOGÍA.

3.1 – Objetivos concretos e interés de los mismos. 68

3.1.1 – Objetivos generales. 69

3.1.2 – Objetivos específicos. 69

3.2 – Instrumentos utilizados. 70

3.3 – Método. 72

3.3.1 – *Esquema de las entrevistas en profundidad.* 72

3.3.2 – *Esquema de los relatos de vida.* 73

3.4 – Plan de trabajo. 75

3.4.1 – *Fase exploratoria.* 75

3.4.2 – *Fase descriptiva.* 75

3.4.3 – *Fase analítica.* 76

3.4.4 – *Fase sintética.* 77

3.5 – Participantes. 77

3.6 – El marco. 81

4 – RESULTADOS.

4.1 – Análisis de las entrevistas en profundidad.	82
4.1.1 – Factores <i>intervinientes relativos a los sujetos.</i>	83
4.1.2 - Aspectos <i>psicosociales.</i>	117
4.1.3 – Factores <i>relativos a la sustancia y al consumo.</i>	166
4.1.4 – Conclusiones.	180
4.2 – Análisis de las historias de vida.	192
4.2.1 – Etapa <i>anterior al uso de opiáceos.</i>	192
4.2.2 – Etapa <i>de adicción a opiáceos.</i>	231
4.2.3 – Etapa <i>posterior a la adicción activa.</i>	272

5 – CONCLUSIONES Y COMENTARIOS.

6 – BIBLIOGRAFIA.

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS.

Tabla 1. El concepto de apoyo social: dimensiones y perspectivas.	33
Tabla 2. Integración de estadios y procesos de cambio.	58
Tabla 3. Niveles x Estadios x Procesos de cambio.	61
Gráfico 1. Contexto social y sentimiento generado.	34
Gráfico 2. Modelo de bienestar de Lin y Ensel.	47
Gráfico 2. Estadios de cambio según el modelo transtórico.	50
Gráfico 4. Un modelo en espiral de los estadios de cambio.	54
Gráfico 5. Cuadro resumen de los participantes.	80

ABSTRACT

The investigation is aimed at determining the psychosocial factors involved in addiction processes and lifestyle changes in heroin addicts, as well as at expanding current knowledge related to the incidence of psychological, therapeutic and environmental aspects in the recovery process of such addicts. The methods employed were: five in-depth interviews (IDI's) with psychologists; the life stories of five former heroin addicts who had abstained from consumption for at least three years and who had experienced evident lifestyle changes. The In-depth Interviews reveal personal, social and substance-relative aspects existing prior to, during and following the period of abstinence and which, change in relation to their number, incidence and interaction within a given environment and time, are favourable and/or restricting (although not preventative) to the commencement and maintenance of the new lifestyle. The Life Stories present detailed accounts of lives replete with experiences and serve to locate the process in a historical context. Prior psychosocial variables, which, in their own right and as a result of their influence in the configuration of a personality, play a key role in the posterior recovery: the transmission of values, family cohesion, initiation age and motive, mental health, peer relationships and social integration. Social support (institutional and intimate), motivation, the perception of self-sufficiency, mental health and the gains obtained through the lifestyle change all effect a powerful influence on the evolution. The analysis of the post-abandonment stage allows us to infer that not only has the extinction of the addictive behaviour been obtained, but also a degree of stability within a normalised social environment and the ability to live free and emotionally independent of the past without fear of a relapse.

RESUMEN

Partimos de la concepción del cambio en adicciones como un proceso y no como un suceso dicotómico en el que se pasa del uso continuado de la sustancia a un estado de abstinencia permanente. Los objetivos de la presente investigación son tratar de aprehender los factores psicosociales que intervienen tanto en los procesos de adicción, como en los de cambio en el estilo de vida en la adicción a la heroína y profundizar en el conocimiento de la forma en que inciden los elementos psicológicos, terapéuticos y del entorno en el proceso de recuperación e integración social. Las entrevistas en profundidad (EP) a cinco profesionales de la psicología con contrastada experiencia en este campo y los relatos de vida (RV) de cinco heroinómanos, cuyo periodo adictivo transcurrió durante la década de los ochenta, están más de tres años deshabitados y con un evidente cambio de estilo de vida, son los métodos utilizados para analizar los conocimientos adquiridos a través de la experiencia profesional o personal. Las EP nos muestran los aspectos personales, sociales y relativos a la sustancia, previos, durante y posteriores a la abstinencia favorecedores o dificultadores (en ningún caso imposibilitadores) del inicio y mantenimiento del cambio de estilo de vida en función de su número, ponderación e interacción en un espacio y en un tiempo. Con los RV vislumbramos además, toda la riqueza de matices de una vida plagada de vivencias y una contextualización histórica del curso vital de los interlocutores.

No es posible establecer el perfil del toxicómano que permita predecir su evolución hacia la recuperación a partir de los diferentes factores aportados, observados y analizados. Sí es posible determinar un historial, unas circunstancias tanto personales como sociales, concretas que en un momento de la evolución de la conducta interaccionan consiguiendo un equilibrio compensado entre sus deseos de cambio, sus recursos personales y de apoyo que le permiten progresar hacia la recuperación. La existencia de una conjunción de algunos factores

propiciatorios que vayan combinándose y fortaleciéndose a lo largo del proceso y cimentando los iniciales deseos de cambio provocados por una forma de vida que resulta insoportable hará que las posibilidades sean mayores, y que más factores negativos implican mayor dificultad para consolidar el cambio, incluso en los casos en que la motivación es elevada. Los factores psicológicos y sociales son mucho más relevantes en el mantenimiento de la abstinencia y el cambio de estilo de vida que los factores relativos a la sustancia. Encontramos variables psicosociales previas a la adicción, que en si mismas y por su influencia en la configuración de la personalidad, cumplen un papel clave en la posterior recuperación: la transmisión de valores, la cohesión familiar, la edad y el motivo de inicio, la salud mental, las relaciones de iguales, etc. Así mismo, un mayor nivel de integración social previo y durante la etapa adictiva se revela como un elemento favorecedor del cambio.

Durante la etapa de tratamiento el apoyo social (institucional y del entorno más íntimo) aparece como un elemento necesario para cimentar el cambio tanto por las propias transacciones de ayuda como por la necesidad de tener personas en las que apoyarse y a través de las cuales se justifique una parte del esfuerzo y la perseverancia. Las familias cohesionadas que establecen límites claros, flexibles consistentes y coherentes con los valores familiares y cuyas relaciones se basan en el afecto constituyen un apoyo en la recuperación, mientras que las muy patológicas pueden entorpecer el proceso. Así mismo, la motivación interna o externa, la autoeficacia percibida, las expectativas de éxito, las ganancias anticipadas o vividas etc., constituyen aspectos personales positivos para el cambio mientras que la comorbilidad psiquiátrica entorpecerá en mayor o menor medida el proceso. No obstante, debemos tener en cuenta, que el criterio relativo a la inserción social, en la selección de la submuestra de los toxicómanos recuperados, excluye a los que sufren psicopatología aguda, pues la propia enfermedad mental, no les permite normalizar su vida aunque consiguieran mantenerse abstinentes. Ningún tratamiento se revela como el más potente o ideal para todos los casos y

en diferentes situaciones sino que se apuesta por los programas individualizados atendiendo a la demanda y, a la realidad personal y social de cada individuo. Cuando exista carencia de recursos personales y/o sociales es mejor recurrir a programas con objetivos menos ambiciosos y más a largo plazo. La experiencia acumulada durante las etapas previas de deshabitación y la propia recaída supone un aprendizaje y por la experiencia que aportan le pueden preparar para un próximo intento.

La integración laboral es un criterio de integración social fundamental pero no el único ni el prioritario a corto plazo. A menudo, la incorporación precipitada al mundo laboral constituye un factor de riesgo de recaída, debido a la disponibilidad de dinero. Un análisis exhaustivo del devenir en la etapa post-abandono, nos permite inferir que no solo se ha conseguido la extinción de la conducta adictiva, sino también consolidar el cambio de estilo de vida y la estabilidad de una vida satisfactoria en un entorno social normalizado. Es posible concluir el proceso de recuperación y, vivir emocional y afectivamente al margen del pasado sin necesidad de llevar una vida rígida y estructurada, empleando frecuentemente estrategias de afrontamiento, por temor a una recaída.

1. APROXIMACIÓN AL FENÓMENO.

1.1- Introducción.

El consumo de sustancias, capaces de alterar la percepción, la conducta, el ánimo y la conciencia, aparece como un fenómeno universal existiendo pruebas de estas conductas a lo largo de la historia de la humanidad. Cada cultura tiene sus drogas y los estudios antropológicos sobre su uso han podido establecer dos modelos explicativos del fenómeno: *el tradicional y el consumista*.

En el *modelo tradicional* el uso está ritualizado al encontrarse en su totalidad ligado a prácticas mágicas, religiosas, curativas, de alimentación, etc. El consumo se circunscribe a lugares y situaciones concretas. No está contemplada la conservación de la sustancia con finalidad a un posible comercio. Cuando se utiliza en prácticas religiosas o mágicas existe una persona que actúa como mediador o director de la ceremonia. En este sentido, el consumo se encuadra dentro de un uso acotado desde el rito y sujeto a prescripciones y prohibiciones que lo controlan. Estos límites planteados dificultaban el consumo abusivo fuera de los cauces establecidos, por lo que nunca constituían una amenaza para la salud comunitaria, aunque pudieran darse en algunos casos problemas individuales.

En el *modelo consumista*, la droga se ha convertido en mercancía y está sometida a la ley de la oferta y la demanda. La sustancia será sucesivamente intercambiada, no pudiéndose conocer, en el caso de las sustancias ilegales, la procedencia, calidad y el medio de producción. Los contextos reguladores que limitaban el uso y tipificaban *el qué, el cuándo, el cuánto y el cómo* del consumo, como se daban en el modelo tradicional, desaparecen y hacen de la conducta de consumo de drogas un acto individual donde la justificación se asienta exclusivamente en las motivaciones personales.

En la actualidad, el modo de consumo de las distintas drogas en nuestro país se encuadraría dentro del modelo consumista, tanto en lo que hace referencia a las drogas propias de nuestra cultura como a las importadas. En nuestro país, tenemos una cultura de alcohol, cuya presencia se ha ido consolidando en todas las capas sociales durante siglos, que enseña, limita y tipifica su uso; pero en las últimas décadas, estas leyes no escritas han dejado de tener significado al realizarse los

consumos fuera de los marcos preestablecidos, para pasar a formar parte de las motivaciones personales, inmersos en una forma de consumo de tipo consumista.

1.2 - Génesis y evolución del fenómeno en España.

Es a principios de los años 70 cuando en nuestro país, por parte de colectivos juveniles especialmente universitarios, se importó del movimiento hippy americano, a través de los movimientos contraculturales europeos, el hábito de consumir cannabis (en forma de hachís, antes se hacía en forma de grifa), L.S.D. y heroína. De la heroína se crearon las primeras redes estables de distribución en 1973.

Previo a estos acontecimientos, cuando se produce el despegue industrial en España a partir de los años 50, tuvieron lugar en el Estado español cambios profundos en la estructura económica, demográfica, en el sistema de valores y en los estilos de vida. Estos cambios profundos supusieron el caldo de cultivo para que se iniciara el uso indebido, tipo consumista, de drogas en nuestra sociedad que comenzó con la eclosión del consumo de alcohol, tabaco y fármacos en los años 60 y la posterior progresión en el consumo de drogas ilegales que se produjo, como se ha señalado, en la década de los 70. El uso de drogas ilegales en España comenzó en sectores universitarios de clase media - alta que las utilizaban en un ámbito difuso de oposición política, revuelta juvenil y como bandera de la identidad de una generación.

En un entorno económico desfavorable impuesto por una crisis económica, con elevadas tasas de desempleo y un marco político de transición a la democracia bastante incierto, se produce un incremento en el consumo de drogas ilegales, tanto de cannabis como de heroína, de las que se vivió una auténtica explosión a partir de 1978 al tiempo que se iniciaba el consumo de cocaína y de otras drogas sintéticas. En menos de 10 años, España pasó de ser un país donde los problemas relacionados con las drogas ilegales eran casi inexistentes a ser un país con una problemática similar a la del resto de Europa.

Es a partir de 1979 y, en concreto, en la década de los 80 cuando, tras una fuerte fase expansiva que se puede considerar epidémica, como señala Berjano (1985) lo que inicialmente pudo parecer un fenómeno contracultural y aislado como el consumo de drogas, éste se ha convertido en el momento actual en una auténtica enfermedad social que expresa, no sólo una reacción contestataria frente a una determinada forma de vivir en una sociedad por parte del joven consumidor de drogas,

sino que pone, además, de manifiesto que el problema de las drogodependencias, tiene su origen causal dentro de un determinado tipo de sistema social. La expansión de la heroíomanía alcanzó niveles “epidémicos” entre 1979 y 1986 en unas condiciones político-jurídico específicas, que produjeron la definitiva institucionalización del problema.

Al grupo de ideología contracultural procedente de la universidad se fueron incorporando personas procedentes de otros ámbitos sociales, para los que el consumo de drogas era una manera de resolver crisis personales y de inserción social. En este sentido, fue significativa la incorporación de grupos de delincuencia tradicional y de minorías étnicas, tanto en el tráfico como en el consumo, se produjo un incremento de la problemática social ligada, la mayoría de las veces, a la inseguridad ciudadana.

Desde 1987, la crisis entró en una nueva fase, disminuyendo la incidencia, mientras crecían la morbilidad y mortalidad de heroínómanos a consecuencia de sus formas de vida, así como la expansión del VIH – SIDA. Durante esta etapa se extendió el uso de heroína inhalada (a menudo combinada con cocaína), porque los usuarios la percibían como menos peligroso que el uso parenteral.

La crisis de la heroína en España, provocada por la rápida expansión de una forma de politoxicomanía se centra alrededor del consumo habitual y compulsivo de esta sustancia; puede decirse que se produce entre 1977 y 1992. Desde ese tiempo, el problema ha perdido su agudeza y aunque la incidencia es ínfima, la prevalencia sigue siendo considerable: hay menos heroínómanos y el problema se concentra en una población cada vez más envejecida. Al mismo tiempo, se están redescubriendo los problemas derivados a otras drogas como el alcohol, y se predicen nuevas epidemias asociadas a la cocaína y a otros psicofármacos, como las denominadas drogas de diseño.

1.3 - Configuración de la red asistencial.

Mientras duró la fase elitista no hubo ningún tipo de respuesta asistencial. No había profesionales formados y las redes generales de salud no eran capaces de dar respuesta a una demanda que se formulaba de forma confusa. Los consumidores afectados no establecían una relación clara entre su problema y la sustancia, mientras que las familias y el resto de la sociedad pensaban que estaban ante una cuestión

personal y no ante un problema social y de salud. En el ámbito de lo privado se dieron las primeras respuestas, y sólo algunos dispositivos y profesionales que venían trabajando en el campo del alcoholismo, comenzaron a crear servicios y programas en los que se atendía con rigor algunos casos, de los que eran subsidiarios de atención, por presentar dependencia a estas nuevas sustancias.

En 1979 la situación era ya explosiva, el nivel real de demanda asistencial era ya de varios miles de casos al año y las pocas plazas existentes eran insuficientes para tratar el tema. Comienza entonces una fase de auto-organización de los propios afectados, grupos de padres entraban en contacto, formaban asociaciones, y buscaban colectivos sociales y profesionales con los que poner en marcha centros ambulatorios, comunidades terapéuticas y dispositivos asistenciales más amplios. Entre 1979 y 1985 se crearon de forma espontánea la mayor parte de los recursos específicos actualmente existentes.

La situación en 1985 se caracteriza por una gran dispersión de los recursos, falta de coordinación entre las redes asistenciales, coexistencia de programas antagónicos e incompatibles en un mismo lugar, la falta de orden en las ofertas asistenciales que producía duplicidad de esfuerzos (los usuarios iban de unos servicios a otros), confusión y malestar, así como actitudes dogmáticas y exclusivistas que en nada ayudaban a resolver el problema.

La puesta en marcha del Plan Nacional Sobre Drogas en 1985, creándose la Delegación del Gobierno correspondiente dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo (en 1993 pasa a depender del Ministerio del Interior), modificó substancialmente este panorama comenzando una fase de reorganización de los recursos que permitió eliminar muchas incongruencias, aunque los objetivos finales no se hayan alcanzado, quizás porque la mayoría de las competencias en esta materia dependen de la Comunidades Autónomas y no todas han seguido la misma línea de actuación.

Desde el Plan Nacional sobre Drogas se lanzaron una serie de consignas entre las cuáles se encontraba el proyecto de reducir la incidencia de los servicios específicos especializados, que habían surgido a partir de las respuestas comunitarias ante la problemática generada, y que fueran las redes generales de atención las que se ocuparan de los problemas derivados del uso abusivo de drogas. Este objetivo fue inviable, por una parte debido a que las redes generales se resistieron a ocuparse de los drogodependientes y por otra, porque han sido las redes específicas, creadas y

articuladas espontáneamente sobre las necesidades reales de la comunidad, las que han estado atendiendo las problemáticas derivadas del uso abusivo de drogas. Una decisión administrativa que no tenga en cuenta que existe una red asistencial que fue creada, por profesionales y afectados, que dieron respuesta a las demandas de la sociedad, es una decisión sin sentido ya que supone obviar que la realidad no se impone desde la administración, sino que la administración debe adecuar su respuesta a la realidad.

Esta tensión entre el cuerpo social que representan los centros específicos y los proyectos del Plan Nacional sobre Drogas (PND) se resuelven por medio de un acuerdo tácito. Por una parte, las redes específicas mantienen su presencia y su creciente hegemonía respecto al volumen de personas asistidas y su implantación social. Tal como se indica en la Memoria de 1991 del Plan Nacional sobre Drogas: los centros ambulatorios pueden ser centros específicos o centros de carácter general con programas especiales para drogodependientes. Respecto a las redes asistenciales, la propuesta del PND queda como una mera orientación teórica porque, las distintas redes asistenciales, se configuran con distintos esquemas en las distintas Comunidades Autónomas en función de su evolución, por lo que en la práctica no se puede hablar de una red asistencial completa. Mientras existen comunidades con excedentes de camas hospitalarias para desintoxicación existen otras que no disponen de ningunas o no tienen Comunidades Terapéuticas. Los recursos de reinserción social son insuficientes, cuando no inexistentes y en general los mecanismos de coordinación no están bien definidos.

A finales de los años 80 el proceso parecía más o menos controlado, la edad media de inicio en el consumo aumentaba al tiempo que la problemática sanitaria superaba la de la inseguridad ciudadana pero fue, sin duda, la aparición del SIDA lo que en mayor medida contribuyó a establecer el nuevo escenario en el que primaban los factores de salud. Al entrar en la década de los 90 se dan indicios que permiten suponer que, los problemas derivados del uso de heroína, iban a finalizar y que la problemática de las drogas había afectado solamente a una generación de jóvenes, cuando nuevas formas de consumo (heroína fumada, heroína más alcohol y el nuevo uso no social de alcohol combinado con drogas estimulantes y de diseño), y una mayor presencia de las mujeres permitieron hipotetizar sobre una nueva fase epidémica de características distintas y que afecta a otra generación.

1.4 - Recursos asistenciales y estructuras de apoyo.

En este capítulo vamos a abordar los aspectos relativos a la asistencia. Como hemos señalado, anteriormente, a nivel del Estado no existe una red asistencial completa y homogénea. La existencia de una red asistencial específica puede constituir, en sí misma, una estructura de apoyo social ante los problemas derivados del uso abusivo de drogas que se encuentran al servicio y disponibles para las personas con problemas de dependencia. Su existencia no supone que sea percibida como tal y conocida su disponibilidad por los potenciales usuarios.

Al hablar de rehabilitación de las drogodependencias se tiende a pensar de inmediato en la consecución de un solo fin: la abstinencia como vehículo que posibilita el cambio en el estilo de vida y la inserción social plena del sujeto. El tratamiento es un proceso mucho más complejo, ya que en muchas ocasiones, el usuario ni tan siquiera puede llegar a plantearse alguna de estas metas. Por todo ello, cuando un usuario acude a un centro en demanda de tratamiento puede que no sepa con exactitud que es lo que quiere conseguir. En muchos casos, lo hace con el único objetivo de superar una crisis, cubrir una necesidad inmediata concreta o conseguir algún fármaco sustitutorio, así pues, tenemos que tener en cuenta que cuando un sujeto se acerca a un centro de atención no todos se plantean reestructurar, de alguna manera, su vida: algunos se sienten (en gran medida debido a experiencias previas) incapaces de mantener la abstinencia y otros ni siquiera se lo plantean. La asistencia, en este sentido, tiene que plantearse a partir del establecimiento de unos objetivos terapéuticos individualizados que no necesariamente contemplen la consecución de la rehabilitación total.

Si, como hemos señalado, existen diversas respuestas asistenciales que se adecuen a las necesidades y demandas de los usuarios es necesaria la existencia de una red asistencial específica que pueda asumir los diferentes objetivos terapéuticos. En los aspectos concretos, de los siguientes apartados, haremos referencia a la situación concreta en nuestra Comunidad.

1.4.1. - Servicios específicos de atención a drogodependientes.

La ley 3/1997, de 16 de Junio, de la Comunidad Valenciana, sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos, regula un conjunto de medidas y acciones encaminadas a la prevención asistencia, incorporación y protección de las

personas afectadas. Al amparo de esta ley la red asistencial queda configurada por los servicios que a continuación pasamos a detallar. Las Unidades de Conductas adictivas (UCA) son centros o servicios de tratamiento ambulatorio de los trastornos adictivos siendo sus funciones el diagnóstico y tratamiento sanitario, en régimen ambulatorio, de los pacientes que presentan algún tipo de patología adictiva, así como el apoyo, asesoramiento y tratamiento específico de los familiares directamente afectados. El personal mínimo será un médico/a, un psicólogo/a y un/a diplomado/a en enfermería cuando entre las prestaciones sanitarias se halle la dispensación directa de fármacos. Las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH) que cumplirán los requisitos de Centro hospitalario en que se encuentren ubicados. En todo caso, el servicio deberá cubrir con personal propio o mediante interconsulta la patología orgánica y la asistencia psicológica de los pacientes ingresados. Los Centros de día (CD) atendidos por un/a psicólogo/a, un/a diplomado/a en trabajo social, un/a diplomado/a en enfermería si se tiene que administrar fármacos, un/a monitor/a y un educador/a por cada diez pacientes con título de bachiller superior, F.P. de segundo grado o equivalente. Las unidades de deshabituación residencial, anteriormente denominadas Comunidades Terapéuticas que tiene que estar atendida por un/a médico/a, un/a psicólogo/a, un/a diplomado/a universitaria en Trabajo Social, un/a diplomado/a en enfermería cuando haya que dispensar fármacos y un/a monitor/a o educador/a por cada diez pacientes. Los Centros de encuentro y acogida (CEA) que tienen que contar con un/a médico/a, un/a psicólogo/a, un/a diplomado/a en enfermería, un/a trabajador/a social, un/a monitor/a o educador/a por cada diez pacientes. Las unidades de prevención comunitaria (UPC) dependerán orgánicamente de entidades municipales; las entidades de menos de 50.000 habitantes dispondrán como mínimo de un/a técnico medio o superior a media jornada, las que tengan entre 50.001 - 100.000 un/a técnico/a superior o medio a jornada completa y los que tengan más de 100.000 un/a técnico/a superior o media a jornada completa y otro/a a media jornada. Las unidades de valoración y apoyo en drogodependencias (UVAD) que tendrán que contar con un/a abogado/a, un/a psicólogo/a y un/a trabajador/a social cuando no existiera un servicio de atención al detenido en el ámbito de actuación del recurso.

1.4.1.1. - Centros ambulatorios.

La Unidad de Conductas Adictivas (UCA) es un servicio de carácter ambulatorio que se centra específicamente en el abordaje de las conductas adictivas.

Este servicio está integrado en una red de intervención más amplia y mantiene estrechas relaciones con la Unidad Hospitalaria de Desintoxicación (UHD), el Centro de Dispensación de Metadona, las unidades de deshabituación residencia (UDR) las anteriormente denominadas Comunidades Terapéuticas y otros servicios tanto sanitarios como servicios sociales generales. Las UCAs se constituyen en auténticos centros de referencia en los que se realiza la acogida del usuario, ya que son los servicios a los que acuden en primera instancia para ser derivados, si procede, a otros servicios de la red asistencial o de la red general sanitaria o social.

El objetivo primordial de los servicios ambulatorios es el tratamiento a largo plazo y de forma global de la problemática, tanto física como psicológica y social derivada del consumo abusivo de drogas. Al ser el centro de referencia se comenzará el proceso con la acogida en la que se evalúa la demanda del sujeto para seguidamente realizar la valoración física, psicológica y social. Si el tratamiento se va a realizar en el servicio ambulatorio, generalmente se comenzará con el tratamiento del Síndrome de Abstinencia domiciliario, de carácter más médico, para posteriormente proceder a la intervención, principalmente, de índole psicosocial. Si la desintoxicación ambulatoria no es posible, por no reunir los requisitos necesarios o no verse el sujeto preparado para cumplir las normas en su domicilio, se puede proceder a la inclusión en un programa corto de metadona con reducción progresiva del agonista opiáceo, a la derivación a la UHD o a la inclusión en un programa de metadona si el sujeto reúne criterios de inclusión (ser portador de anticuerpos VIH, haber realizado varios tratamientos anteriormente., etc.

Otra actividad a realizar en el centro ambulatorio es diagnosticar precozmente las enfermedades asociadas a la drogodependencia, tratarlas si es posible y participar en la prevención de dichas enfermedades tales como el SIDA, hepatitis B, enfermedades venéreas, etc. Se proporciona información respecto a otros recursos de la comunidad, tanto al usuario como a la familia, cuando el caso lo requiere o si existe demanda por parte de los usuarios. Así mismo, se realizan las gestiones oportunas de derivación a otros servicios sociales.

La asistencia ambulatoria permite una amplia gama de alternativas terapéuticas, las cuales se pueden simultanear en algunos casos. En líneas generales las podemos agrupar en las siguientes actuaciones:

- Desintoxicación domiciliaria.

Consisten en el tratamiento del SAO en el domicilio del usuario bajo la supervisión de algún familiar responsable. Es indispensable que el cliente cuente con un familiar que pueda responsabilizarse del tratamiento y de un espacio donde realizarlo durante los quince días de duración del mismo. El usuario se compromete a no salir del domicilio, a no recibir visitas de amigos, ni llamadas telefónicas y no consumir ningún tipo de droga, incluido el alcohol, durante el tratamiento. Se le prescriben y pautan diversos fármacos de los que se hace responsable el familiar, debiendo retirar el tratamiento pautado si el drogodependiente no cumple las normas antes mencionadas. La desintoxicación ambulatoria está indicada en las primeras desintoxicaciones o cuando el índice de severidad de la adicción no es muy elevado, cuando el sujeto esta motivado para el tratamiento y existe familia de apoyo.

-Programas libres de drogas.

Este tipo de programas suele ser, en la mayoría de casos, la continuación de la desintoxicación. Estos tipos de programas deberán ser abordados desde las vertientes psicológica y social, inmerso en el ámbito de la intervención comunitaria. La intervención se orienta a conseguir y, especialmente, consolidar la abstinencia a través de estrategias psicológicas que posibiliten el cambio en el estilo de vida.

La psicoterapia de una y otra orientación o bien la psicoterapia de apoyo, juegan un papel fundamental en este tipo de programas. Las dificultades en el tratamiento de los sujetos diagnosticados de dependencia a opiáceos han dado lugar a numerosas investigaciones relativas a la posible utilidad de otros tipos de intervenciones psicológicas y farmacológicas así como la combinación de ambas. Los dos tipos de programas que comentamos seguidamente son eminentemente farmacológicos y responden a dos concepciones diferentes tanto de las teorías de la adicción como de los objetivos del tratamiento. Esto no supone que constituyan, junto con el anterior, tratamientos contrapuestos sino de opciones a considerar en el abordaje individualizado de las drogodependencias.

- Programas de mantenimiento con agonistas: metadona (MTD).

La metadona es un opiáceo sintético que se ingiere por vía oral. En líneas generales los programas de mantenimiento con metadona consisten en la administración, durante periodos de tiempo generalmente largos de metadona, a una

dosis tal, que el usuario no tenga necesidad de utilizar otros opiáceos como la heroína. Señalar, en este punto, que los servicios ambulatorios son los centros prescriptores de la Metadona mientras que la dispensación en estos momentos se realiza por medio de Unidades Móviles de Dispensación o en Centro de Dispensación.

Los programas de mantenimiento con metadona fueron desarrollados por Dole y Nyswander a partir de 1964, como tratamientos alternativos en la dependencia a opiáceos. Estos autores postularon la existencia de una disregulación o trastorno molecular endógeno, a nivel del sistema nervioso central, como base etiopatogénica del proceso de dependencia de la morfina y la heroína que presentan los pacientes adictos resistentes a los tratamientos tendentes a conseguir la abstinencia. La aparición de la epidemia del SIDA al inicio de la década 70 y la constatación de ser una de las vías de transmisión de los anticuerpos de VIH; entre los usuarios de heroína, el compartir jeringuillas, ha supuesto una nueva etapa para los tratamientos con agonistas opiáceos que se han constituido como una de las estrategias más eficaces para prevenir el SIDA y otro tipo de infecciones, en este tipo de población, formando parte de los programas paliativos. La primera Orden Ministerial en torno al tratamiento con metadona que se publicó y entró en vigor en Mayo de 1983 (BOE, 28 – 5 –83). Todo adicto a opiáceos podía ser tratado con metadona por un médico de su elección, con tal de disponer de un carnet de extradosis. Para ello bastaba con solicitarlo en la Delegación Provincial de Sanidad, adjuntando el plan terapéutico del facultativo. Un gran número de solicitudes de extradosis y el aumento del tráfico ilícito con la Orden de 1985 solamente quedaban autorizados a conservar, prescribir, formular, dispensar y administrar MTD a adictos opiáceos y bajo las condiciones que especifica la Orden, los centros sanitarios que estuvieran expresamente autorizados para ello.

Hay que tener en cuenta que los tratamientos con MTD pueden ser muy diferentes entre sí en cuanto a su orientación terapéutica y diseño de programas. Básicamente se pueden distinguir dos grandes tipos de tratamiento los llamados de *alto umbral* o alta exigencia terapéutica y los de *bajo umbral* o baja exigencia terapéutica. En general los programas de alto umbral se caracterizan por estar orientados a conseguir la abstinencia de todo tipo de opiáceos, siendo los criterios de inclusión muy restrictivos y las normas muy estrictas para seguir en el programa. Los programas de bajo umbral tienen una orientación más paliativa, no dirigida

exclusivamente a la abstinencia de opiáceos, los criterios de admisión son amplios y las normas para permanecer en el programa más flexibles.

Más recientemente, en nuestro país, se han puesto en funcionamiento programas de mantenimiento con heroína para un colectivo de toxicómanos que no responden a los programas con metadona. El ensayo en dispensación de heroína se basa en el exitoso modelo helvético de la Dra. Mino (1995), tratando de no repetir los errores detectados en Suiza. No es que la metadona sea un mal tratamiento, sino que no sirve para todos. Es un programa de reducción de riesgos tanto en el ámbito de la salud como social. La meta es reinsertarlos progresivamente por lo que tienen que participar en talleres para aprender un oficio y reciben apoyo médico y social.

I

- *Programas de mantenimiento con antagonistas: Naltrexona.*

La utilidad de los antagonistas opiáceos en el tratamiento de la dependencia a opiáceos fue inicialmente sugerida por Wikler (1965) y Martin, Gorodetzky y Mc Clane (1966). Su fundamento teórico se basa en las hipótesis conductuales de la adicción, en concreto el condicionamiento instrumental u operante el cual jugaría un papel determinante en el inicio y mantenimiento del uso de heroína.

El antagonista opiáceo puede bloquear la conducta de búsqueda de droga, es capaz de evitar la aparición de la euforia, el desarrollo de la dependencia, así como la aparición del síndrome de abstinencia. Esta protección proporciona al sujeto dependiente el tiempo suficiente para modificar sustancialmente diversos aspectos de su estilo de vida que son importantes para mantener la abstinencia, posteriormente, en un programa libre de drogas. (Pinet et al. 1995)

Señalar en este punto que en la mayoría de casos los programas de mantenimiento ofrecen una respuesta global e individualizada a las necesidades de los usuarios dentro de una orientación terapéutica integral. La mayoría de estudios arrojan unos mejores resultados cuando se combinan el tratamiento farmacológico junto con la asistencia médica, psicológica y social frente a la exclusiva administración de la sustancia (Duró, Colom y Casas 1995).

1.4.1.2.- La unidad hospitalaria de desintoxicación (UHD).

La UHD es un dispositivo asistencial necesario dentro de una amplia red de servicios de atención al drogodependiente. Pero no deja de ser uno más dentro de la gama de alternativas terapéuticas necesarias en el seno de una sociedad moderna y

supone un error bastante extendido el pensar que las UHD constituyen la panacea a todos los problemas de los sujetos dependientes de drogas.

Las actividades primordiales de las UHD son el diagnóstico y el tratamiento del Síndrome de Abstinencia a Opiáceos (SAO) que se produce tras la retirada de la sustancia, cuando los sujetos han desarrollado una dependencia física a la misma. Esta intervención puntual no tiene nada que ver con las expectativas falsas que genera entre la población general e incluso entre algunos profesionales de la sanidad cuando piensan que el alta tras la desintoxicación supone “curación” en todos los aspectos.

Se ha convenido, hasta muy recientemente, que la media de estancia hospitalaria para efectuar una desintoxicación es de 12 días con un intervalo que va de los 5-7 días para los adictos a opiáceos de vida media y de 14-21 para los adictos a opiáceos de vida media y larga. En los últimos años y más recientemente en España han comenzado a realizarse desintoxicaciones que tienden a disminuir el tiempo empleado en la desintoxicación con la utilización de sustancias antagonistas. Gutiérrez, Ballesteros, Figuerido y Elizagate (1995) efectúan una desintoxicación que solo requiere 12 horas de hospitalización en una Unidad de Día de un Hospital General siendo el tiempo empleado en la desintoxicación propiamente dicha de 30 minutos.

En los resultados obtenidos por Gutiérrez et al (1995) este tipo de desintoxicación aumenta el nivel de retención. El 100% de la muestra finaliza el tratamiento, y palia los problemas estructurales y las largas listas de espera lo que le convierte, en un tratamiento eficaz del síndrome de abstinencia.

1.4.1.3.- Centro de día.

Dentro de la red asistencial específica dirigida al tratamiento de las drogodependencias, el centro de día constituye un recurso que se situaría a medio camino entre la asistencia ambulatoria y la residencial (CT). Su característica esencial es la de proporcionar un tratamiento ambulatorio intenso, diario y prolongado en el tiempo. Tal como señala Berjano (1982) los Centros de día plantean el tratamiento y la reinserción del adicto sin la separación temporal, de éste, de su medio social de referencia.

El objetivo primordial del Centro de día es el de proporcionar un tratamiento libre de drogas que persiga en último término la rehabilitación, y reinserción social de los sujetos. Las ventajas de los Centros de Día respecto a los Centros Residenciales según serían las siguientes:

- Posibilidad de obtener con el mismo presupuesto un equipo profesional más amplio, lo que puede llevar a una mayor competencia y motivación del equipo.
- Mayor accesibilidad para pacientes que pueden desvincularse por un período muy largo de su medio natural.
- Mayor estabilidad emocional en los usuarios al poder contrastar permanentemente sus experiencias con la realidad cotidiana.

En cuanto a su funcionamiento el usuario acude al servicio a primera hora de la mañana y permanece en el mismo durante todo el día realizando distintas actividades terapéuticas programadas, regresando a su domicilio hacia las seis de la tarde, permaneciendo el fin de semana en su domicilio. La intervención terapéutica, al igual que en la ambulatoria, se vértebra a través de las áreas psicológica, social y médica. El centro de día constituye un recurso asistencial que ofrece un tratamiento integral en un medio urbano y se complementa con otros recursos como los CADs y las UDRs.

1.4.1.4 - Comunidad Terapéutica.

La Comunidad Terapéutica (CT) es un dispositivo de asistencia a drogodependientes en régimen interno. La CT es una unidad residencial de deshabitación apartada del medio social habitual del drogodependiente. En el VIII Congreso Mundial de Comunidades Terapéuticas celebrado en Roma en 1985 se superó la dicotomía existente desde los años 70, entre las comunidades terapéuticas jerárquicas y las democráticas, estableciéndose el consenso en torno a la importancia de la socioterapia, el uso de la teoría de sistemas y al rol de la C. T. Democrática como motores del cambio en y la renovación psicoterapéutica en el mundo (O'Brien, 1985), quedando definitivamente ligada al ámbito de intervención en drogodependencias. Polo y Zelaya (1985) establecen una clasificación ampliamente aceptadas y que diferencia entre C. T regidas por Profesionales, por ex - Toxicómanos y por Organizaciones Religiosas. A veces se pueden situaciones mixtas regidas por ex-drogodependientes o por organizaciones religiosas que cuentan con la participación de profesionales.

Constituyen un espacio donde los sujetos pueden realizar un proceso de crecimiento y maduración personal que les posibilite la elección de un cambio en su

estilo de vida libre de drogas. Para conseguir esto es necesario contar con un equipo terapéutico profesional que, mediante la utilización de las técnicas adecuadas, haga posible que el usuario tome, progresivamente, conciencia de sí mismo y de la sociedad que le envuelve. Dentro de las profesionales se situarían las Comunidades Terapéuticas Públicas que constituyen un dispositivo de asistencia al drogodependiente en régimen interno, intercalado en un programa de tratamiento integral del usuario, que comienza y continua, posteriormente, en los servicios ambulatorios de referencia. El tiempo mínimo de estancia en una C.T. es de seis meses, concretándose el máximo, en cada caso, por el equipo terapéutico.

La CT está indicada para aquellos sujetos, que por su realidad personal y/o social, no puedan seguir un programa ambulatorio. La desintoxicación es previa al ingreso en la C.T. El objetivo de la intervención en la CT es el de dotar a los sujetos de las estrategias necesarias que le permitan seguir, en su centro de referencia, el proceso de rehabilitación y normalización social a través de un amplio programa de intervención psicológica. Es decir, la finalidad última es dotar al usuario de las habilidades personales necesarias que le permitan completar su rehabilitación en el ámbito ambulatorio.

Las Comunidades Terapéuticas en general - especialmente las denominadas "Granjas" - gozan de un gran prestigio al considerarse el ambiente como la causa determinante de la problemática. Desde este punto de vista, al separar al sujeto, durante un largo periodo de tiempo de su ambiente, conseguirá superar el problema. La CT, al igual que cualquier otro tipo de tratamiento, no constituye la panacea sino una posibilidad más dentro de una intervención individualizada y global de las drogodependencias.

2 - MARCO TEÓRICO.

2.1 - La prevención de las drogodependencias.

Las medidas preventivas para limitar el consumo de drogas no constituyen una actuación novedosa, ya en 1906 al referirse a los medios para combatir el alcoholismo Piga y Marinoni distinguen entre medidas directas y medios indirectos incluyendo dentro de los directos el término profilaxis, que definen como el conjunto de medios y procedimientos empleados especialmente para evitar el nacimiento y extensión del vicio alcohólico. La necesidad de la prevención viene determinada por la creciente incidencia del uso de distintas drogas en nuestra sociedad. La problemática derivada del uso abusivo de drogas urge de actuaciones preventivas que incidan de manera eficaz y directa sobre los distintos factores propiciatorios del inicio y mantenimiento del consumo de las distintas drogas. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) insta a la realización de actuaciones para influir, principalmente, en los grupos de población más expuestos al abuso de drogas.

La complejidad del término prevención en el campo de las drogodependencias, se hace patente ya en lo difícil que resulta la definición de este concepto, no sólo para el ciudadano que lo concreta en sus propias “recetas mágicas” que acaben con la problemática, estas formas de entender la prevención son obtenidas generalmente a través de los mass-media y giran en torno a cómo solucionar el problema. Entre las medidas propuesta podemos encontrar: mejorar la escuela, editar folletos informativos, dar charlas, acabar con el paro, reprimir el tráfico de drogas, prohibir o liberalizar las drogas, transformar la sociedad.., etc, sino que, también lo es tal como señala Martín (1989): para los profesionales y entidades que se ocupan directa o indirectamente del fenómeno en cuestión lo que explicaría no sólo la incongruencia de las iniciativas desarrolladas sino también la escasa convicción con la que se diseñan, la limitada persistencia que poseen y la nula credibilidad con que se acogen”. En la misma línea Comas (1992) señala: se puso en evidencia la falta de consenso entre los profesionales que actúan en el ámbito de la prevención, para definir cuál era el contenido y objetivos de sus actividades”.

2.1.1 - Niveles de prevención.

La escasa delimitación del concepto prevención, así como el planteamiento de objetivos pueden haber dado cabida a distintas concepciones y actividades que se engloban dentro del vocablo. Un área de tal complejidad como la que nos ocupa exige para su estudio establecer una metodología que permita agrupar diferentes niveles de tipos de acción y estrategias a las que se está haciendo referencia. La OMS, en 1974, establece tres niveles de prevención que se diferencian tanto por sus objetivos como por sus estrategias de intervención.

- **Prevención primaria** o prevención en su sentido más amplió. Su objetivo fundamental es evitar el consumo de drogas y está orientada especialmente a los sujetos que todavía no se han iniciado el consumo o están en fase de experimentación.

- **Prevención secundaria** o intervención. Su objetivo prioritario es la atención en las primeras fases del deterioro de las conductas de salud. Consiste en un diagnóstico precoz y posterior ayuda terapéutica a aquellos sujetos que han iniciado el consumo de drogas, pero que todavía no presentan problemas de dependencia. La actuación cobra sentido ante la aparición de los primeros signos denotativos del problema, antes de que aparezcan problemas más graves que requieran una intervención especializada. Cuanto más precoz sea el diagnóstico más eficaz será la intervención.

- **Prevención terciaria o tratamientos.** En este nivel se pretende reducir o eliminar las problemáticas derivadas del uso abusivo de drogas. Sus objetivos se centran en la restauración de la salud y en la consolidación de la misma. A tal efecto se dispone de todo un conjunto de programas de tratamiento y rehabilitación que al tiempo que procuran restaurar la salud y prevenir las recaídas tratan de devolver al sujeto su papel activo dentro de la sociedad.

La clasificación promulgada por la Organización Mundial de la Salud continúa en la actualidad plenamente aceptada por los profesionales que trabajan en el campo de las drogodependencias aunque existen algunos autores que proponen clasificaciones más prácticas como G^a Rodríguez que, en 1989, formula la clasificación de la siguiente manera:

a) Prevención. Persigue como objetivo prioritario y fundamental evitar la iniciación en el consumo de drogas.

b) Tratamiento precoz. Su objetivo es el de detectar precozmente el deterioro de las conductas de consumo de drogas en sus primeras fases y su abordaje terapéutico inmediato.

c) Rehabilitación biopsicosocial. El objetivo fundamental de este nivel se orienta hacia la reducción / eliminación de los efectos perniciosos del consumo en los drogodependientes en sus tres dimensiones: física, psicológica y social.

2.1.2 - Tipos de prevención.

En función de la especificidad de los objetivos que se persigan con la prevención primaria se distinguen dos niveles:

- **Prevención específica.** En materia de drogodependencias es aquella que va orientada exclusiva o directamente a evitar la iniciación del consumo de drogas sin utilizar otros argumentos y objetivos más globales en el ámbito de la salud. Se le denomina también el modelo americano de prevención.

- **Prevención inespecífica.** Hace referencia a aquellos programas que no persiguen un objetivo preventivo único, sino que pretenden integrar el máximo de conductas de riesgo en un enfoque amplio de promoción de la salud. Se le denomina también el modelo europeo.

En líneas generales podemos decir: por una parte que los programas específicos son evaluables, se centran en un objeto concreto, constituyen un proceso operativo pero tienen como contrapartida el acarrear un mayor número de elementos contrapreventivos, mientras que por otra parte los inespecíficos abarcan a una población más amplia y tienen como objetivo un mayor número de conductas de salud pero cuentan con la desventaja de la dificultad de su evaluación.

No existe consenso entre los estudiosos del tema respecto a que tipo de abordaje es mejor en el ámbito de la prevención primaria: Por una parte G^a Rodríguez (1989) llega a la conclusión de que la conjunción de ambas orientaciones, específica e inespecífica, es la idónea para conseguir una mayor eficacia, por otra Comas (1992)

defiende que los mejores resultados se obtienen cuanto más específico es el programa, entendiendo tal especificidad tanto en términos de delimitación de objetivos como en la concreción del objeto. Martín (1989) opina que esta disyuntiva es más aparente que real ya que en la mayoría de las experiencias válidas, fuera y dentro de nuestras fronteras, ambos modelos suelen coincidir, tanto en sus fines como en su teorización explícita.

Generalmente los programas de prevención tienen como objetivo incidir en una disminución de la demanda de drogas por parte de los sujetos diana del programa, pero también se suele hablar de prevención cuando se trata de disminuir la oferta de estas sustancias. En este sentido la OMS (1974) sugiere delimitar la disponibilidad de determinadas drogas causantes de dependencia a través de la fiscalización o de la supresión del cultivo, la producción, la fabricación, la distribución y el uso lícito/ilícito de ciertas drogas.

Pero sea cual sea el tipo de intervención tal como señalan Berjano y Musitu (1989), la prevención del abuso de drogas no es un tema que competa tan solo a unos u otros estamentos socio-profesionales: la prevención del consumo de drogas es una tarea social que implica a toda la comunidad.

2.2 - Modelos interpretativos.

A partir de la consideración ya clásica de la participación de tres elementos (SUSTANCIA - SUJETO - CONTEXTO) en la aparición de los problemas derivados del uso abusivo de drogas H. Nowlis, en 1975, realiza una clasificación de los distintos modelos interpretativos del fenómeno de las drogas. Cada uno de ellos, **el modelo ético-jurídico, el médico o sanitario, el psicosocial y el socioeconómico**, encierra una explicación diferente del fenómeno de las drogas, tanto en su etiología como en la valoración de sus consecuencias y proponen medidas preventivas diferentes cuando no antitéticas.

Teniendo en cuenta que cualquier modelo está a caballo de los demás, ya que en todos ellos aparecen los tres elementos, se observa como en los dos primeros (modelo médico - sanitario y ético - jurídico) se les asigna un papel fundamental a la sustancia, haciendo una lectura del tipo: *si una persona consume drogas se intoxica y se vuelve drogodependiente*. Hay que señalar que el modelo médico supone un

avance, respecto al legal, al no distinguir entre drogas legales e ilegales, el modelo psicosocial atribuye la preeminencia al individuo y el socioeconómico al contexto.

2.2.1 - Modelo Ético - jurídico.

Si se parte del modelo **ético - jurídico** se depositan todas las expectativas en las medidas legislativas, convencidos de que la clave del problema se encuentra en el estatus social de la sustancia. Todas las actuaciones se centraran en al reducción de la oferta, previniendo la presencia de sustancias en el mercado, centrándose principalmente en medidas prohibicionistas y represoras.

Según Haro (1979) droga es toda aquella sustancia de efectos embriagantes cuyo tráfico y posesión está castigado por la ley en nuestro país y esta definición recoge el espíritu del modelo ético - jurídico. Las actuaciones que se inspiran en este modelo sólo tienen en cuenta la legalidad o no de la sustancia inhibiéndose de la acción farmacológica de las mismas. Inmersos en esta doble moral, los países occidentales siguen en el empeño, que iniciaron a principios de siglo, de actuar contra las drogas desde posiciones de control y represión que, no solo no han supuesto una solución, sino que en muchos casos han supuesto la aparición de múltiples problemas añadidos: proliferación de las mafias, enriquecimientos rápidos, marginalidad, adulteración de las sustancias, no usos higiénicos que hace que proliferen las infecciones, etc.

El modelo ético - jurídico, es también, el que da cuerpo a las desproporcionadas expectativas en torno a las medidas legislativas del signo que sean, como indica Martín (1989): la postura prohibicionista y la de liberalización constituyen los dos ejes de unas mismas coordenadas. La prevención se apoya en el castigo y la amenaza por la posesión y el uso de drogas por lo que se considera a los jueces y a los policías los profesionales más adecuados para informar en los centros educativos.

En el actual marco normativo se incluyen las intervenciones ante al consumo público y la tenencia ilícita de drogas. La ley orgánica 1/1992, de 21 de Febrero, de protección de la Seguridad Ciudadana, contempla la sanción, de naturaleza administrativa, por consumo en público de drogas, por tenencia ilícita de las mismas y por el abandono de los útiles e instrumentos utilizados para dicho consumo. Esta normativa prevé la posibilidad de suspensión de la sanción cuando los infractores se sometan a tratamiento en la forma y tiempo que se determine legalmente. Esta normativa se aplica exclusivamente a las drogas ilegales (independientemente de la

acción farmacológica y la problemática social generada) o a las que son susceptibles de uso ilegal, en ningún caso a las legales.

El enfoque que sustenta esta normativa presupone que: quien consume drogas ilegales es drogodependiente y por lo tanto susceptible de recibir tratamiento ya que, como hemos visto es el único modo de suspender la sanción y dentro de los objetivos de la medida se encuentra el potenciar la demanda de tratamiento. Todas las normas inspiradas en el modelo jurídico - legal parten de reducir la oferta al tratar de mantener a las drogas ilegales lejos de los sujetos o de castigar las conductas de consumo de drogas, rozando en muchos aspectos la ilegalidad y obviando dos realidades fundamentales que hacen referencia al ser humano:

- 1 - El hombre sólo es hombre en cuanto es libre, en cuanto actúa en, y, libertad exterior e interior.
- 2 - El hombre, por naturaleza, procura romper las barreras que le obligan exteriormente a avanzar por tal o cual camino. El hombre, como los pájaros, quiere moverse sin barreras preestablecidas fuera de él.

2.2.2 - Modelo médico - sanitario.

Desde el modelo **médico - sanitario**, la sustancia asume el rol prioritario, por sus consecuencias sobre la salud (entendida esta como ausencia de enfermedad) por lo que se parte de la consideración de la drogodependencia como una enfermedad y, consecuentemente, el drogodependiente es considerado un enfermo. Este aspecto, constituye un gran avance frente al modelo jurídico que lo identifica más con la delincuencia.

Desde esta perspectiva se percibe al drogodependiente como una persona enferma que necesita un tratamiento y cuyas medidas más eficaces serán aquellas que se ocupen de los aspectos físicos a través de cuidados médicos, los lugares más apropiados serán los hospitales, las unidades desintoxicación y las clínicas ambulatorias así como medidas sociosanitarias encaminadas a preservar la salud pública evitando la proliferación de enfermedades infecciosas que se dan entre la población drogodependiente. El proceso de recaída es entendido como una recidiva y la recurrencia como correlato de enfermedad. La mayoría de actuaciones que se realizan en nuestro país se basan en el modelo médico tanto en lo que hace referencia a los tratamientos como en la prevención primaria.

Desde este modelo las actividades preventivas serán de tipo informativo, siguiendo el esquema de las dirigidas a la población general en torno a la educación sobre distintos problemas de salud pública; parten del supuesto de que todos o la mayoría de los ciudadanos aprecian su salud, quieren conservarla y están dispuestos a poner medios para ello, por lo que las actuaciones consisten en informar sobre la existencia de las drogas, advertir de sus efectos perniciosos y hacer recomendaciones sobre hábitos saludables. Pensar que, la simple información persuasiva es capaz de transformar creencias, actitudes, conductas e interacciones sociales tan complejos como las que conlleva el consumo abusivo de drogas, supone ignorar todas las claves de las ciencias sociales y de la conducta, a lo sumo este tipo de intervenciones consiguen que las personas estén mejor informadas en torno a las drogas pero como señalan Berjano y Musitu (1987) con demasiada frecuencia la información no sirve a la prevención sino a la propagación del consumo de drogas.

2.2.3 - Modelo psicosocial.

Se asume desde el **modelo psicosocial** que el uso de drogas es una forma de comportamiento humano y se considera al individuo como el elemento clave del problema. Este enfoque se centra, en primer lugar, en el sujeto y en su comportamiento, en la relación que existe entre ambos y el mismo tiempo con su medio interpersonal, social y cultural.

Este comportamiento podrá ser estudiado tal como señala Nowlis (1975) con la ayuda de todos los principios que rigen el comportamiento humano, en general utilizando los conocimientos acumulados por las ciencias sociales y del comportamiento, utilizando primordialmente los siguientes criterios de análisis:

- Respecto a un mismo individuo el uso de drogas varía de un momento a otro en función de distintos contextos culturales, por distintas razones y, por consiguiente, por distintos resultados.
- El uso de drogas varía entre los individuos y también entre los grupos las culturas y las generaciones.
- Como en todo comportamiento complejo, no existen simples relaciones causa-efecto, sino influyen numerosos factores interrelacionados de forma compleja: la familia, la comunidad, educación, grupo de iguales, la escuela, medios de comunicación, etc.

- Todo comportamiento se produce siempre en un medio cultural y social que es el que frecuentemente le da significado. El sentido que una comunidad o sociedad da al uso de drogas y su reacción ante el mismo será más importante para determinar el problema que el propio uso de la sustancia.

- Independientemente de lo que los demás juzguen y su aceptación o no, son los valores, las expectativas y las percepciones quienes motivan el comportamiento.

-Una conducta si no es reforzada no se consolida. Es decir, si un comportamiento no satisface una función física, psicológica o social, no puede perdurar y acaba por desaparecer.

- La información no influye necesariamente en el comportamiento, en este sentido la información dada indiscriminadamente no modifica necesariamente los comportamientos y si lo hace no siempre es en el sentido deseado. Los individuos suelen atender selectivamente, por lo que la información tendrá valor en la medida que se relacione con una actitudes, creencias, valores y estilos de vida importantes ya que la tendencia de las personas es creer solamente aquello que corrobore sus propias creencias y justifique sus comportamientos.

Desde esta perspectiva, se conceptualizan las drogas como un conjunto de productos químicos que obtienen la categoría de drogas porque la sociedad les da ese valor y porque el individuo desea consumirlas para experimentar sus efectos. Los programas, tanto de tratamiento como de prevención, inciden en la consideración de la persona en su conjunto, más que en la conducta concreta de abuso de drogas, por lo que las medidas de intervención se orientan a responder a las necesidades psicológicas de los individuos, así como a mejorar la relación con los demás y una mejor integración con su medio.

Las actividades asistenciales, hacen hincapié en el por qué se llega al consumo y al abuso de drogas, qué reforzadores han consolidado la conducta, que estilos de crianza se han desarrollado, qué equilibrio familiar se había roto, qué mecanismos de defensa se habían puesto en marcha o qué rasgos de personalidad tiene el consumidor, etc. Partiendo de estas premisas los objetivos serian evitar la repetición de la conducta, a partir de la generación de alternativas personales ante las situaciones problemáticas generadoras del consumo o, en otros casos potenciar el desarrollo personal de los sujetos, su equilibrio emocional y su madurez, haya o no abandono de la conducta de consumo.

La prevención, no solo se orientará hacia el problema específico del uso abusivo de drogas, sino que será de tipo formativo-informativo sobre las características del proceso evolutivo y de la socialización del ser humano, sobre los principios que la rigen, las particularidades de crisis que las diferencia, las características de la adolescencia, cuáles son los factores de riesgo y de protección frente al consumo., etc. (Pinazo, 1993). Las actuaciones irían dirigidas a las familias, educadores y a los propios jóvenes, procurando incrementar sus competencias personales ante la resolución de conflictos.

2.2.4 - Modelo sociocultural.

El modelo sociocultural pone el acento en el contexto, achacando el consumo de drogas a circunstancias coyunturales. Desde este enfoque se entiende que es la complejidad y la variabilidad del contexto sociocultural el factor fundamental de la tríada sujeto-sustancia-contexto. Las drogas obtienen su sentido, no por sus efectos farmacológicos, sino por la forma en que una sociedad define su consumo y reacciona ante los consumidores.

Este enfoque engarza con el psicosocial en que en el análisis del problema incorpora los conocimientos acumulados por las ciencias sociales y del comportamiento, pero va más allá de los factores psicológicos y sociales que se plantean desde el modelo psicosocial, al poner el acento en las condiciones socioeconómicas y ambientales. Se habla de una cultura de drogas como un sistema de valores que se ha establecido entre los jóvenes, incluso entre los que no consumen ni han consumido nunca drogas. De alguna manera se entiende el medio como determinante en la aparición del consumo abusivo de drogas, y al consumir se le contempla como un sujeto pasivo ante dichas circunstancias, siendo un vehículo para expresar su malestar en su sociedad a través del consumo.

Como el consumo de drogas viene determinado por el contexto social, económico y cultural, la prevención se basa en el cambio sociocultural que posibilite que los aspectos sociales se adecuen o adapten al individuo. Es decir, si los factores socioculturales son los que sirven para explicar el consumo de drogas será el cambio de estos factores lo que prevendrá el uso de drogas. Se considera que la pobreza, una vivienda inadecuada, las discriminaciones, la carencia de oportunidades, el modo de producción industrial serían situaciones favorecedoras de la aparición de factores personales que son los que acentúa el modelo psicosocial, en esta línea, las medidas

preventivas estarían dirigidas a fomentar en la comunidad modificaciones en diferentes ámbitos: pleno empleo, educación, urbanísticos, servicios sociales, etc.

La asistencia pasaría por un apartar al individuo de su ambiente, siendo los programas residenciales en Comunidades Terapéuticas los más adecuados y sus objetivos últimos serían la rehabilitación y reinserción social.

2.2.5 - Modelo ecológico.

El modelo ecológico surge a partir de la Psicología Ambiental y se fundamenta en la toma en consideración de una serie de interrelaciones complejas e interdependencias complejas entre el sistema orgánico, el sistema comportamental y el sistema ambiental. Desde este enfoque se pretende superar la visión parcializada e insuficiente de los otros modelos y redimensiona el problema del consumo de drogas como fenómeno global y problema social que incluye al individuo, a la familia, a la comunidad, a la sociedad, al sistema histórico - cultural, al sistema político, al sistema económico, al sistema jurídico y a la propia sustancia y sus efectos sobre el individuo que realiza su comportamiento en un marco ambiental definido por las anteriores variables.

Al hablar de ambiente no solo se contemplan los factores físicos y sociales, sino también las percepciones y cogniciones que de aquel tienen las personas, es decir el sentido y significado que el ambiente adquiere para las personas que interactúan con él y en él. La salud es concebida como un proceso dinámico que se desarrolla evolutivamente dentro de los sistemas transaccionales y constituye un producto de los ajustes e interacciones mutuas del individuo y del contexto de sistemas sociales en el que está inmerso. El ser humano debe afrontar a lo largo de su ciclo vital toda una serie de tareas normativas y no normativas como consecuencia de necesidades y demandas externas, para lo cual cada persona pondrá en juego diferentes estrategias adaptativas basadas en la interacción de variables biológicas, psicológicas y sociales.

Tal como señala Pons (1994) la frontera entre el Modelo Psicosocial y el Modelo Ecológico abordado desde la Psicología Social, es tenue e incierta, más producto de un posicionamiento teórico ideológico que de un punto de partida metodológico. Cuando se aborda el estudio de las variables que inciden en el consumo de drogas desde la Psicología Social, son las que destaca el Modelo Psicosocial las que hay que evaluar, o las que tienen más posibilidades de ser evaluadas con un

mínimo de rigor metodológico. La ambición conceptual que abarca lo macrosocial -lo que va más allá del contexto inmediato- no puede resolverse metodologicamente de manera simple, dado que las dificultades metodológicas que implican este tipo de factores, supone limitar las conclusiones teóricas a los resultados de los estudios de que disponemos (Orte 1993).

Está claro que desde este modelo no se puede perder de vista el punto de vista del Modelo Psicosocial al contemplar el problema, ni renunciar al énfasis de las variables que son más aprehensibles desde el campo de la Psicología pero se trataría de contemplar las mismas variables desde un punto de vista diferente más ecológico. Desde este enfoque las actitudes se consideran más un producto social, derivado de un determinado proceso de socialización, que como elemento integrante de la estructura cognitiva de un individuo contemplado aisladamente, mientras que las actitudes se reflejarían en patrones conductuales que son propios de los miembros de un grupo sometidos a un proceso de socialización similar que regula las interacciones entre los mismos individuos, esto sin negar la dimensión individual existente en el proceso.

2.3 - El apoyo social.

En las últimas décadas estamos asistiendo al creciente interés por el estudio del apoyo social. Numerosos autores han aportado su particular definición, y su no menos particular medición, para analizar en la mayoría de los casos, su relación con la salud. La constatación de que los procesos sociales y otros factores ambientales influyen en la salud de los sujetos no es algo novedoso de nuestro tiempo, ya que esta idea se ha mantenido y difundido a través de distintas culturas y épocas. A lo largo de la historia, remontándonos a los filósofos griegos, encontramos numerosos autores que señalan la importancia de lo social en la evolución y adaptación del ser humano.

No podemos considerar la relación entre la salud y procesos sociales como una idea original de nuestro siglo, pero tampoco podemos concluir, que esas primeras formulaciones sobre el mantenimiento del bienestar constituyan el marco referencial de las actuales investigaciones sobre apoyo social. Es a finales del siglo XIX, principio del XX, cuando surge el interés científico por conocer qué tipo de influencias ejercen los factores sociales en la salud mental de las personas, para ampliarse, posteriormente,

al estudio de la influencia que los factores sociales ejercen en el bienestar y ajuste social de los individuos.

Es en la década de los 60 cuando resurge, con más fuerza, el interés por el apoyo social, consolidándose, progresivamente, como objeto e instrumento fundamental en la intervención psicosocial. La necesidad de que la intervención psicosocial se vea respaldada por un cuerpo teórico coherente y comprensivo, hace que conceptos como el apoyo social adquieran gran importancia como constructos potencialmente explicativos de la dinámica psicosocial, explicación que contribuye sin duda a la optimización de la eficacia de las intervenciones. En esta época, al replantearse las concepciones tradicionales en torno a la salud y la enfermedad cuando surge inmerso en el contexto de la salud mental el interés por investigar este constructo.

Aunque originariamente limitado al campo de la salud mental, el apoyo social se ha revelado en los últimos años, como un elemento clave para la comprensión, intervención y prevención de problemáticas psicosociales. En este capítulo, planteamos una aproximación al constructo, para situarnos en la vertiente relativa a la influencia del apoyo social en el ámbito de la prevención e intervención en drogodependencias.

2.3.1.- Introducción a la historia del apoyo social.

En numerosas, ocasiones a lo largo de la historia, ha sido planteada la importancia del contexto social en el desarrollo y bienestar de los individuos, con lo cual podríamos remontarnos hasta los primeros filósofos griegos. Sin embargo, no es hasta la década de los 60 cuando comienza a surgir el interés científico por el apoyo social y a estudiarse su importancia en relación con la salud, y de un modo específico, su rol amortiguador frente a los estresores psicosociales.

El interés por un concepto en raras ocasiones surge de repente y en el caso del apoyo social encontramos tres claros antecedentes: los primeros estudios epidemiológicos, las investigaciones sobre el estrés y los programas de salud comunitaria. A continuación pasamos a comentarlos.

Respecto a *los estudios epidemiológicos*, es a finales del siglo XIX y comienzos del XX, cuando surge un interés científico por conocer, el tipo de influencia ejercida por los factores sociales en la salud mental de las personas. El sociólogo francés Emile Durkheim (1951) analizó los determinantes sociales del suicidio,

encontrando una mayor frecuencia en personas con pocos lazos sociales íntimos. Para él, con el desarrollo industrial se habían transformado los patrones tradicionales en los vínculos comunitarios y de parentesco, y dicha pérdida de integración social era incompatible con el bienestar psicológico. En 1920, Thomas y Znaniecki analizaron los efectos de la emigración en los campesinos polacos hacia áreas urbanas de Estados Unidos y concluyeron que el abandono del medio rural cohesivo por el ambiente impersonal de la ciudad industrial, generaba problemas de comportamiento y desorganización social en el emigrante. También, en cuanto a estudios epidemiológicos se refiere, resultan relevantes los realizados por la Escuela de Chicago cuyo interés era analizar los efectos de la ruptura de las redes sociales. Estudiaron la distribución geográfica de los problemas sociales, encontrando mayores tasas de desórdenes en las áreas cercanas a Chicago, donde se estaba produciendo una transición desde las casas de renta baja hacia la industria (McKenzie, 1926; Park y Burgess, 1926). Estos autores sostuvieron que los problemas conductuales y sociales en las “zonas de transición” eran el resultado de una desintegración de las comunidades socialmente cohesivas en favor de una reubicación industrial dentro del área.

Un segundo antecedente lo encontramos en *las investigaciones sobre el estrés*, las cuales intentaban explicar como se producía la relación, encontrada en los estudios epidemiológicos entre los factores sociales y la salud. Selye (1956) propuso el síndrome general de adaptación como un mecanismo fisiológico a través del cual el organismo enfrenta el estresor ambiental. Con su modelo en tres frases (alarma, resistencia y agotamiento) pretende explicar los procesos neuroendocrinos que se producen cuando el organismo se encuentra en situaciones estresantes, vinculando el estímulo ambiental y la aparición de la enfermedad. Otros autores (Hinkle y Wolff, 1957) se centraron en identificar qué factores poseían efectos protectores en la salud, encontrando factores de naturaleza personal (defensas psicológicas, experiencias pasadas y procesos cognitivos) y de naturaleza situacional, como el acceso a recursos sociales. En particular, llamaron la atención sobre las diferencias individuales en los estilos de afrontamiento, y en el acceso a lazos sociales compensatorios en su explicación de la vulnerabilidad diferencial ante los estresores psicosociales.

Lazarus (1966) propuso un modelo de estrés valorativo en dos fases: en la valoración primaria el sujeto entendería el evento como sí: a) presentara una amenaza de riesgo futuro; b) un desafío que superar; o, c) un daño o pérdida que se ha

producido. En este primer estadio el evento no sería estresante hasta que, en una segunda valoración, el individuo hiciera balance de sus recursos y descubriera que no tiene cómo afrontar la nueva situación. Esta hipótesis de la valoración (appraisal hypothesis) ha registrado una gran aceptación en los científicos sociales, extendiéndose hasta nuestros días, ya que tiene en cuenta tanto la importancia de los factores contextuales como los cognitivos en la experiencia del estrés (Cohen, 1985).

Si bien los estudios epidemiológicos constataron la existencia de factores sociales estrechamente vinculados con la aparición de la enfermedad, los trabajos sobre el estrés no sólo fijaron conceptual y experimentalmente esa relación sino que, quizás como una consecuencia lógica de sus premisas confirieron un importante rol como mediador entre el estresor y la enfermedad, a la evaluación del individuo de la situación,. Ello llevó a los investigadores a reconocer explícitamente que tanto los factores contextuales -situaciones no estresantes, por ejemplo- como los cognitivos -recursos de afrontamiento, por ejemplo- podían constituir un poderoso recurso de prevención de la enfermedad (Cohen,1985). Un planteamiento que encuentra sus precedentes en la primera mitad del siglo XX y que desembocaría en los programas de Salud Comunitaria.

Los programas de salud comunitaria supusieron la puesta en práctica de numerosas reflexiones teóricas, en torno al papel protector que los factores contextuales poseían sobre la salud. El epidemiólogo norteamericano H. Dunham, uno de los autores del estudio sobre la incidencia de la esquizofrenia en la ciudad de Chicago, ya había prestado atención a los aspectos del ambiente que evitaban la enfermedad o promovían la salud. Este autor reconocía además la importancia de que el paciente psiquiátrico, una vez recuperado, se reintegrara en su comunidad; para ello, la comunidad debería proporcionar al paciente restablecido, los recursos necesarios a los que acudir en búsqueda de ayuda y apoyo durante el proceso de reajuste a su vida comunitaria.

Algunos años después, otros autores (Gurin, Veroff y Feld, 1960) señalaron el importante papel que juegan las personas próximas a la comunidad, hasta el punto de que en las situaciones difíciles los integrantes de esa comunidad buscaban ayuda en las personas de su alrededor y no en los especialistas. Estos trabajos generaron un gran interés por el papel que las fuentes “informales” de apoyo jugaban en el proceso de ajuste de los miembros de la comunidad.

En general, se consolida durante estos años una tendencia a analizar y tener en cuenta los recursos sociales disponibles en la comunidad, tanto para la prevención como para la intervención. Este y otros movimientos afines (grupos de autoayuda, desinstitucionalización de pacientes mentales., etc) sentarán los cimientos de los primeros programas de salud mental comunitaria. Se destaca la importancia del acceso al apoyo social informal, tanto en materias que afecten al estatus de salud de los ciudadanos como en la planificación del tratamiento y de los programas de cuidado comunitarios.

Podemos considerar que el concepto de apoyo social adquiere carta de ciudadanía a partir de aquí, cuando muestra su valor teórico como mediador en el proceso del estrés a la enfermedad y constituye, junto con el afrontamiento y el propio estrés, los pilares del estudio de la salud mental (Veiel y Baumann, 1990). Todo ello promoverá, como veremos más adelante, un interés por el estudio de los sistemas informales de apoyo, auténticas fuentes de bienestar en la comunidad (Caplan, 1976).

Si bien estos tres antecedentes resultan claves en el desarrollo del estudio acerca del apoyo social, y a pesar del reconocimiento por parte de los científicos sociales del papel de las relaciones interpersonales en el bienestar del individuo, es con la publicación de los trabajos de John Cassel y Sidney Cobb a mediados de los 70 cuando el concepto de apoyo social obtiene el reconocimiento de la intervención. Ambos comprobaron que los sujetos sometidos a situaciones estresantes en compañía de pares significativos, o en un contexto interactivo de apoyo, no mostraban los cambios negativos en la salud que presentaban aquellos que enfrentaban tales situaciones en condiciones de aislamiento social. Estos autores concluyeron que las personas que experimentan sucesos vitales estresantes amortiguan las consecuencias nocivas, tanto psíquicas como físicas, cuando tales eventos se experimentan con la contribución de apoyos sociales (Cassel, 1974; Cobb, 1976).

Para Cassel (1974) los cambios en el ambiente social inmediato eran capaces de alterar la resistencia de las personas a la enfermedad debido a los cambios metabólicos que generaban. Según este autor, en ambientes sociales muy desorganizados las personas sufren una confusión, una insuficiencia de señales o, en ocasiones, una total ausencia de feedback. De acuerdo con Cassel, una salud deteriorada es, a menudo, el resultado de un desequilibrio provocado por la aparición de signos y señales desordenados procedentes de las personas importantes para el individuo o de una ausencia de información que pueda corregir las desviaciones que

se hayan producido y, consecuentemente, su aparición está vinculada a la existencia de ambientes muy desorganizados. De este modo, los eventos externos serán nocivos para el individuo siempre que éste no disponga de un conjunto de relaciones sociales que le ayuden a hacerlos frente.

De la obra de Cassel pueden destacarse dos aportaciones de gran relevancia: por una parte su análisis de la influencia del ambiente social en la vulnerabilidad ante la enfermedad; por otra parte, su hipótesis de la existencia de fuerzas sociales que pueden ser movilizadas en situaciones difíciles con el objeto de proteger la salud. Como el propio autor señala, de los dos conjuntos de factores, sería más factible a corto plazo intentar mejorar y reforzar los apoyos sociales que reducir la exposición a los estresores (Cassel, 1974).

Cobb (1976) concedió también una considerable importancia a la información que el sujeto recibe del grupo primario o de sus relaciones significativas. Sin embargo, estableció una condición adicional: sólo consideró como apoyo social aquella información que lleva al sujeto a creer que es querido y cuidado, que es estimado y valorado y que, además, es miembro de una red de comunicación y obligaciones mutuas. A pesar de que Cassel, y como veremos también Caplan, había destacado la importancia de la información en el proceso de ajuste social, es Cobb quien sitúa el apoyo social en el terreno de la valoración cognitiva, "creerse querido", reservando para el individuo un protagonismo definitivo en el proceso de interpretación de las condiciones ambientales. Es fácil observar en este punto la influencia de la hipótesis de la valoración de Lazarus (1966). Como señala Turner (1983), desde esta perspectiva el apoyo social, al igual que las experiencias de crisis, puede entenderse como una experiencia personal más que un conjunto objetivo de circunstancias o, incluso, un conjunto de procesos interaccionales.

Otro autor de especial relevancia es Caplan (1974), quien destacó la importancia de los grupos primarios en el bienestar del individuo. Estos grupos, entendidos como contactos sociales duraderos (sean con individuos, con grupos o con organizaciones), proporcionan al individuo un feedback sobre sí mismo y sobre los otros, lo que compensa las deficiencias de comunicación con el contexto comunitario más amplio. Caplan (1974) realizó una primera clasificación de los diferentes sistemas informales de apoyo presentes en el ambiente natural, vinculando cada uno de ellos a sus funciones en la protección de la salud. Además, sugirió de qué forma podrían fomentarse los vínculos de apoyo entre los ciudadanos a través de un conjunto de

actividades que los profesionales habrían de dirigir. Según Caplan, el apoyo social podría funcionar como un protector ante la patología; así un individuo que tenga la suerte de pertenecer a diversos grupos de apoyo situados estratégicamente en la comunidad, en casa, en el trabajo, en la iglesia y en una serie de lugares recreativos, puede moverse de uno a otro durante el día y estar casi totalmente inmunizado ante el mundo estresante (Caplan, 1974).

Entre las aportaciones más destacadas de Caplan se encuentran; el estudio de los sistemas de apoyo informal de la comunidad y sus ideas sobre el papel que el profesional debe asumir en la prevención (Gottlieb, 1981). Suya es la recomendación, por ejemplo, de que la consulta tradicional en salud mental se extienda hasta abarcar la creación de grupos de apoyo, del papel del profesional como educador y transmisor de información a los grupos de ayuda, y que el trabajo del profesional se inscriba en el ámbito del vecindario, con ciudadanos clave en permanente contacto con el profesional y verdaderos protagonistas de la intervención.

La contribución de estos autores supone la consolidación del concepto de apoyo social como objeto de estudio e instrumento de intervención. Institucionalmente, ese reconocimiento llega en Estados Unidos algunos años después, cuando la Comisión Presidencial para la Salud Mental en Estados Unidos reconoce explícitamente en un texto de 1978 que recibir y ser capaz de proporcionar apoyo social cuando se necesita es absolutamente esencial para el mantenimiento de la salud mental.

No obstante, como señala Benjamin Gottlieb (1983), a partir del momento en que el concepto de apoyo social muestra su importancia como mediador en la salud del individuo, resulta insuficiente continuar constatando esa influencia sin más. Los nuevos trabajos, realizados no ya en una fase de nacimiento del concepto sino de cristalización, persiguen descubrir hasta qué punto el apoyo social posee un efecto protector en la salud y, en segundo lugar, qué forma y estructura habrán de tener las relaciones interpersonales para que puedan proporcionar apoyo.

2.3.2.- Conceptualización del apoyo social.

Si bien existe consenso entre los autores a la hora de evaluar el apoyo social como influyente en el desarrollo, adaptación y bienestar de las personas, vemos que no existe acuerdo a la hora de su definición o lo que es lo mismo no existe una definición aceptada por todos los investigadores.

Las definiciones del apoyo social han proliferado desde finales de la década de los 70 hasta mediados de los 80 y a partir de ese momento parecen haberse estancado (Veiel y Baumann, 1992). En general cada autor trabaja con una definición y con un instrumento para evaluarlo, lo que dificulta enormemente la labor de síntesis histórica. En un artículo de 1984, Wood expresa públicamente lo que muchos investigadores ya saben por experiencia: *existen tantas definiciones de apoyo social como autores interesados en el tema.*

Uno de los intentos más rigurosos de proponer una definición de apoyo social, que integre en lo posible los elementos comunes de otras definiciones y recoja los aspectos más referenciados, ha sido el realizado por Lin (1986).

En el análisis en profundidad de las distintas definiciones que se han propuesto sobre apoyo social, este autor propone acotar conceptualmente el apoyo social como: el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales -percibidas o recibidas- proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza, añadiendo que estas provisiones se pueden producir tanto en situaciones cotidianas como de crisis (Lin y Ensel, 1989). La definición de estos autores integra las aportaciones de las definiciones de otros autores recogiendo sus elementos principales por lo que podemos considerarla como una definición sintética del apoyo social. En la tabla 1 se pueden encontrar las referencias de aquellos autores más relevantes que han trabajado en las dimensiones que se apuntan en la definición de Lin. Se señala además la perspectiva de estudio de la que parten los autores. La definición propuesta por Lin se articula en torno a cuatro ejes; la función del apoyo, la percepción y recepción del apoyo, el ámbito en que se produce el apoyo o fuentes de apoyo, y la ayuda en situaciones cotidianas o de crisis.

La ayuda, en la *función de apoyo*, puede ser, según Lin, de dos tipos: instrumental y expresiva. La ayuda es *instrumental* cuando puede constituir un medio con el que conseguir otros objetivos y *expresiva* cuando puede constituirse en un fin en sí mismo. Son numerosos los autores que han distinguido diferentes funciones en el apoyo social. En 1974, Caplan define el apoyo social como aquellos lazos entre los individuos o entre individuos y grupos que permite: promover el dominio emocional, ofrecer consejo y, proporcionar feedback sobre la propia identidad y el desempeño.

Tabla 1. El concepto de apoyo social: dimensiones y perspectivas de estudio.

Cassel (1976) subraya las funciones del apoyo social, indicando que la principal función del apoyo social era favorecer en el individuo sentimiento de que: por una parte era cuidado, amado y se preocupaban por él, por otra que era valorado y estimado y finalmente que era miembro de una red de obligaciones mutuas. Otros autores han remarcado la relevancia de distinguir funciones en el apoyo social (House, 1981; Wills, 1985) y actualmente puede considerarse que esta perspectiva goza de un amplio acuerdo entre los investigadores.

Respecto a la segunda dimensión, la *percepción-recepción del apoyo*, Lin asume que tanto la ayuda recibida como la percibida es importante para el individuo. Ya Caplan (1974) había distinguido entre la dimensión objetiva y la dimensión subjetiva del apoyo social: la primera hace referencia a las transacciones reales de ayuda que se producen con respecto a un individuo y la segunda a la evaluación que el individuo realiza de esa ayuda. De alguna manera, la definición propuesta por este autor reconoce que tanto los procesos sociales objetivos como la percepción que el individuo tiene de esos procesos influyen en el bienestar de las personas.

Esta distinción entre la recepción de ayuda y la percepción de ayuda ha generado numerosos trabajos científicos (Caplan, 1974; Sarason, Pierce y Sarason, 1990; Cohen, 1992, entre otros). Básicamente, el prestar atención a la percepción que

el individuo tiene de la conducta de ayuda se traslada el interés desde lo social (la interacción que supone esa ayuda) a lo disposicional o psicológico (la vivencia de esa interacción). Un análisis de las relaciones sociales en función de la percepción que de ellas se tiene, puede llevar a conclusiones sobre las opiniones de los sujetos y no sobre el tipo de contexto social en el que estos se mueven (Gottlieb, 1985). Por otra parte, un análisis del contexto social o de la conducta de ayuda que olvide como es percibida esa ayuda por el receptor de la misma, puede llevar a un importante sesgo: dar por apoyo aquello que no es percibido como tal (Brown y Shumaker, 1984). Como vemos ambos extremos están sujetos a la crítica: el apoyo percibido puede eliminar el componente social mientras el apoyo recibido puede olvidar el componente de apoyo.

Como tercera dimensión del apoyo social, *el ámbito en que se produce el apoyo* o fuentes de apoyo, la definición de Lin distingue tres ámbitos en los que se produce o se puede producir el apoyo: la comunidad, las redes sociales y las relaciones íntimas (Gráfico 1).

Estos ámbitos representan las posibles fuentes del apoyo social. Esta distinción no es nueva y ya había sido sugerida por Cassel, en 1974, cuando indicaba que el apoyo social era proporcionado por los grupos primarios más importantes para el individuo.

En la misma línea se encuentran los trabajos de otros autores (Kaplan, Cassel y Gore 1977; Thoits, 1982) y especialmente (Gottlieb, 1981) que había diferenciado entre los niveles macro (integración y participación social), meso (redes sociales) y micro (relaciones íntimas).

En general, cada ámbito proporciona un tipo de ayuda o sentimiento de ayuda. Así, el marco más global de la comunidad puede proporcionar al individuo miembro de ella un *sentimiento de pertenencia* a una estructura social amplia. Por su parte, en el seno de la comunidad y en el plano de las redes sociales se pueden producir *sentimientos de vinculación*. De este modo una relación basada en el vínculo es más sólida que una relación basada en el sentimiento de pertenencia, ya que la primera representa la existencia de vínculos reales con los demás, aunque algunos de estos lazos pudieran ser indirectos. Por último, el ámbito más próximo al individuo lo constituye el conjunto de sus relaciones íntimas o de confianza, de las que deriva *un sentimiento de compromiso*. En este ámbito el sujeto asume una serie de normas de reciprocidad y cierta responsabilidad por el bienestar de los demás.

En la cuarta dimensión, *la ayuda en situaciones cotidianas o de crisis*, Lin distingue entre el apoyo cotidiano y el que se recibe en situaciones de crisis. Esta distinción es importante para conocer hasta qué punto las relaciones sociales son capaces de fomentar el bienestar y proteger frente a los problemas de salud, en circunstancias cotidianas o habituales puede ser difícil distinguir o identificar las diferentes situaciones de apoyo, más aún si admitimos que en estos casos la mayoría de los intercambios son automáticos y no se evalúan (Bronwell y Shumaker, 1984).

En síntesis, la definición de este autor tiene la virtud de recoger los elementos más importantes de otras definiciones propuestas que hemos reseñado en el apartado introducción histórica del apoyo social. Con esta definición no finaliza el debate ya que su utilidad derivará de las cualidades psicométricas de los instrumentos confeccionados a partir de ella y de su capacidad para generar modelos operativos con una sólida base teórica (Lin, 1986).

2.3.3. - Perspectivas en el estudio del apoyo social.

Inmerso en el proceso de consolidación del apoyo social como área de interés para los científicos sociales a partir de los diferentes desarrollos tanto teóricos como empíricos, se han desembocado en una gran diversidad conceptual que refleja distintas perspectivas y niveles de análisis.

Pueden distinguirse, en este campo de investigación, dos perspectivas o niveles de análisis, las cuales integrarían toda la diversidad conceptual: *la funcional y la estructural*. La primera hace hincapié en la taxonomización de las funciones de apoyo social tales como: el apoyo informativo, material, emocional, etc, así como en la percepción que de éste tiene el sujeto; la segunda perspectiva centra su interés en las condiciones objetivas que rodean el proceso de apoyo, esto es en los apoyos estructurales que constituyen la red de relaciones de los sujetos. En este contexto cabría diferenciar los conceptos de *red social* y de *apoyo social*, los cuales se utilizan a menudo indistintamente: red social hace referencia a las características estructurales que caracterizan las relaciones de apoyo ejercidas por un individuo, grupo o comunidad, mientras que apoyo social hace hincapié en las funciones que las relaciones sociales pueden ejercer en el mantenimiento y mejora del bienestar individual.

Podemos decir, no obstante, que nos encontramos ante dos enfoques sobre un mismo proceso, puesto que las redes sociales proporcionan el marco estructural en el que el apoyo se encuentra al alcance del individuo, correspondiéndose con las perspectivas estructural y el funcional.

2.3.3.1.-La Perspectiva estructural.

Como hemos señalado, el análisis desde la perspectiva estructural se centra en las dimensiones objetivas de las relaciones que componen la red social del individuo, considerándolas la clave para explicar la provisión de apoyo accesible para el sujeto (Cohen y Syme, 1985; Gracia, Musitu y García, 1991).

Así, el apoyo social es accesible a una persona a través de lazos sociales, bien sea con otros individuos, con grupos o con la comunidad (Lin et al., 1981). Es decir, existen unos recursos sociales que no están en el individuo y cuyo acceso constituye apoyo social. Pearlin y colaboradores (1981) contribuyen a esta idea con un matiz funcional al hablar de acceso a y uso de individuos, grupos y organizaciones para tratar con las vicisitudes vitales. Recuerdan además que si bien la red social puede conceptualizarse como el conjunto de personas disponibles para el sujeto, es al grupo más pequeño e íntimo al que probablemente se acudirá (Pearlin, 1984). En general, el acceso se articula en torno a tres dimensiones estructurales del apoyo: *las redes sociales, el grupo de afiliación y las relaciones interpersonales más íntimas* (Pearlin, 1985).

La existencia de tres niveles relacionales en la estructura de la red social está bien recogida en la literatura. Estos niveles serían: un primer nivel macro o comunitario, un segundo nivel medio o de grupos y un tercer nivel íntimo, que supone vínculos más estrechos. Según Barrón et al (1988), estos niveles difieren en cuanto a su impacto sobre el bienestar, si bien los niveles más directos dependen de los más amplios. Así, el comunitario es el de menor efecto directo, aunque es previo a los demás, pues de él se derivan las redes sociales grupales. Estas tienen mayor efecto que el anterior y proporcionan el marco en que el apoyo social puede estar disponible para el sujeto. De ellas emergen las redes informales más cercanas, que tienen un mayor efecto directo sobre el bienestar.

Dos son, fundamentalmente, los aspectos más estudiados desde la perspectiva estructural: la *integración / participación social* y el *análisis de la estructura de las redes sociales*. El primero se centra en constatar la existencia de relaciones y enumerar los lazos sociales del individuo como índice cuantitativo de integración. El segundo se refiere al estudio del conjunto de relaciones de un individuo, grupo o comunidad a partir de las características de su red social, y presta mayor atención a las dimensiones cualitativas. Sin embargo, en ambos casos son los aspectos objetivos los que constituyen las unidades de análisis y, por tanto, la experiencia o la percepción subjetiva ocupan un lugar secundario.

Del análisis de la *integración y participación social* ha destacado su rigor en el diseño y la metodología de investigación; sin embargo, existen dos aspectos particularmente susceptibles a la crítica: la identificación de la integración con la frecuencia de los contactos y la idea de que todas las relaciones puedan surtir el mismo efecto en el bienestar. Con respecto a la primera crítica, un creciente número de autores entiende la integración como un concepto subjetivo estrechamente vinculado al sentimiento de pertenencia e identidad con la comunidad (Wills, 1985; Gracia y Musitu, 1991) y no como una mera suma de contactos sociales.

Con respecto a la segunda crítica, pretender que todas las relaciones sociales contribuyen de igual forma al bienestar del individuo es simplificar demasiado la cuestión. En consecuencia, algunos autores han dirigido sus análisis hacia aquellas relaciones “más significativas” para el individuo, lo cual supone incorporar el aspecto funcional en un primer nivel inicial. Una de las relaciones que ha recibido mayor atención, y que ha sido consistentemente asociada con la salud, ha sido el matrimonio. Numerosos estudios han constatado una menor incidencia de trastornos psicológicos

(menores tasas de depresión, menor riesgo de recaída en problemas de salud mental, mejor afrontamiento en situaciones de crisis, etc) y mejores índices de salud en personas casadas que en no casadas (sean solteros, viudos o divorciados) (House et al, 1985; Díaz-Veiga, 1987; Barrón et al., Gracia y Musitu, 1990). También se ha observado una relación entre la ocurrencia de desórdenes psíquicos y físicos y la existencia y cantidad de contactos con amigos y familiares (House y Kahn, 1985). Si bien esta relación es más variable que la observada con el matrimonio, sí muestra cierta consistencia.

Este planteamiento ha determinado que, dentro de la misma perspectiva estructural, se haya profundizado en el análisis de las dimensiones cualitativas de las relaciones que son relevantes para el bienestar psicosocial de las personas, así como de la forma en que interactúan entre sí.

Del *análisis de redes* destaca su esfuerzo por proporcionar al investigador conceptos que puedan operativizarse a través de medidas objetivas. Aquí por objetivo debe entenderse aquellos aspectos referentes a una persona cuya información puede obtenerse a través de los demás. En este sentido, tanto las variables estructurales de la red -tamaño y densidad- como las variables de interacción de la red -reciprocidad, homogeneidad, multiplicidad, etc.- pueden conocerse mediante los informes de otras personas próximas al sujeto. Sin embargo, los beneficios que se derivan de esta objetividad no alcanzan, a menudo, para solventar lo que constituye, sin duda, la principal crítica a este acercamiento: el problema de la definición de la red social.

Tal y como se constata en los distintos trabajos analizados, las características de una red predicen mejor el ajuste de sus miembros si esa red se define en términos de personas de mucha confianza o con las que se comparte una relación íntima (Blazer y Kaplan, 1983; Cohen et al, 1985; Vaux et al, 1986; Laireiter y Baumann, 1992). Ello ha llevado a numerosos investigadores a estudiar sólo aquellos lazos sociales que son de apoyo, lo que supone una grave confusión conceptual entre la red social de un individuo y su red de apoyo. Algunas de las críticas que se han vertido sobre la utilización de la red de apoyo vienen resumidas por Hall y Wellman (1985) quienes afirman que tal uso convierte al apoyo en una constante y no en una variable. Añaden además que la utilización de la red de apoyo impide estudiar las relaciones de apoyo fuera de su contexto y destierra la información procedente del conjunto de las relaciones sociales.

Además, como señalan diversos autores (Mckinlay, 1973; McCallister y Fisher, 1978), algunos miembros de la red social proporcionarán apoyo en unas situaciones y no en otras. Por tanto, la identificación de una red de apoyo sin referencia expresa a la situación específica podría, como resultado, excluir a personas de cierta relevancia para el individuo. (O'Reilly, 1988).

Más allá de estas críticas, el verdadero problema que plantea escoger la red de apoyo como unidad de análisis es de naturaleza conceptual. Para conocer la red de apoyo es preciso incluir la valoración que el individuo hace de los procesos sociales en que participa, excluyéndose aquellos aspectos sociales próximos que él no percibe como importantes. Obviamente, un análisis como el de redes sociales que se centra en los aspectos relacionales entre los actores (Hall y Wellman, 1985) y que descansa en el uso de medidas objetivas del ambiente social para describir el entorno del individuo, no puede condicionar la construcción de su edificio conceptual a la percepción que el sujeto tiene de su entorno.

2.3.3.2.-La perspectiva funcional.

Desde esta perspectiva, las dimensiones relevantes en la evaluación del apoyo social son fundamentalmente de carácter subjetivo y hacen referencia a la percepción que tiene la persona del apoyo recibido, así como a los aspectos funcionales de las relaciones sociales.

Lin (1986) considera que las funciones de apoyo pueden ser agrupadas bajo dos grandes epígrafes: *funciones instrumentales* y *funciones expresivas*. La función instrumental deriva de actos que la persona emprende para lograr unos fines que difieren de los medios para conseguirlos y la función expresiva deriva de acciones que el individuo realiza y cuyo fin son ellas mismas. En general, el binomio instrumental-expresivo es asumido por la mayoría de los autores, si bien cada uno propone distintas funciones que pueden incluirse en uno u otro grupo.

Otra forma de identificar las funciones del apoyo social que ha recibido un amplio acuerdo consiste en analizar el ámbito en que ese apoyo se produce. De este modo, el apoyo social puede aparecer en el plano *afectivo*, en el *cognitivo* y en el *conductual*. El plano afectivo recogería la función expresiva propuesta por Lin; el plano cognitivo podría albergar lo que numerosos autores denominan apoyo informacional (House, 1981; Wills, 1985; Caplan 1974), consejo (Vaux y Wood, 1987) o guía (Weiss, 1974; Barrera, 1986); y el plano conductual, por último, posibilitaría el apoyo

conductual que puede incluir ayuda financiera (Vaux, 1992), ayuda material (Barrera, 1986) o servicios (Caplan, 1974). El apoyo informacional o estratégico y la ayuda material o tangible, serían funciones instrumentales.

El Apoyo emocional hace referencia al área afectiva y tal como señala Wills (1985), constituye un poderoso recurso contra las amenazas a la autoestima, al tener con quién hablar de los propios problemas. Numerosos autores apoyan este planteamiento, al referirse a cuestiones como: la importancia de compartir los sentimientos, pensamientos y experiencias (Keane et al., 1985); la necesidad de expresarse emocionalmente (Kessler et al., 1985); la confianza y la intimidad (Schaefer et al., 1981; Barrera, 1981); el afecto positivo e intenso (Pattison, 1981); el dominio de las emociones (Caplan, 1974); los sentimientos de ser querido y cuidado (Cobb, 1976); los sentimientos de ser valorado (Weiss, 1974; Cobb, 1976; Wills, 1985); los elogios y expresiones de respecto (Shumaker y Brownell, 1984), etc.

El hecho puntual de poder compartir los problemas supone la existencia de un mundo de relaciones duraderas y de confianza disponibles. Así, como señala Wills (1985), hablar sobre problemas importantes o situaciones especialmente difíciles implica, en ocasiones, revelar o desvelar aspectos negativos de uno mismo; por ello, la mayoría de las personas confían sus problemas más graves a aquellos que consideran más próximos: la pareja, un pariente o un buen amigo al que le avala una relación de confianza durante un período considerable de tiempo.

No resultaría extraño, entonces, que el apoyo emocional desempeñara un papel muy importante en el fomento y mantenimiento de la salud y el bienestar (Barrón et al., 1988; Wills, 1985). Más aún, su pérdida tiene efectos negativos sobre la salud y hay constancia de que el mantenimiento de la autoestima es el objetivo prioritario de las personas que atraviesan situaciones estresantes (Wills, 1983). Todavía no se conoce muy bien el mecanismo a través del cual estos recursos ejercen su efecto en el bienestar, pero sí se han propuesto algunas hipótesis entre las que destacan tres:

- 1) La experiencia de sentirse aceptado y valorado por otra persona aumenta la autoestima, incluso en el caso de que el sujeto tenga dificultades en otras áreas de su vida. El mantenimiento de los niveles habituales de autoestima reviste una importancia especial debido a que la mayoría de las situaciones sociales estresantes requieren para su resolución de la interacción con otras personas. De este modo, cuando existen percepciones negativas sobre uno mismo (una evaluación de la auto-estima) las relaciones sociales se entorpecen y, en consecuencia, proliferan los conflictos, lo cual

no ayuda a superar las dificultades. Esta importancia de la autoestima, en el inicio y mantenimiento de las relaciones sociales, ha llevado a algunos autores a proponer el apoyo de estima como un tipo específico de apoyo social (Cohen et al, 1985; Cutrona et al., 1990). El apoyo emocional supone por tanto un apoyo a la auto-estima. Se trata del mismo proceso que en la relación profesional terapéutica se denomina “aceptación positiva incondicional” y que es responsable en buena medida del éxito de la terapia. Entre las conductas de ayuda que reflejan esta aceptación incondicional se encuentran: escucha atenta, reflejar las afirmaciones del otro, empatía, compartir las experiencias personales y evitar la crítica o los consejos admonitorios.

2) El conocimiento de que los propios problemas son compartidos por otros, según la teoría de la atribución, disminuye la gravedad percibida y el valor amenazante de los eventos negativos. Este proceso atributivo es más probable en el ámbito de redes sociales en las que existe un cierto grado de homogeneidad entre sus miembros y justifica teóricamente la creación de grupos de autoayuda para reducir el impacto emocional de determinados eventos vitales (por ejemplo, conocerse portador de anticuerpos del virus VIH).

3) Las redes sociales pueden animar al sujeto para persistir en su intento de solucionar los problemas, convencerlo de que las cosas van a mejorar y ayudarle a soportar la frustración. Desde este punto de vista, las alteraciones psicológicas se consideran fenómenos motivacionales, basados en la percepción que el sujeto tiene de su incapacidad para superar sus dificultades y de que las cosas no van a mejorar. En este sentido, algunos autores han propuesto un tipo especial de apoyo, motivaciones diferentes del apoyo emocional (Wills, 1985) cuya principal característica es animar a los miembros de la red a persistir en sus esfuerzos por solucionar los problemas con los que se enfrentan, promoviendo la utilización de los propios recursos personales y los de su entorno social.

El Apoyo informacional y estratégico hace referencia a que cuando las situaciones estresantes se prolongan o los problemas quedan sin resolver, las personas pueden iniciar una búsqueda de información o consejo que les sirva de ayuda para superar esa situación. Así, las personas que están a nuestro alrededor pueden proporcionarnos información acerca de la naturaleza de un determinado problema (Wills, 1985), darnos pistas sobre su interpretación, valoración y adaptación cognitiva (Shumaker y Brownell, 1984); indicarnos los recursos que son relevantes para su afrontamiento y las posibles vías de acción: modelado de estrategias de

afrontamiento emocional y conductual, remisión a los profesionales adecuados, animar a buscar asistencia, formar en técnicas de solución de problemas, etc. (Wills, 1985). También se incluiría aquí el feedback acerca de la adecuación de las acciones de afrontamiento emprendidas por el sujeto.

Este tipo de apoyo también ha sido considerado por numerosos autores (Caplan, 1974; Weiss, 1974; Hirsch, 1979; Schaefer et al., 1981; House, 1981; Gottlieb, 1983; Shumaker y Brownell, 1984; Kessler et al., 1985; Barrón et al., 1988). Sin embargo, su independencia con el apoyo emocional no está del todo probada. En este sentido, algunos autores no han encontrado pruebas empíricas concluyentes como para hablar de dos tipos distintos de apoyo (Sarason, Shearin y Pierce, 1987). Aunque teóricamente la distinción pueda ser clara, en la práctica a menudo son difícilmente separables, ya que el hecho de recibir un consejo puede ser interpretado por el receptor como una expresión de cariño o de preocupación por él. Incluso en relaciones de ayuda profesional se observa cómo los receptores de ayuda “confunden” el significado que ese acto posee para el emisor.

La conexión entre estos dos tipos de apoyo se ha planteado en términos de desarrollo de la identidad personal; tanto uno como otro potencian el desarrollo del autoconcepto y la autoeficacia, aspectos de la identidad que proporcionan al sujeto una visión de su propia entidad personal y social, sus capacidades, roles, etc. (Cassel, 1976; Shumaker y Brownell, 1984; Musitu et al, 1991). El apoyo informativo proporciona el feedback requerido en este proceso y el apoyo emocional está en relación con la valoración que se recibe de los demás y que incide en la autoestima. Las interacciones sociales, sin embargo, pueden producir percepciones del self tanto positivas como negativas -estereotipos, estigmas, culpabilizaciones, etiquetamientos, etc. *El Apoyo material, tangible o instrumental* se ha definido como prestación de ayuda material directa o servicios (Schaefer et al, 1982; Barrón et al., 1988). Entre los autores que también han hecho referencia a este tipo de apoyo se encuentran Weiss (1974), Hirsch (1979), Barrera (1981) y Kessler et al (1985).

Por otro lado, Wills (1985) plantea que, en circunstancias ordinarias, este tipo de apoyo se relaciona con el bienestar porque reduce la sobrecarga de las tareas y deja tiempo libre para actividades de recreo, para integrarse en actividades y preocuparse por un mayor crecimiento personal. Su efectividad se incrementa cuando el receptor percibe la ayuda como adecuada (Cohen y Mckay, 1984, citados en Barrón et al, 1988), pero puede tener efectos negativos si el receptor siente amenazada su

libertad o si fomenta sentimientos de endeudamiento (Shumaker y Brownell, 1984), lo que puede suscitar reticencias en la búsqueda de este tipo de ayuda.

Además de la distinción comentada hasta ahora entre las distintas funciones que puede desempeñar el apoyo social, existe también dentro de la orientación funcional un importante foco de controversia acerca de la pertinencia de trabajar con las percepciones de apoyo que los sujetos mantienen sobre sus relaciones sociales, *apoyo percibido*, o, alternativamente, con las transacciones reales de apoyo que se producen entre la persona y su entorno *apoyo recibido*.

Tradicionalmente, el análisis de las funciones de las relaciones sociales ha estado vinculado al estudio del apoyo social percibido. Recientemente, sin embargo, algunos autores se han cuestionado la idoneidad de limitar todo su trabajo científico a la percepción que el individuo posee sobre su entorno. Dunkel-Schetter y Bennett (1990) asumen esta distinción y afirman que ambas formas de apoyo son independientes y obedecen a procesos diferentes. Estos autores hablan de dos componentes independientes del apoyo social: el componente cognitivo y el componente conductual. Es el caso típico de la ayuda financiera de padres a hijos. Saber que esa ayuda está disponible (componente cognitivo-apoyo percibido) ejerce un efecto beneficioso sobre el joven; sin embargo, recibir esa ayuda (componente conductual-apoyo recibido) puede experimentarse de forma negativa ya que incrementaría los sentimientos de dependencia y obligación hacia los padres. Estos sentimientos no son bienvenidos en una etapa de la vida donde la autonomía y la independencia son especialmente importantes. El componente conductual (apoyo recibido) estaría formado por el conjunto de las transacciones reales producidas entre los miembros de una relación.

Por otra parte, el efecto de la fuente estará en función del tipo de problema y por lo tanto del tipo de ayuda que necesite. En este sentido, Dakof y Taylor (1990) señalan que el apoyo emocional se valora más en las relaciones íntimas (pareja, parientes y amigos), mientras que el apoyo informacional y tangible es más efectivo si proviene de profesionales y de sujetos que tienen o han tenido problemas similares.

2.3.4.-La percepción del apoyo social.

Son numerosos los autores que inciden en la importancia que tiene la percepción de los sujetos acerca de sus relaciones sociales para que estas cumplan o no funciones de apoyo. Cabe distinguir entre lo que serían comportamientos

proveedores de recursos y lo que es percibido como apoyo por los sujetos. En este sentido, es importante el foco de controversia generada dentro de la orientación funcional en torno a la conveniencia de estudiar *el apoyo percibido* que lo constituirían las percepciones de apoyo que los sujetos mantienen en sus relaciones o con las transacciones reales de apoyo que se producen entre la persona y su entorno que sería el *apoyo recibido*.

Mayoritariamente, el estudio de las funciones de las relaciones sociales ha estado vinculado al estudio del apoyo social percibido, ya que la Psicología Social considera que los sucesos y circunstancias del mundo real afectan al individuo en la forma e intensidad en que son percibidos. Más recientemente, otros autores se cuestionan la idoneidad de centrar todo el trabajo en las percepciones que el sujeto tiene sobre su entorno. En esta línea Kobasa y Puccetti (1983) señalan: lo que uno percibe o dice sobre su entorno social puede ser un reflejo de la forma en que uno se ve a sí mismo y no necesariamente de las condiciones sociales por las que atraviesa.

La cuestión primordial sería que para que un apoyo sea efectivo es importante que se perciban las redes como favorables para el bienestar, el crecimiento y la consecución de las propias metas de los sujetos. En casos de sujetos en situaciones de riesgo es fundamental tal como señalan Musitu, Molpeceres y Martínez (1991) la percepción de un contexto favorable y no represivo ni estigmatizante. No es menos cierto que la percepción de apoyo no supone siempre la existencia del mismo.

Caplan (1974) propone un modelo integrador que puntualice las formas en que se puede producir el apoyo social para lo cual distingue en el intercambio social entre la *transacción y lo transferido*.

- La transacción puede ser *objetiva o subjetiva*. Si la transacción es real sería objetiva, si solo es percibida, la posible transacción sería subjetiva.
- Lo transferido puede ser de naturaleza *tangible o psicológica*. Si la transferencia la constituyen elementos palpables como objetos, dinero, servicios, etc. o transferencias de contenidos psicológicos como pensamientos y emociones fundamentalmente.

Shumaker y Brownell (1984) proponen un modelo que intenta clasificar los tipos de percepciones que pueden tener lugar en una relación o intercambio. Consideran que en todo intercambio de apoyo hay implicadas al menos dos personas, cuyas percepciones del fenómeno pueden no coincidir. La coincidencia entre el emisor y el receptor en el intercambio tiene importantes implicaciones sobre la calidad y

efectos del apoyo. Dunkel-Schetter y Bennett (1990) asumen también esta distinción al afirmar que ambas formas de apoyo son independientes y obedecen a procesos diferentes. El apoyo social está constituido por dos componentes independientes: el componente cognitivo y el componente conductual.

La fuente de donde procede el apoyo también constituye un factor importante en la percepción del apoyo social. Las mismas acciones no se perciben igual si proceden de amigos, familiares o profesionales. (Wortman y Conway, 1985; Dunkel-Schetter, 1984; Darkof y Taylor, 1990). En este sentido, un consejo puede ser percibido como apoyo si procede de un médico, pero puede ser considerado inútil si quien da el consejo es un amigo o pariente; igualmente, un comentario empático a un paciente con una enfermedad grave puede ser considerado como un apoyo si procede de alguien con un problema similar, o generar hostilidad si es realizado por un amigo que goza de buena salud. Entre los numerosos factores implicados en el proceso de percepción del apoyo, en función de la fuente que lo suministre, destacan: los roles de los miembros de la red, su experiencia, habilidades sociales, empatía, nivel de intimidad, similitud personal o la obligación con la relación.

2.3.5.- El apoyo social en el ámbito de la salud y el ajuste psicosocial.

La investigación en torno al apoyo social está vinculada desde el principio al concepto de bienestar social y parte de los modelos ecológicos. Como hemos visto, el propio concepto de apoyo social destaca y subraya el importante papel que los factores ambientales (de los que forma parte) desempeñan en las distintas conductas de los sujetos. Esta idea quedó ya formulada a principios de los años 60 por Caplan en su propuesta teórica, según la cual los sistemas de apoyo suministran a las personas las provisiones psicosociales necesarias para mantener su salud.

El interés por la investigación del apoyo social ha estado vinculado desde su inicio al estudio de los efectos negativos de los estresores en el bienestar físico y psicológico, centrándose principalmente en los efectos beneficiosos y, en cierto modo, protectores que el apoyo social proporcionaba ante las consecuencias negativas derivadas de los efectos de los estresores.

Lin y Ensel (1989) asumen y resumen el sentir de numerosos investigadores que se aproximan al estudio de los efectos beneficiosos del apoyo social de la siguiente manera: si consideramos los sucesos vitales estresantes como un aspecto del entorno social con efectos perjudiciales sobre el bienestar, entonces es razonable

esperar que existan aspectos en el entorno social que incrementen la propia habilidad bien para mejorar el bienestar o bien para contrarrestar los efectos potencialmente adversos de los estresores.

Como hemos visto, existe consenso entre los investigadores sociales a la hora de admitir que en el entorno social se encuentran aspectos positivos capaces de contrarrestar el efecto de los estresores, en lo que no existe tanto acuerdo es en la forma en que éste se produce. Mientras que para algunos autores el apoyo social ejerce un *efecto mediador* al reducir el efecto directo de los sucesos vitales estresantes; para otros autores ejerce un *efecto directo* en el bienestar físico y psicológico de los individuos y es independiente de los sucesos vitales y, por último, para otros el apoyo social ejerce un *efecto de amortiguamiento*, el cual tiene lugar únicamente si la coincidencia de presencia de estresores y ausencia de apoyo, repercute negativamente en la salud de los individuos o incrementa la posibilidad de aparición de problemas.

Son también Lin y Ensel (1989) los que proponen un modelo integrador con el propósito de dar cabida en un único paradigma las tres hipótesis anteriores. Según este modelo (Grafico 2) se parte de la concepción del estrés como un proceso complejo que puede ser descrito en términos de tres contextos (social, psicológico y físico) y dos tipos de fuerzas en cada uno de ellos (el estrés y los recursos).

En este paradigma los tres entornos y sus respectivos factores se consideran como factores exógenos con efectos de uno u otro signo sobre el bienestar. Estos efectos en el bienestar pueden calificarse como: *efecto directo*, *efecto mediador* y *efecto amortiguador*. Este modelo integrador especifica no sólo la importancia de las experiencias sociales (sucesos vitales y apoyo social) en la génesis, incremento y reducción de los problemas físicos y psicológicos, sino también el rol desempeñado por otros factores como los recursos y estresores físicos y psicológicos.

Por una parte, los recursos psicológicos desempeñarán un importante papel en el proceso de reconocer los estímulos sociales estresantes y reaccionar posteriormente a los mismos en un intento de prevenir o eliminar sus efectos potenciales negativos.

En este sentido, conceptos tales como autoestima, competencia personal o locus de control actuarán como recursos que permitirán reducir el impacto del estresor (Gore, 1985; Wheaton, 1983).

Gráfico 2. Modelo de bienestar de Lin y Ensel (1989).

Por otro lado, el modelo recoge, además la relación existente entre estresores sociales y psicológicos actuando como condiciones estresantes paralelas tanto en el contexto social como psicológico (Pearlin et al, 1981). Finalmente, el modelo toma en cuenta los efectos sobre el bienestar tanto de los estresores físicos como de los recursos físicos.

Podemos concluir que numerosos autores coinciden en señalar que un modelo comprensivo del apoyo social debe integrar tanto las condiciones que lo posibiliten como las acciones de apoyo, atendiendo a los datos objetivos y a la percepción subjetiva de los participantes en el proceso. Al tiempo, los procesos de apoyo han de contextualizarse, considerando simultáneamente las fuentes de apoyo, las circunstancias estresantes, las situaciones en que tiene lugar el proceso y los propios recursos del sujeto.

2.4 - Modelo transteórico de cambio.

Prochaska y DiClemente (1982) han desarrollado un modelo al que han denominado “Modelo transteórico de Cambio”, con el que intentan cubrir globalmente todo el proceso de cambio. Este es un modelo global que cubre todo el proceso de

cambio, desde el momento en que alguien advierte la existencia de un problema hasta el instante en que este deja de existir. Debe ser aplicable a todas las conductas adictivas que los individuos deseen cambiar y permitirnos progresar en el conocimiento de cómo modifican los individuos conductas tan diversas como el abuso del alcohol, la dependencia de la cocaína, la adicción a la heroína o tabaquismo. La adopción de este modelo ha sido debida a la necesidad de estudiar el cambio de una forma global, al tiempo que nos posibilite el poder cubrir todo el espectro del proceso. Del mismo modo que el cambio es un fenómeno dinámico y abierto, un modelo global de cambio debe estar también abierto al progreso, incorporando e integrando las nuevas variables que se van encontrando integradas en la forma que los individuos modifican su conducta. El modelo transteórico no está completo ni cerrado, resulta comprensible y deja atrás las soluciones simples porque la complejidad de las conductas adictivas requiere soluciones multivariantes más que univariantes. El enfoque transteórico que han desarrollado es un modelo tridimensional que integra *estadios, procesos y niveles de cambio*.

2.4.1 – Los estadios de cambio.

Los estadios o etapas por las que atraviesa un individuo en el proceso de abandono del hábito adictivo son cinco y representan la estructura o dimensión temporal o evolutiva del modelo: precontemplación, contemplación, preparación, acción o actuación, y mantenimiento. No obstante, durante siete años se trabajó omitiendo el estadio de preparación, planteado en los trabajos iniciales de los autores como estadio de determinación o de toma de decisión. Apreciamos como la rueda de los estadios de cambio refleja el hecho de que en el campo de las drogodependencias es frecuente que los adictos recorran estas etapas varias veces antes de conseguir la recuperación (Gráfico 3).

La *precontemplación* es un estadio durante el cual los individuos no piensan seriamente en modificar su conducta adictiva, por lo menos durante los próximos seis meses. No creen tener problemas, al menos en la misma medida que lo hacen otros que están en estadios más avanzados, y la posibilidad de acudir a tratamiento es algo que ni siquiera han considerado. Como el propio término indica, es más probable que las personas más cercanas conozcan el problema mejor que el propio drogodependiente. DiClemente (1991) puso de manifiesto que pueden darse cuatro tipos distintos de adictos: reacios, rebeldes, resignados y racionalizadores.

- *Reacios* son aquellos que por falta de información o por simple inercia no quieren considerar la posibilidad de cambiar y tampoco son conscientes del alcance de la drogadicción.
- Los *Rebeldes* se caracterizan por un estilo de vida drogodependiente tan arraigado que es muy difícil lograr que se planteen cambiarlo y dejar de consumir. No aceptan que se les diga lo que tienen que hacer y suelen manifestarse como hostiles y resistentes al cambio. Discuten con frecuencia y sólo aceptan participar en un posible tratamiento sin ninguna presión y de forma experimental.
- La falta de energía suele caracterizar a los sujetos *resignados* a continuar su drogodependencia. Estos sujetos, al no haber sido capaces de superar su adicción después de múltiples intentos, han abandonado la posibilidad de cambiar, parecen estar abrumados por el problema y consideran que intentarlo una vez más ya no tiene sentido y quizá es demasiado tarde para ellos.
- Los *racionalizadores* tienen todas las explicaciones para seguir con su dependencia y aducen numerosas razones para seguir consumiendo.

El estadio de *Contemplación* es el estadio en que los adictos son conscientes de que existe un problema y consideran seriamente la posibilidad de abandonar la conducta adictiva, pero no han desarrollado todavía un compromiso serio de cambio. En este caso, los sujetos están pensando seriamente en el cambio a lo largo de los próximos seis meses, toman conciencia progresivamente de la existencia de toda una problemática engendrada por su conducta adictiva, y empiezan a plantearse la posibilidad de abandonarla, ya que los aspectos gratificantes que obtiene de ella empiezan a equilibrarse respecto a los aversivos que van, progresivamente, aumentando. Los contempladores se esfuerzan por comprender su adicción, sus causas, sus consecuencias y han considerado la posibilidad de cambiar y su posible tratamiento. Es un período de ambivalencia en el que coexisten sentimientos contradictorios, sobre continuar con la adicción o dejarla, y manifiestan una necesidad importante de hablar de ello. En este estadio, la estrategia de intervención más adecuada es la entrevista motivacional desarrollada por Miller y Rollnick (1991), que consiste en ayudar a los clientes a desarrollar una determinación y un compromiso de cambio.

Las conductas adictivas se caracterizan por una constante ambivalencia y por un conflicto entre la indulgencia y la restricción. Como estrategia de cambio la entrevista motivacional implica escuchar, reconocer y aceptar un amplio rango de

preocupaciones, opiniones, preferencias, creencias, emociones, estilos de vida y motivaciones verbalizadas por el paciente. El estilo terapéutico evita la persuasión basada en la discusión y la confrontación y, por el contrario, asume la validez de las experiencias subjetivas. Con esta técnica de intervención se intenta resolver la ambivalencia y el conflicto de aproximación-evitación (abstancias vs adicción) haciendo que el cliente progrese a través de la rueda de los procesos de cambio. Especificaron cinco principios básicos que hay que tener en cuenta para aplicar la entrevista motivacional. Expresar empatía (como la ambivalencia es la característica más importante de este estadio, es importante que el terapeuta acepte el estado actual, escuchando de forma empática y reflexiva); poner de manifiesto la discrepancia del paciente entre la conducta actual y los objetivos a conseguir para alcanzar una nueva forma de vida; evitar las discusiones y los enfrentamientos, ya que este tipo de técnicas funcionan mejor para incrementar la resistencia del cliente que para incrementar la motivación al cambio; manejar las resistencias, intentando generar nuevas alternativas de cambio que se ajusten mejor a las necesidades terapéuticas de cada individuo; y apoyar la autoeficacia, reforzando diferencialmente aquellos cambios conductuales y cognitivos que se aproximen más al cambio.

Gráfico 3. Estadios de cambio del modelo transteórico de Prochaska y DiClemente.

Saunders, Wilkinson y Allsop (1991) plantearon que para llevar a cabo la entrevista motivacional en el caso de la adicción a la heroína había que considerar los siguientes pasos: Evaluar la percepción del cliente sobre lo que tiene de bueno seguir consumiendo heroína y otras drogas; ayudar al paciente a generar una lista de razones negativas sobre el consumo de drogas; analizar en qué medida el cliente está satisfecho con su estilo de vida actual en comparación con el estilo de vida previo y con el que le gustaría tener en un futuro; comparar y contrastar con el cliente los beneficios y los costes de seguir con la adicción; poner de manifiesto áreas o aspectos de mayor interés para el adicto con el fin de generar discrepancias en relación con la conducta actual; y especificar objetivos futuros que le gustaría alcanzar contrastándolos con su situación actual.

La *Preparación* es el estadio en que los individuos se encuentran preparados para la actuación, normalmente con intenciones de empezar al mes siguiente. Esta situación representa tanto determinación como preparación para iniciar un tratamiento, por lo que se presupone que el individuo realizará un intento serio por cambiar en un futuro inmediato. Previamente se han efectuado ya algunos pequeños pasos dirigidos a la actuación, tales como reducir la frecuencia de la conducta adictiva o haberla intentado dejar durante el año anterior.

La *Actuación* es la etapa en que se produce una modificación manifiesta de la conducta manifiesta y encubierta, con o sin ayuda profesional problemática, así como las condiciones ambientales que la afectan con el objeto de superar la adicción. El estadio de acción requiere el compromiso importante así como una considerable cantidad de tiempo y energía, e implica y representa los cambios conductuales más manifiestos. Los cambios del estadio de acción como la abstinencia, al ser más visibles para las personas cercanas del adicto, conllevan un mayor reconocimiento externo y refuerzo social.

En la etapa de *Mantenimiento*, el individuo intenta consolidar y conservar los logros manifiestos y significativos alcanzados en el estadio anterior y prevenir una posible recaída. Este estadio no consiste pues en una ausencia de cambios sino en una continuación activa del mismo. Se caracteriza por el mantenimiento y generalización de la abstinencia a otras drogas así como la consolidación de un nuevo estilo de vida. Los sujetos ubicados en este estadio pueden tener miedo no sólo de recaer sino incluso del cambio en sí mismo ya que éste puede convertirse en amenazante debido al miedo a la recaída, con lo cual pueden derivar hacia un estilo de

vida excesivamente rígido y estructurado, comportándose como si cualquier cambio de sus nuevas pautas de conducta pudieran implicar una recaída.

Una *recaída* ocurre cuando las estrategias de estabilización y mantenimiento de la abstinencia fallan. En este sentido, la recaída puede producirse en los estadios de acción o mantenimiento. Aun cuando en las versiones iniciales del modelo transteórico la fase de recaída era conceptualizada como un estadio bien definido y diferenciado, en los trabajos posteriores se ha constatado que implica un movimiento a un estadio de pre-acción: contemplación o al de preparación, y en el peor de los casos al de precontemplación. Los individuos que recaen, a no ser que la recaída sea el resultado meditado y planificado de una decisión conscientemente adoptada, pueden enfrentarse a sentimientos de fracaso y desesperanza, así como también de culpa y frustración y, consecuentemente, su sentido de auto-eficacia se ve seriamente afectado (Tejero, Trujols y Casas, 1993). Prochaska y DiClemente (1984)

Con el estadio de *finalización o terminación* Prochaska y DiClemente (1984) han especulado que pondría fin el proceso de cambio. Implica la total extinción de la conducta adictiva y que el mantenimiento del nuevo patrón conductual no supusiera ningún esfuerzo extra de tiempo o energía con relación a cualquier otra conducta del repertorio del ex – adicto. Es decir, cuando se consiguen estabilizar los cambios conductuales mas allá de la fase de mantenimiento se especula sobre un posible estadio de finalización, definido como la no existencia de tentaciones a través de todas las situaciones problema, es decir, la extinción absoluta de la conducta adictiva sin la necesidad de la utilización de procesos de cambio para el mantenimiento de los nuevos patrones de comportamiento. Velicer, Prochaska, Rossi y Snow (1992) definen operacionalmente el estadio de finalización a través de dos criterios: el deseo de consumir la sustancia psicoactiva en cualquier situación es nulo y la confianza o seguridad (autoeficacia) de no consumir la sustancia psicoactiva en cualquier situación es del 100%.

En general, los programas terapéuticos tradicionales han tratado a los clientes como si ya estuvieran preparados para la actuación cuando se han acercado a los servicios asistenciales. DiClemente y Prochaska en un estudio con fumadores observaron que entre un 30-40 % se ubicaban en el estudio de contemplación y entre un 50-60% en el estadio de precontemplación. En España Becoña y cols (1994) encuentran porcentajes superiores en el estadio de precontemplación el 68% e inferiores en el de contemplación el 25% y en preparación el 7%. La utilización de la

evaluación de los estadios de cambio en adictos a opiáceos es en la actualidad limitada (Abellanas y McLellan, 1993; Insenshard 1994; Cusker, C. G., Brown, K., 1996). Nuestros datos en un estudio con una muestra de heroinómanos españoles encontramos el 17.2% de precontempladores, el 70.5% contempladores y el resto en preparación y acción (Albiach, C., Llinares, C., Palau, C. y Santos P., 1996).

2.4.2 - Patrón del cambio en espiral.

Un modelo en espiral es la forma más apropiada de representar cómo cambian la mayoría de personas en el tiempo. Afortunadamente, una gran parte de los clientes que recaen no abandonan su intento, sino que se reciclan a partir del estadio de contemplación y se preparan para una *actuación* posterior. El patrón en espiral indica que la mayoría de los individuos aprenden de sus experiencias de recaída. La mayor parte de los individuos con problemas de conducta adictiva progresan desde la precontemplación a la contemplación y a la actuación y, la mayoría, recaen alguna vez en algún momento del ciclo (Gráfico 4).

La recaída y el proceso a través de las etapas ocurren, frecuentemente, a medida que los individuos intentan modificar o cesar su comportamiento adictivo. Prochaska, DiClemente y Norcross (1992). En general, los programas de tratamiento tradicionales han tratado a todos sus clientes como si ya estuvieran preparados para entrar en el estadio de actuación. Éste es un modelo de cambio en espiral, ya que sugiere que la mayoría de los que recaen, no giran sin parar en círculos y no regresan, completamente, al lugar donde comenzaron. La mayoría de los individuos que entran en acción para modificar la adicción no mantienen sus logros en el primer intento, la recaída y el reciclaje a través de los estadios ocurre con bastante frecuencia. (Prochaska, DiClement, y Norcross, 1992).

El tratamiento de las conductas adictivas avanza suavemente si el cliente y el terapeuta se centran en el mismo estadio de cambio (Prochaska y Prochaska, 1993). Focos de resistencia durante la terapia se presentan cuando el paciente y el terapeuta trabajan en diferentes estadios. Un terapeuta muy directivo y orientado a la acción se encontrará con contempladores que son muy resistentes a la terapia. Desde la perspectiva del cliente, el terapeuta se mueve demasiado rápido.

Gráfico 4. Modelo en espiral de los estadios de cambio (Prochaska, DiClemente, y Norcross, 1992).

Por otra parte, un terapeuta especializado en la contemplación y la comprensión tenderá a considerar al cliente preparado para la actuación, pero que no lo consigue, como resistente a los aspectos de *insight* de la terapia. Desde el punto de vista del cliente, el terapeuta se está moviendo demasiado despacio. Tanto los terapeutas como los clientes pueden estancarse en un estadio de cambio determinado.

2.4.3 – Los procesos de cambio.

Identificados los diferentes estadios de cambio por los que atraviesan los adictos en el curso del cambio, el modelo se plantea qué es lo que hacen estas personas para progresar de un estadio al siguiente. Así como los estadios de cambio representan una dimensión temporal que permite captar cuándo ocurren determinados cambios de intenciones, actitudinales; *los procesos de cambio* posibilitan comprender cómo suceden dichos cambios. Los procesos representan un nivel medio de abstracción entre las presunciones teóricas básicas de un sistema terapéutico y las técnicas propuestas por la teoría. Un proceso de cambio hace referencia a la actividad encubierta o manifiesta iniciada o experimentada por un individuo, que modifica el

efecto, la conducta, las cogniciones o las relaciones interpersonales. Existen diversas actividades de afrontamiento, pero el número de procesos que representan los principios básicos del cambio subyacente a estas actividades es limitado. ¿Qué hacen los individuos para progresar de un estadio al siguiente? ¿Cuáles son los procesos básicos que se utilizan con éxito para finalizar el ciclo del cambio? La existencia de un número limitado de procesos de cambio subyacentes a la progresión a través de los diferentes estadios, independientemente del hecho que dicha progresión se realice sin recurrir a ayuda profesional o mediante su facilitación e, independientemente del modelo o escuela psicológica de intervención a la que se adscriba dicho recurso o técnica terapéutica. A continuación, se presentan los diez procesos de cambio básicos identificados por Prochaska y DiClemente a partir de análisis teóricos y empíricos de las principales escuelas psicoterapéuticas (Prochaska, 1979, 1984 y, Prochaska y DiClemente, 1982, 1984) y de estudios retrospectivos, transversales y longitudinales en el ámbito de las conductas adictivas (DiClemente y Prochaska, 1982, 1985 y, Prochaska y DiClemente, 1983, 1985).

El *aumento de la concienciación* consiste en una intensificación, por parte del adicto, del procesamiento de la información respecto a la problemática asociada a la conducta adictiva y a los beneficios de modificarla. Se trata pues, de un proceso especialmente cognitivo.

El proceso de *auto-reevaluación* consiste tanto en una valoración afectiva y cognitiva, por parte del adicto, del impacto de la conducta adictiva sobre sus valores y su manera de ser, como en un reconocimiento, también efectivo y cognitivo, de la mejoría significativa que representaría para su vida el abandonar las conductas adictivas.

La *reevaluación del entorno* consiste tanto en una valoración por parte del adicto del estado actual de sus relaciones interpersonales, es decir, del impacto de su conducta adictiva sobre su comportamiento interpersonal y sobre las personas más allegadas al propio adicto, como un reconocimiento de las consecuencias positivas respecto a dichas relaciones interpersonales, familiares y de amistad, derivadas de la modificación del hábito adictivo.

El *relieve dramático* consiste en la experimentación y expresión de reacciones emocionales elicítadas por la observación y/o advertencias respecto a los aspectos negativos -esencialmente las consecuencias sobre la salud- asociados a la conducta adictiva.

El proceso de *autoliberación* representa un compromiso personal, un aumento de la capacidad del adicto para decidir y elegir, y requiere la creencia de que uno puede ser un elemento esencial en el proceso de cambio de la conducta adictiva, ya que se posee o se puede adquirir o desarrollar las habilidades necesarias para cambiar.

El proceso de *liberación social* también representa un aumento de la capacidad del adicto para decidir y escoger, propiciado, en este caso, por una toma de conciencia tanto de la representación social de la conducta adictiva como de la voluntad social de combatirla mediante el aumento de alternativas adaptativas disponibles.

El *manejo de contingencias* es una estrategia conductual que aumenta la probabilidad de que una determinada conducta adictiva (no consumir heroína, por ejemplo) relativa al cambio conductual ocurra. Consiste el auto y/o heteroreforzo de la conducta (contratos de contingencias, reforzo cubierto o encubierto, autovigilancia).

Las *relaciones de ayuda* hacen referencia a la existencia y utilización del apoyo social (familia, amigos, terapeutas, etc.) que pueda facilitar el proceso de cambio en la conducta adictiva, por ejemplo el apoyo social, la alianza terapéutica, grupos de autoayuda que permitan abrirse y confiar en otras personas.

El proceso de *contracondicionamiento* consiste, esencialmente, en modificar la respuesta (cognitiva, motora y fisiológica) elicitada por estímulos condicionados a la conducta adictiva u otro tipo de situaciones de riesgo, generando y desarrollando conductas alternativas. Este proceso de cambio, al igual que el siguiente es, esencialmente, conductual.

El *control de estímulos* consiste básicamente en evitar la exposición a situaciones de alto riesgo para consumir. Un ejemplo característico es la reestructuración del ambiente para que la probabilidad de ocurrencia, de un determinado estímulo condicionado a la conducta adictiva se reduzca significativamente.

Estos diez procesos de cambio, en tanto que factores latentes o variables de primer orden, se organizan según un modelo jerárquico con relación a dos factores o variables latentes de segundo orden: los procesos de cambio cognitivos o experienciales (aumento de la concienciación, auto-reevaluación, reevaluación ambiental, relieve dramático y liberación social) y los procesos de cambio

conductuales (autoliberación, manejo de contingencias, relaciones de ayuda, contracondicionamiento y control de estímulos).

2.4.4 - Integración de los estadios y procesos de cambio.

Los estadios y procesos de cambio tienen que situarse en el contexto de los niveles complejos e interrelacionados del comportamiento humano. Uno de los descubrimientos más importantes que surgieron de las investigaciones de autocambio fue que determinados procesos de cambio son enfatizados durante determinados estadios de cambio. (Prochaska, , DiClement, y Norcross, 1992; Prochaska y Prochaska 1993). Durante la etapa de precontemplación, los individuos utilizan ocho procesos menos de cambio que las personas en otras etapas. Los precontempladores procesaban menos información sobre sus problemas, dedicaban menos tiempo y energía a reevaluarse y experimentaban menos reacciones emocionales ante los aspectos negativos de sus problemas. Además, se comunicaban menos con su propio entorno, y hacían poco por atraer la atención del entorno para superar sus problemas.

Los individuos en el estadio de contemplación estaban más abiertos a las técnicas de aumentar la concienciación, confrontaciones e interpretaciones y aceptaban utilizar biblioterapia y otras técnicas educativas. Los contempladores dramatizaban experiencias de alivio, las cuales provocaban emociones que conducían a un descenso del sentimiento negativo si la persona cambiaba. Así pues, los individuos se volvían más conscientes de sí mismos y de la naturaleza de sus problemas, eran más capaces de reevaluar sus valores, problemas y a ellos mismos, tanto efectivamente como cognitivamente. Cuanto más se centraban sus problemas en la auto-identidad, la reevaluación indicaba más alteración del sentimiento del yo. Los contempladores también reevaluaban los efectos que tenían sus comportamientos adictivos sobre el entorno y, especialmente, sobre las personas más cercanas (Prochaska, DiClement, y Norcross, 1992).

El movimiento de precontemplación a contemplación y en el del estadio de contemplación supone un aumento de la evaluación de los procesos de cambio cognitivo y afectivo. Algunos de estos cambios continúan durante la etapa de preparación. Además, individuos en preparación empiezan a dar pequeños pasos hacia la acción. Utilizan contracondicionamiento y control de estímulos para empezar a reducir el uso de sustancias adictivas o para controlar las situaciones en las cuales dependía de tales sustancias (Prochaska, DiClement, y Norcross, 1992).

Estadios de cambio en los que los procesos de cambio se encuentran enfatizados.

<i>Precontemplación Mantenimiento</i>	<i>Contemplación</i>	<i>Preparación</i>	<i>Acción</i>
Aumento de la concienciación Relieve dramático Reevaluación ambiental	Autorreevaluación	Autoliberación	Manejo de contingencias Relaciones de ayuda Contracondicionamiento Control de estímulos

Tabla 2. Integración de estadios y procesos de cambio. (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992).

Durante la etapa de acción, las personas confían en sus niveles de auto-liberación o de fuerza de voluntad. Creían que tenían la autonomía de cambiar los puntos clave de sus vidas.

Una actuación con éxito también trae consigo el uso efectivo de procesos comportamentales como el contracondicionamiento y el control de estímulos, a fin de modificar el estímulo condicionado que, frecuentemente provoca la recaída.

Mediante un diseño transecuencial Prochaska, Velicer, DiClemente, Guadagnoli y Rossi (1991) han identificado que tres de los cinco procesos cognitivo experienciales (Aumento de la concienciación, relieve dramático y reevaluación ambiental) presentan un patrón curvilíneo común (En Tejero y Trujols 1994). Estos tres procesos de cambio son utilizados a unos niveles relativamente bajos durante el estadio de precontemplación, para aumentar significativamente en aquellos adictos que progresan de la contemplación a la acción.

Después de alcanzar su punto máximo en esta transición, los procesos citados disminuyen en su frecuencia de utilización durante los estadios de acción y mantenimiento hasta niveles casi contemplativos. El proceso de cambio autorreevaluación también aumenta de forma significativa en la progresión del estadio

de contemplación al de acción pero este aumento prosigue hasta que los adictos empiezan a progresar hacia un mantenimiento a largo plazo, la utilización del proceso de autorreevaluación disminuye gradualmente hasta niveles precontemplativos. El proceso de liberación social es el único proceso de cambio que no sigue un perfil curvilíneo. Su punto más elevado de utilización se halla en el estadio de precontemplación y disminuye progresivamente entre este estadio y el de mantenimiento. Respecto a los cinco procesos de cambio conductuales todos siguen un patrón curvilíneo común de baja utilización en el estadio de precontemplación, aumento durante el de contemplación y consecución del punto más elevado de utilización en el de acción. El proceso de relaciones de ayuda, no obstante, alcanza su nivel más elevado durante el estadio de contemplación. En lugar de disminuir hasta niveles precontemplativos, tanto el proceso de autoliberación como el de control de estímulos se mantienen relativamente elevados durante todo el estadio de mantenimiento. El proceso de manejo de contingencias alcanza su punto más elevado de utilización en la fase inicial del estadio de acción para disminuir gradualmente durante el de mantenimiento, mientras el proceso de contracondicionamiento permanece elevado incluso durante la fase inicial del estadio de mantenimiento para disminuir ligeramente más adelante, no llegando hasta niveles precontemplativos ni este proceso ni ninguno de los demás procesos conductuales.

2.4.5 - Los niveles de cambio.

El modelo bidimensional que implica los estadios y procesos de cambio de una conducta adictiva tienen que situarse en el contexto de los niveles complejos e interrelacionados del comportamiento humano. La realidad no es tan sencilla y la conducta humana no constituye un proceso tan simple. Aunque podamos identificar y aislar algunas conductas adictivas, la verdad es que éstas se producen en el contexto de unos niveles interrelacionados de la actividad humana y la tercera dimensión esencial del enfoque transteórico incide en este aspecto.

La dimensión de *los niveles de cambio* representan la organización jerárquica, en cinco niveles distintos e interrelacionados, de los problemas psicológicos susceptibles de ser tratados. Estos niveles son: Síntoma / situación, cogniciones desadaptativas, conflictos actuales interpersonales, conflictos de familia / sistemas y conflictos intrapersonales.

Tradicionalmente cada sistema psicoterapéutico ha atribuido los problemas psicológicos a uno o dos de estos niveles centrandose su atención en la resolución de los mismos. Los conductistas se han centrado en los determinantes sintomáticos situacionales; los terapeutas cognitivos en las cogniciones desadaptativas; los terapeutas familiares en el nivel de familia/sistema y los psicoanalistas en los conflictos intrapersonales (Prochaska y Prochaska, 1993). Según el modelo, es preferible intervenir inicialmente en el nivel síntoma/situacional por cuatro motivos principales: a) el cambio tiende a suceder con más facilidad en este nivel más manifiesto y observable; b) este nivel generalmente representa el motivo principal del adicto que acude a tratamiento; c) puesto que este nivel es el más consciente y contemporáneo (mayor profundidad, más lejos de la consciencia y más remotos en el tiempo se hallarán los supuestos determinantes), el grado de inferencia necesaria para una evaluación e intervención clínicas es menor, y d) dado que estos niveles no son independientes, el cambio en uno de ellos probablemente provoca cambios en otros. Cuanto más profundo sea el nivel que se tiene que cambiar, más larga y compleja será la intervención terapéutica y mayor la resistencia por parte del adicto. Los niveles no están separados completamente unos de otros y es probable que el cambio en uno de los niveles produzca un cambio en los otros.

Según el modelo transteórico, un tratamiento global consiste en la aplicación diferencial de los procesos de cambio en cada uno de los cuatro primeros estadios dependiendo del nivel del problema que está siendo tratado. La integración de los niveles con los estadios y procesos de cambio permite la aplicación de un modelo de intervención jerárquica y sistemática en el contexto de un amplio abanico terapéutico. En la tabla 3 se muestra un resumen de la integración de los niveles, de los estadios y de los procesos del cambio.

Tres son las estrategias básicas que pueden utilizarse para intervenir en múltiples niveles de cambio (Prochaska y Prochaska, 1993). La estrategia del *cambio de niveles*. De entrada, la terapia se centrará en los síntomas del paciente y en las situaciones que mantienen estos síntomas. Si los procesos pueden aplicarse eficientemente en el primer nivel y el cliente progresa hacia los siguientes estadios, la terapia podrá completarse sin necesidad de trasladarse a un nivel de análisis más complejo.

Estadios

	Precontemplación	Contemplación	Preparación	Actuación
<i>Niveles de mantenimiento</i>				
Sintomático/ Situacional	Aumento de la concienciación. Alivio por Dramatización Reevaluación Ambiental	Autorreevaluación		
			Autoliberación Manejo de Contingencias Relaciones de ayuda Contracondicionamiento Control de estímulos	
Cogniciones desadaptativas Conflictos interpersonales Conflictos familiares Conflictos intrapersonales				

Tabla 3. Niveles x Estadios x Procesos de cambio (Prochaska y Prochaska, 1993).

Si éste no es eficaz, la terapia tendrá que trasladarse a otros niveles de la secuencia para poder alcanzar el cambio deseado. La segunda estrategia es *el nivel clave*. Si la evidencia disponible apunta a un nivel clave de causalidad del problema y el cliente se compromete a trabajarlo, el terapeuta deberá ocuparse casi exclusivamente de este nivel. La estrategia del *impacto máximo* es la tercera. En algunos casos clínicos complicados, es evidente la implicación de múltiples niveles como causa, efecto o mantenimiento de los problemas. En este supuesto, se crean unas intervenciones encaminadas a tratar múltiples niveles de cambio para conseguir el máximo impacto de una forma sinérgica en lugar de secuencial.

El criterio que se sigue para decidir si se ha alcanzado la superación del problema es que la persona consiga un estado de máxima autoeficacia o de confianza y que las tentaciones sean mínimas al enfrentarse al problema conductual, en todas las situaciones que previamente representaban un riesgo.

2.4.6 - Modelo del equilibrio en la toma de decisiones.

El modelo de toma de decisiones de Janis y Mann (1977) es una de las variables cognitivo-conductuales, susceptible de ser integradas en el modelo transteórico. La motivación al cambio se consideraba una variable importante en el proceso de cambio y era estudiada como un rasgo de personalidad con instrumentos psicométricos de baja calidad. Hasta los inicios de los ochenta no ha comenzado a prevalecer el modelo dinámico de la motivación para el cambio, es decir, la motivación al cambio como un estado (Brownell et al 1986; Miller 1983, 1985; Saunders y Allsop, 1987), y no como un rasgo inevitable asociado al hecho de ser adicto. La ausencia de motivación para el cambio no tiene que ser concebida pues, como un rasgo de personalidad inherente a todo adicto, sino como una característica de estado susceptible de ser modificada mediante la utilización de cierto tipo de intervenciones (Marlatt, 1985; Miller, 1983; Miller y Rollnick, 1991; Trullols, Tejero y Abellanas, 1993).

El modelo transteórico ha operativizado la variable motivación al cambio a partir de la delimitación, igualmente operativa, realizada por Janis y Mann (1977 y Janis, 1987) de los componentes motivacional y cognitivo implicado en todo proceso de toma de decisiones relacionado con el posible cambio conductual concretado, esencialmente, en los beneficios (pros) y costes (contras) para uno mismo y para los demás de las diferentes alternativas conductuales, en nuestro caso abandonar o mantener una conducta adictiva. Janis y Mann, (1977) postulan ocho categorías con relación a la toma de decisiones. 1. Beneficios instrumentales para uno mismo. 2. Beneficios instrumentales para los demás. 3. Aprobación por parte de uno mismo. 4. Aprobación por parte de los demás. 5. Costes instrumentales para uno mismo. 6. Costes para los demás. 7. Desaprobación por parte de uno mismo. 8. Desaprobación por parte de los demás.

Aparentemente, las personas sólo discriminan entre los pros y los contras de una decisión, lo cual facilita las evaluaciones. Los pros y los contras son factores ortogonales o independientes, lo que significa que los individuos puede puntuar alto en uno y bajo en el otro, alto en ambos o bajo en los dos. Los pros y los contras tienen

una gran importancia en los estadios de precontemplación, contemplación y preparación. En el estadio inicial de la precontemplación existen más pros que contras para fumar. A medida que los individuos pasan del estadio de precontemplación a estadios más avanzados, se va estrechando la diferencia entre los pros y los contras hasta acabar invirtiéndose. Sin embargo, durante los estadios de actuación y mantenimiento, el equilibrio de la toma de decisiones tiene menos importancia como predictor de éxito. La relación entre los pros y los contras en los diferentes estadios resulta muy interesante.

El patrón observado a medida que se pasa de un estadio a otro es muy revelador. Durante los estadios finales de preparación y de actuación, los pros van perdiendo importancia. Por su parte, la importancia de los contras aumenta durante la contemplación hasta el punto que se iguala con los pros. En este momento, la toma de decisiones está en equilibrio, lo cual disminuye la probabilidad de que se realice un movimiento en algún sentido. En el estadio de preparación, los contras superan claramente a los pros. Durante la actuación, los contras se mantienen más altos que los pros, pero la importancia de ambos es menor. Finalmente, al lograrse el mantenimiento del cese de la conducta adictiva, la importancia de la relación entre estos factores es menor aunque se mantiene el equilibrio de la toma de decisiones contraria a fumar (Diclemente y Prochaska, 1985)

El Balance decisional también ha demostrado ser un buen predictor del comportamiento futuro de los adictos situados en los estadios iniciales (Velicer, DiClemente, Prochaska y Bradenburg, 1985; Prochaska y Di Clemente, 1986). Es un predictor significativo, del movimiento de los sujetos situados en el estadio de precontemplación. Predice igualmente de forma significativa tanto el retroceso de sujetos del estadio de contemplación hacia el de precontemplación como el progreso del de contemplación al de acción, así como el de permanecer en el estadio de contemplación. No obstante, las escalas de los pros y los contras no mostraron capacidad predictiva respecto al comportamiento futuro de los grupos de adictos situados en los estadios de acción y mantenimiento, posiblemente, debido a que una vez que se ha tomado la decisión de abandonar una conducta adictiva, otras variables determinan el éxito o no del mantenimiento del cambio conductual (Velicer, DiClemente, Prochaska y Bradenburg, 1985).

2.4.7 - Expectativas de autoeficacia.

La teoría del aprendizaje social fue promovida por Bandura (1977) y como teoría del aprendizaje social cognitivo constituye un elemento explicativo muy importante relacionado con el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta humana. Bandura (1986) hace referencia al papel del pensamiento autorreferente en el funcionamiento psicosocial del individuo. El pensamiento autorreferente actúa como intermediario entre el conocimiento y la acción Bandura (1982, 1986) y, define la autoeficacia percibida como los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, sobre la base de las cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado. No hace referencia a los recursos de que se dispongan sino de la opinión que uno tenga sobre lo que se puede hacer con ellos de realizar una determinada conducta necesaria para alcanzar unos resultados determinados.

Cabe diferenciar entre las expectativas de eficacias personal y expectativas de resultado. La *autoeficacia percibida o expectativa de eficacia* es un juicio emitido sobre la propia capacidad para alcanzar un cierto nivel de ejecución y la *expectativa de resultado* se refiere a la percepción personal de las consecuencias más probables que producirá dicha ejecución. El resultado es la consecuencia de un acto, no el acto en sí.

Los juicios sobre la autoeficacia contribuyen y determinan la calidad del funcionamiento psicosocial determinando en parte:

- a) las decisiones que se toman,
- b) la cantidad de esfuerzo que empleara el individuo al enfrentarse a los obstáculos y a las experiencias adversas así como la cantidad de tiempo que persistirá,
- c) sus patrones de pensamiento y las reacciones emocionales desarrolladas durante las interacciones reales o anticipadas con el entorno

La percepción de autoineficacia hace que el individuo se rinda con facilidad ante las dificultades y resultará limitante de sus capacidades. Los que se consideran ineficaces en el afrontamiento de las demandas del ambiente exageran la magnitud de sus deficiencias y de las dificultades potenciales del medio. La autoeficacia percibida también determina el tipo de atribución al buscar soluciones a los problemas. Los muy eficaces tienden a atribuir sus fracasos a una cantidad de esfuerzo insuficiente,

mientras que los que tienen una capacidad similar pero la autoeficacia percibida inferior suelen achacar sus fracasos a una habilidad deficiente (Bandura, 1986)

Las fuentes de información, sobre los niveles de autoeficacia que se poseen son variables y el peso asignado a cada una de ellas varía según el ámbito de actividad en cuestión (Bandura, 1982, 1986). El conocimiento de la propia eficacia, ya sea exacto o no, se basa en cuatro fuentes principales:

- a) Los logros de ejecución constituyen la mayor fuente sobre la eficacia personal ya que se basan en experiencias de dominio real.
- b) La experiencia vicaria viendo o imaginando a otros similares que actúan con éxito.
- c) La persuasión verbal (y otros tipos de influencia social) para inducir en el sujeto la creencia de que pasee la capacidad suficiente.
- d) Los estados físicos en el que se basa, en parte, la información del individuo sobre sus propias capacidades y vulnerabilidades.

Las expectativas de autoeficacia son una medida de estado, es decir, una medida específica para cada interacción personal – conducta en particular, y no una medida de rasgo, generable a diferentes situaciones. Consecuentemente, varían en diversas dimensiones (magnitud, generalidad y fuerza) que tienen importantes implicaciones sobre el rendimiento conductual (Bandura, 1982, 1986). El nivel o magnitud de una expectativa de autoeficacia deriva del grado de dificultad de la conducta respecto a la cual se evalúa dicha expectativa, la cual puede referirse a cursos de acción sencillos, extenderse a otros relativamente difíciles o incluso, a los de más dificultad.

Respecto a la generalidad, algunas clases de experiencias (mantenerse abstinentes en una unidad hospitalaria de desintoxicación, por ejemplo) sólo crean expectativas limitadas de autoeficacia, mientras que otros suscitan un sentido de autoeficacia generalizado a diferentes situaciones. En cuanto a la fuerza, las expectativas de autoeficacia débiles serán fácilmente modificadas cuando uno se enfrenta a experiencias disconfirmadoras, mientras que los individuos que poseen fuertes expectativas de autoeficacia, perseverarán en sus conductas de afrontamiento a pesar de las experiencias disuasorias.

La fluctuación de los niveles de autoeficacia a través de los diferentes estadios de cambio resulta manifiesta (DiClemente, 1986, DiClemente, Prochaska y Gibertini, 1985, Prochaska y DiClemente, 1986). Los niveles de autoeficacia

permanecen consistentemente bajos durante los estadios de precontemplación y contemplación, aumentan sustancialmente cuando pasa al estadio de actuación, y alcanza su techo durante el estadio de mantenimiento. La evaluación de la eficacia tiene una implicación distinta en los primeros estadios de cambio cuando los individuos aún no se han comprometido a actuar y no reciben el *feedback* de la modificación para aplicarlo a su autoevaluación. En el caso de los *precontempladores* es difícil interpretar la eficacia en la abstinencia. Puntuaciones bajas en autoeficacia en este grupo pueden representar una combinación de percepción de su capacidad y de su falta de deseo.

Aún cuando los niveles de autoeficacia discriminan fiablemente los diferentes estadios de cambio (DiClemente, Prochaska y Gibertini, 1985, Prochaska, Velicer, DiClemente, Guadagnoli y Rossi, 1991), su principal interés no radica en la clasificación sino en la predicción de los movimientos entre los estadios. Los niveles de autoeficacia demuestran ser capaces de predecir los cambios de dos de los grupos de adictos más variables: los estadios de contemplación y acción (DiClemente, Prochaska y Gibertini, 1985). Las puntuaciones medias de los niveles de autoeficacia evaluados inicialmente en un grupo de contempladores discriminaban significativamente los adictos que seguían en el estadio de contemplación de aquellos que pasaban a la acción. Respecto a los adictos inicialmente situados en el estadio de acción, los niveles de autoeficacia diferenciaban significativamente a los sujetos que mantendrían la abstinencia de aquellos que recaerían.

3 - METODOLOGIA.

Estudiar el cambio en las conductas adictivas a finales del milenio no constituye, en absoluto, una actividad novedosa aunque sí atrayente, cuando no fascinante para las personas que seguimos de cerca estos procesos. Al igual que todas las problemáticas que hunden sus raíces en la sociedad, las drogodependencias constituyen un fenómeno complejo, con múltiples factores interrelacionados, referidos tanto al individuo como a su entorno social, más o menos, inmediato.

Aún asumiendo que los mecanismos de adicción son similares, independientemente del tipo de sustancia (y en las adicciones no químicas), resulta evidente que existen connotaciones de índole psicosocial que van a verse influidas de diferente manera si la sustancia es legal o ilegal o, que el nivel de deterioro físico y psíquico no se producirá de la misma manera en las adicciones no químicas.

Entendiendo el cambio, en general y en adicciones en particular, como un proceso, superando la concepción del cambio como un suceso dicotómico en el que se pasaba de un uso continuado de una sustancia psicoactiva a un estado permanente de abstinencia. Mucho se ha estudiado en las últimas décadas en torno a variables y factores de todo tipo (relativos a las sustancias, sociambientales, personales, al tratamiento o post tratamiento, etc.) que tratan de explicar y predecir, por qué existen unos sujetos que tras un periodo de dependencia a la heroína consiguen cambiar el curso de sus vidas abandonando el uso de drogas y otros, en situaciones similares, no lo consiguen.

Desde la década de los ochenta, se han llevado a cabo en España un considerable número de estudios de seguimiento de toxicómanos (Funes y Romaní, 1985; Guardia, Masip, Viladrich, 1987; Sánchez-Carbonell, Camí, y Brigós, 1988, 1989; Marina, Vazquez- Barquero, Jimenez, 1996) los cuales aportan conocimientos en torno a la evolución de personas con problemas de heroínomanía en nuestro medio. Existían investigaciones similares en otros países (Stimson, Oppenheimer, Thorley, 1978; Stimson, Oppenheimer, 1982; Hubbard, Rachal, Craddock, Cavanaugh, 1984; Haastrup, Jepsen, 1988). Estos estudios tratan de conocer las características y la evolución de los heroínómanos: detectar diferencias, definir tipologías, etc.; obtener información sistematizada sobre *la* situación tras un programa de tratamiento; analizar o evaluar los impactos y/o la percepción de los

tratamientos, identificar variables de buen pronóstico a partir de los sujetos abstinentes, etc. Con todos ellos, se estudian las características sociodemográficas y del consumo de drogas, los problemas legales y de salud, la mortalidad, y la abstinencia. Estudios con metodología cualitativa sobre la recuperación de la adicción a la heroína a través de historias de toxicómanos (Funes y Romaní, 1985; Long y Vaughn, 1999; Hanninen y Koski-Jannes, 1999).

Es un hecho que, el número de personas que consigue deshacerse de su adicción a la heroína (con o sin tratamiento) y normalizar su vida es escaso. No obstante, no es menos cierto que muchos consiguen permanecer abstinentes. Las tasas de abstinencia varían en los diferentes estudios en función del corte temporal en que se hace el seguimiento, los programas de tratamiento, los criterios de evaluación etc. Sí encontramos consenso en que con la abstinencia mejora la salud, la situación socio-laboral y familiar y se reducen los problemas legales. En los estudios longitudinales, en los que se evalúan en diferentes momentos temporales, conviene que se produce una tendencia gradual y estable a la abstinencia y/o a la retención en los tratamientos hasta concluirlos. Es decir, las probabilidades de recaída disminuyen a medida que se consolida la abstinencia. En el estudio de Stimson, Oppenheimer (1982) de los cuarenta sujetos (38%) que se mantuvieron abstinentes durante nueve o más meses, se mantuvieron abstinentes a los siete años del tratamiento y sólo dos recayeron a los diez años.

En general, los estudios de seguimiento hacen hincapié en la necesidad de adaptar los tratamientos a las necesidades, capacidades y deseos de cambio. “No todo vale para todos”, y reconocer que los tratamientos no exitosos no son responsabilidad exclusiva del cliente. La evaluación psíquica y la identificación del estadio de cambio constituyen las dos variables esenciales para la identificación de la indicación terapéutica. Se descartan los beneficios de los tratamientos basados en la disciplina moral. Se aboga por la utilidad de los programas de objetivos intermedios para la reducción de daños derivados del consumo. El foco de las intervenciones se ha desplazado de la abstinencia al individuo y a su realidad personal y social.

3.1 - Objetivos concretos e interés de los mismos.

Nos interesa profundizar en el conocimiento de los factores intervinientes en el proceso de cambio en la adicción a la heroína (personales y sociales; previos

durante y tras el periodo activo de uso), que nos permitan obtener información relevante con el objeto de colaborar en la optimización de la eficacia de los recursos destinados a las estrategias preventivas, las estructuras de apoyo social y los programas de tratamiento.

Obtendremos la información, en torno al proceso de cambio para la superación de la adicción a la heroína, a partir de las aportaciones de sujetos que se han hallado inmersos en problemas de dependencia que han conseguido superarlos y a través de los profesionales de la psicología que trabajan en el campo de la asistencia a toxicómanos. De nuestros interlocutores nos interesa, no lo que creen y piensan, sino lo que saben porque lo han vivido directamente.

Se trata de acotar y de sistematizar su saber, adquirido a través de su experiencia vital y profesional en el campo las drogodependencias, con relación a los diferentes cambios que tienen que lograr los sujetos con dependencia a la heroína, así como los cambios que son pertinentes y que se efectúan en el entorno y la interacción de los mismos para que, finalmente, consigan cambiar su estilo de vida y mantenerlo.

3.1.1 - Objetivos generales.

- 1 - Tratar de aprehender los factores psicosociales que intervienen tanto en los procesos de adicción, como en los de cambio en el estilo de vida en la heroínomanía.
- 2 - Profundizar en el conocimiento de la forma en que inciden los elementos psicológicos, terapéuticos y del entorno en el proceso de rehabilitación de la dependencia a la heroína.

3.1.2 - Objetivos específicos.

- 1 - Estudiar los factores psicosociales asociados a la dependencia a la heroína.
- 2 - Tratar de identificar los aspectos personales intervinientes en el abandono del uso de opiáceos.
- 3 - Profundización en el conocimiento del proceso de rehabilitación, que nos permita obtener una aproximación a la realidad psicosocial del cambio conductual.

- 4- Estudiar el proceso de cambio en la adicción a la heroína a través de las aportaciones de un grupo de profesionales y de toxicómanos rehabilitados con una visión propia de fenómeno.
- 5- Conocer los elementos que inciden en el mantenimiento de la abstinencia y el cambio de estilo de vida.
- 6 - Profundizar en el estudio de las variables del tratamiento que puedan influir en el cambio.
- 7 - Incidir en el estudio de las variables del entorno, como las relaciones de apoyo social y familiar como mediadoras en la consolidación del cambio.
- 8 - Estudiar el funcionamiento de los procesos de cambio que movilizan y hacen mantener al individuo en su proyecto de rehabilitación.

3. 2 - Instrumentos utilizados.

Vamos a explorar los campos relativos a los heroinómanos que cambian el estilo de vida y terapeutas con ejercicio profesional en el campo de las drogodependencias. La búsqueda de las concomitancias y de las diferencias en lo que se informa en cada relato, en las circunstancias y razones que se aducen, puede servirnos para obtener respuesta a algunas incógnitas y para poder plantear propuestas de intervención y nuevas líneas de investigación.

Hemos considerado la metodología cualitativa la más adecuada para la consecución de los objetivos propuestos ya que con estas técnicas obtenemos datos descriptivos, basados en las propias palabras de las personas, con las que trataremos de obtener una comprensión detallada en torno al proceso de rehabilitación de la dependencia a la heroína, desde la perspectiva de los participantes. Las técnicas cualitativas, nos posibilitan un proceso de comunicación real y una riqueza viva del intercambio simbólico que nos permite una recuperación de la subjetividad real y de las relaciones sociales (Marina y Santamarina, 1993). Todo esto no sería posible a partir de un estudio de opinión con metodología cuantitativa, donde el acotamiento restringido de los temas propuestos sometidos a consideración incide en las posibles respuestas.

Concretamente, como nos interesa el punto de vista de los propios actores, vamos a utilizar: relatos de vida (life story) en el caso de los ex – heroinómanos y entrevistas en profundidad con los profesionales. Los relatos de vida hacen referencia

al análisis de las historias de vida tal como son narradas por las personas que las han vivido. Presenta la visión de la vida en palabras del protagonista. Se trata de aprehender las experiencias destacadas de la vida de una persona y las definiciones que la persona aplica a través de tales experiencias. (Taylor y Bogdan, 1986). Como señala Thompson (1977) el método de los relatos de vida se basa en la combinación de preguntar y explorar dentro de un contexto de diálogo con los informantes y el objeto de este diálogo es llegar a conocer tanto lo previsto como lo no previsto. Encontramos un subrayado esencial de Thomas y Znanircki (1958): El análisis de las historias de vida no se dirige de forma primaria a las particularidades individuales sino que persigue rescatar los elementos generales o generalizables que aquellos contienen.

Intentamos basarnos en relatos de vida, en torno a situaciones especiales alejadas de la vida cotidiana, como es el caso de personas que durante un periodo de sus vidas se han hallado inmersas en el mundo marginal, cuando no excluido de la toxicomanía.

La *entrevista en profundidad* tal como señala Alonso (1990) es una conversación entre dos personas (un entrevistador y un informante) dirigida y registrada por el entrevistador con el objeto de favorecer la producción de un discurso *conversacional, continuo y con una cierta línea argumental* del entrevistado sobre un tema previamente definido en el marco de la investigación. La subjetividad del producto de la información generada en la entrevista es su principal característica y su principal limitación ya que entendemos lo relatado como el conjunto de representaciones asociadas a los acontecimientos vividos por los informantes. La entrevista se orienta al aprendizaje sobre acontecimientos y actividades que no se pueden observar directamente y en el que los interlocutores son observadores e informantes en la investigación (Taylor y Bogdan 1986).

En la entrevista, se expresa un “yo” que tiene poco que ver con el “yo” como realidad objetiva, sino con un “yo narrativo” que cuenta historia en el que se incluye un bosquejo del “yo” como parte de la historia, típico de la perspectiva constructivista. La entrevista es útil para obtener información en torno a cómo los sujetos actúan y reconstruyen el sistema de representaciones sociales en sus prácticas individuales (Alonso, 1990). La entrevista en profundidad se sitúa en un punto intermedio entre el campo puro de la conducta y el de la lingüística (ni en el orden del hacer ni en el orden del decir) y es ahí donde encuentra su verdadero sentido metodológico.

3.3 – Método.

Toda la información - tanto de las entrevistas como de los relatos de vida- la obtendremos de forma oral a través de grabaciones. La muestra de nuestro estudio, en lo referente a los relatos de vida, va a estar formada por cinco sujetos que en el momento de la entrevista estén más de tres años rehabilitados (abstinentes del uso de heroína y con un cambio evidente en su estilo de vida); y la entrevistas en profundidad se realizarán a cinco profesionales del campo del tratamiento en drogodependencias que estén trabajando en la actualidad en este campo y con una experiencia superior a cuatro años.

Dentro de las técnicas que vamos a emplear, consideramos al interlocutor como un informante y nos interesa lo que sabe porque lo ha vivido directamente. Se adoptará por parte del investigador una actitud de escucha activa tendente a facilitar la exploración de las vivencias por parte de los informantes. Se fomentará la emergencia de un discurso abierto y la libertad de expresión, tanto en los relatos de vida como en las entrevistas en profundidad. La clasificación y la reorganización del material la realizaremos siguiendo el modelo mixto propuesto por Deslauriers (1985), en el que una parte de las categorías son preexistentes en el inicio del análisis del contenido (en ambos métodos elaboraremos un guión de temas objeto de estudio que utilizaremos como guía para no dejarnos sin indagar aspectos de posible interés), pero sin cerrar la posibilidad de ir incorporando nuevas categorías y reemplazando o modificando las prefijadas.

El análisis minucioso de todo el material recogido se hará inmediatamente después de la transcripción, lo cual nos permitirá ir acumulando conocimiento a medida que vamos desarrollando el estudio. Todos los participantes se les facilitó copias de las transcripciones por si desean añadir, cambiar o matizar algo de lo manifestado, excepto a las dos mujeres de los relatos de vida que no quisieron la transcripción.

3.3.1 Esquema de las entrevistas en profundidad.

En un primer momento lanzamos una pregunta amplia. ¿Desde tu punto de vista, como profesional de la psicología que ha tenido contacto directo y has acompañado a algunos heroinómanos en su proceso de rehabilitación, podrías decirme: qué hace posible, qué es necesario y cómo una persona dependiente de la

heroína, consigue deshacerse, mantenerse abstinentes y cambiar su estilo de vida? Durante los encuentros tratamos que se aborden los siguientes temas que consideramos de interés, ya sea de forma espontánea o preguntando sobre los mismos. La segunda entrevista nos sirve para las aclaraciones, tanto del entrevistador como del entrevistado y para profundizar en los temas abordados o plantear nuevos si se quedaron en el tintero a pesar del guión. Los aspectos a indagar los hemos dividido en personales y ambientales.

Personales:

- Motivación o deseos de cambio.
- Sensación de autoeficacia,
- Autoestima.
- Personalidad.
- Otros.

Ambientales:

- La familia.
- Apoyo social.
- La red asistencial.
- Tipos de tratamiento.
- El grupo de iguales.
- La reinserción social.
- Otros.

3.3.2 – Esquema para los relatos de vida.

El guión para hacer las historias de vida lo hemos realizado a partir de los resultados obtenidos en las entrevistas en profundidad a los profesionales y de los conocimientos acumulados a través de otros estudios.

Etapas anteriores al consumo:

- Crianza.
- Escolarización:
- Familia.
- Grupo de iguales.
- Situación emocional.

El inicio en el uso de heroína:

Situación emocional.

Situación social:

Familiar.

Grupo de iguales.

Escolarización.

Motivos de inicio.

Edad y circunstancias del inicio.

Consumo previo de otras drogas.

Etapas de consumo abusivo:

Periodo de uso habitual.

Experiencias.

Policonsumo.

Circunstancias o acontecimientos.

Intentos de abandono o tratamiento.

Situación emocional.

Tratamientos:

Número de tratamientos.

Tipo de tratamientos.

Motivación al tratamiento.

Situación emocional.

Consecución de periodos de abstinencia.

Experiencia en los servicios asistenciales.

Experiencia con los profesionales.

Dificultades del proceso.

Apoyos obtenidos.

Inserción social:

Dificultades del proceso.

Apoyos obtenidos.

Refuerzos obtenidos

Ganancias del cambio.

Habilidades alcanzadas.

El afrontamiento al estrés.

Estilo de vida.

3.4 - Plan de trabajo.

Con el propósito de definir tareas concretas hemos establecido un plan de actuaciones que nos permita conseguir los objetivos planteados. Este plan de trabajo lo hemos formulado en cuatro fases con actuaciones diferenciadas:

FASE EXPLORATIVA (Introducción y preparación instrumental)

FASE DESCRIPTIVA (Seguimiento y captación de la muestra)

FASE ANALÍTICA (Evaluación y análisis)

FASE SINTÉTICA (Resultados y conclusiones)

3.4.1 - Fase exploratoria.

Durante esta primera fase, que iniciamos en Octubre de 1996, entramos en contacto con el objeto básico de nuestra investigación: Los aspectos psicosociales vinculados a la dependencia a la heroína y al proceso de rehabilitación. Partimos de la implicación personal del investigador en el campo de acción objeto de nuestro estudio, a través de varios años de ejercicio profesional en el ámbito asistencial, dentro de la red pública de atención a drogodependientes.

Realizamos un primer acercamiento bibliográfico general al ámbito de las drogodependencias vinculado con la acción comunitaria, así como a los estudios referentes a los aspectos, tanto personales como psicosociales intervinientes en los procesos de cambio de estilo de vida en sujetos adictos a la heroína. Al mismo tiempo, entramos en contacto y profundizamos en el conocimiento y utilización de la metodología cualitativa, concretamente en las técnicas que vamos a utilizar en esta investigación: los relatos de vida y las entrevistas en profundidad.

Hemos ido estableciendo los contactos pertinentes al objeto de confeccionar la muestra de nuestro estudio a través de contactos, tanto con profesionales como con heroinómanos rehabilitados que nos permitan acceder a los sujetos de nuestro estudio.

3.4.2 - Fase descriptiva.

En esta segunda fase hemos delimitado el campo de acción que se ciñe al ámbito de la rehabilitación de la dependencia a la heroína. Una vez delimitado del campo de acción y hecho el estudio bibliográfico previo procederemos a la selección

de la muestra de nuestra investigación, que tiene que reunir las siguientes características: los participantes en los relatos de vida tienen que ser personas con implicación personal en este campo, es decir, que hayan vivido un proceso de dependencia a la heroína y hayan podido superarla de alguna manera, concretamente, que estén más de tres años abstinentes del consumo de opiáceos y que hayan cambiado su estilo de vida y las entrevistas en profundidad se realizarán a profesionales con experiencia y ejercicio profesional en el campo de la intervención en drogodependencias que puedan aportar su experiencia, tanto teórica como práctica en el proceso de rehabilitación.

La forma de contactar con los sujetos, que formarán parte de nuestro estudio, será a partir de los contactos del investigador con otros profesionales del campo de la asistencia tanto como sujetos de la muestra como porteros para entrar en contacto con heroinómanos rehabilitados y a través de los que conoce el investigador por su trabajo. Se tratará de potenciar que los mismos entrevistados nos vayan sirviendo de puente para contactar con otras personas que reúnan las mismas circunstancias que ellos.

3.4.3 - Fase analítica.

En esta tercera fase desarrollaremos el cuerpo fundamental de recopilación de la información, presentación y análisis inicial. La obtención de la información en todos los casos (relatos de vida y entrevistas en profundidad) será de forma oral, por lo que se grabarán por medio de cintas magnetofónicas para, posteriormente, transcribirlas y analizarlas. Cuando se haga la transcripción dejaremos amplios márgenes que nos permitan desarrollar dos columnas de comentarios al texto analizado, de esta manera, pretendemos ir distinguiendo los temas que van emergiendo en el conjunto de la información obtenida, su importancia relativa y la posible relación entre sí.

En primer lugar realizaremos las entrevistas con detenimiento a los profesionales lo cual nos permita obtener la visión de los profesionales, a continuación las historias de vida de los sujetos que han vivido directamente la problemática y el proceso de rehabilitación. El análisis se realizará, a partir de una lectura atenta de la información obtenida nada más finalizar la transcripción, al objeto de ir acumulando el conocimiento que nos posibilite la obtención de la saturación. Con el análisis minucioso de los relatos trataremos de identificar los temas emergentes y sus interrelaciones.

3.4.4 - Fase sintética.

Algunas actividades de esta fase se solaparán con las de la fase anterior. Pretendemos conocer los bloques temáticos que surgen de la información obtenida, distinguiendo el contenido analítico de cada uno de ellos a partir de la experiencia compartida por nuestros informantes. Una vez identificados los distintos bloques temáticos, desarrollaremos una visión analítica de la información buscando los temas emergentes y las relaciones entre sus diferentes componentes. Una vez acotados los temas, hemos procedido al recorte y posterior pegado para obtener una continuidad temática que nos facilite el análisis. Tras el análisis minucioso de la información obtenida con los diferentes procedimientos procederemos a la síntesis de la misma que nos permita pasar de los aspectos particulares a los más generales que nos permitan delimitar los factores intervinientes en el proceso de cambio en la rehabilitación y, especialmente, cómo funcionan e interactúan con el individuo y su medio social posibilitando el cambio personal.

3.5 - Participantes.

En lo relativo a **las entrevistas en profundidad** hemos considerado que los participantes en la investigación tenían que reunir las siguientes características:

- Ser profesionales de la psicología con contrastada experiencia y formación en el ámbito de la intervención en drogodependencias. Más de cuatro años de experiencia profesional en el campo de la heroínomania.
- El ejercicio profesional tenía que ser mayoritariamente en la red asistencial pública o subvencionada de la Generalitat Valenciana y estar en el momento de realizarse las entrevistas trabajando para la administración pública.
- **Profesional 1.** Psicóloga. Licenciada por la Universitat de València en 1980, y ejercicio profesional en el ámbito de las drogodependencias desde 1989.
- **Profesional 2.** Psicólogo. Licenciado por la Universitat de València en 1983 y ejercicio profesional en el campo de las adicciones desde 1984.
- **Profesional 3.** Psicóloga. Licenciada por la Universidad de Madrid en 1975 y ejercicio profesional en drogodependencias desde 1991.

- Profesional 4.** Psicólogo. Licenciado en 1990 por la Universitat de València. Experiencia profesional en este campo desde 1991.
- **Profesional 5.** Psicólogo. Licenciado por la Universitat de València en 1984. Experiencia profesional en toxicomanías desde 1986.

Mi ejercicio profesional como psicóloga (desde 1990) en el campo de las drogodependencias ha hecho relativamente fácil el acceso a los profesionales. Como hemos señalado anteriormente, la selección se ha hecho en función de la experiencia y de estar trabajando en la red asistencial pública. Destacar que todos los colegas a los que les solicitamos su colaboración para nuestra investigación se mostraron dispuestos a hacerlo y son los que componen la muestra.

Al objeto de evitar sesgos interpretativos, hemos rechazado la posibilidad de obtener relatos de vida de clientes de la investigadora. Los participantes en los **relatos de vida** tienen que reunir las siguientes características:

- Sujetos cuya adicción fundamental es la heroína, independientemente que existiera politoxicomanía previa o recurrente.
- Más de tres años de abstinencia que se evidenciaran a través de un evidente cambio de estilo de vida. En un primer momento planteábamos más de dos años pero un profesional nos sugirió que sería mejor más de tres para que el cambio estuviese más consolidado.
 - Abandono de la heroína por diferentes medios, con o sin tratamiento.
 - Que no estuvieran vinculados a ningún tipo de actividad relacionada con la heroínomanía, ya sea como voluntarios o profesionalmente (Ver Tabla 3). Para establecer el medio social hemos utilizado los criterios propuestos por Funes y Romani (1985). Establecen cinco tipos de medio social teniendo en cuenta el nivel sociocultural, los recursos educativos culturales, etc.

Tipo A. Caracterizado por una presencia máxima de los siguientes factores:

- Buen nivel económico.
- Padres con actividades liberales, creativas o técnicas muy cualificadas.
- Facilidad familiar de acceso a la enseñanza superior y/o a formaciones creativas (música, pintura, teatro y similares, etc.).

- Residencia en zonas urbanas de alto "standing" o en barrios urbanos tradicionales sin conflicto social ni económico a destacar.
- Población que habitualmente tiene consumos culturales amplios y diversos (cine, teatro, lectura de libros y diarios, conferencias exposiciones, etc.)

Tipo E. Caracterizado por la máxima presencia de los siguientes factores:

- Situación económica con déficits crónicos, de los que se derivan épocas y áreas de necesidades para la subsistencia cotidiana.
- Padre sin ninguna cualificación cultural ni laboral, sometido a pésimos salarios, paro, larga enfermedad y similares.
- Madre dedicada a sus labores en ambiente familiar difícil o a tareas domésticas eventuales en otras casas.
 - Expectativas de estudio y formación nunca superiores a E.G.B: o en todo caso al inicio de la F.P. 1º. Siempre con una alta probabilidad de que, dadas las circunstancias de las instituciones escolares a las que acuden, el conflicto o el abandono de la escuela estén a la orden del día.
- Residencias en ghettos urbanos, barrios antiguos muy degradados o las zonas más complejas de los polígonos y ciudades satélites periféricas.
- Presencia habitual, en su mundo cotidiano, con las instancias de control social (justicia, policía, etc.)

En una gradación descendente, señalan como medio social tipo B aquel en el que se da una presencia en menor grado, o una presencia parcial de la mayoría de factores del tipo A. Denominan como tipo D al opuesto a aquel en que se da un menor grado o una presencia parcial de la mayoría de factores del tipo E.

TIPO C. Constituye un tipo intermedio, en parte indefinible, en el que se daba la presencia de una mezcla de factores no especialmente dominantes de los dos bloques opuestos (A – B y E – D).

En este punto, tenemos que poner de manifiesto que el acceso a los participantes toxicómanos rehabilitados ha sido complicado. Solicitamos a los profesionales si nos podían poner en contacto con clientes que reunieran las características anteriormente descritas. Nos hemos encontrado con muchos casos que no han querido participar en la investigación cuando se lo han propuesto los profesionales o a la entrevistadora cuando se les ha propuesto ("no quiero remover la mierda").

A los profesionales les ha resultado difícil contactar con los clientes que consiguieron rehabilitarse y que están desvinculados de la red por alta terapéutica. Resulta evidente que quienes logran desengancharse (deshacerse de la droga) se les pierde el rastro fácilmente: no acuden a los centros, cambian de domicilio y no se acuerdan de comunicarlo, o simplemente se niegan a que se les vincule a su pasado aunque sólo sea en forma de dígito. De alguna forma, quieren romper con todo lo que les vincula a su pasado.

3.6 - El marco.

El número de encuentros totales para recoger los **relatos de vida** han sido once y se han desarrollado de la siguiente manera: cinco en el domicilio de los entrevistados, dos en su puesto de trabajo, dos en un despacho y otros dos en mi domicilio. El tiempo que tenemos grabado de cada relato de vida es superior en todos los casos a una hora (siendo el más largo cercano a las dos horas), excepto en el caso que tenemos una parte escrita que es de cuarenta minutos.

El espacio físico donde se han realizado las **entrevistas en profundidad** ha ido variando en función de las personas interesadas y siempre se han realizado en espacios propios de los entrevistados: despachos, domicilios y, en un caso en una cafetería tranquila. El número de entrevistas en profundidad realizadas han sido diez, siendo la más corta de 22 minutos y la más larga de 60 minutos. El global del tiempo dedicado a entrevistar a cada profesional a oscilado entre una hora y una hora y 25 minutos.

4 - RESULTADOS.

4.1 - Análisis de las entrevistas en profundidad.

A través de las entrevistas en profundidad a los profesionales de la psicología que trabajan en el campo de la asistencia a toxicómanos, hemos podido obtener la información en torno a su conocimiento del proceso de cambio para la superación de la adicción a la heroína. Se trata de acotar y de sistematizar su saber, adquirido a través de su experiencia profesional en el campo del tratamiento psicológico de las drogodependencias, con relación a los diferentes cambios que tienen que lograr los sujetos con dependencia a la heroína, así como los cambios que son pertinentes y que se efectúan en el entorno para que, finalmente consigan cambiar su estilo de vida y mantenerlo. Las valiosas aportaciones de nuestros interlocutores, nos han puesto de manifiesto que los aspectos intervinientes en el proceso de superación de la dependencia no son, en absoluto, ni sencillos, ni fáciles de acotar. Como todos los fenómenos psicosociales las drogodependencias constituyen un fenómeno complejo, con múltiples factores interrelacionados, referidos tanto al individuo como a su entorno social, más o menos, inmediato.

En el guión semiestructurado hemos recogido todos los aspectos del proceso que queríamos estudiar, para asegurarnos que se iban a abordar durante las entrevistas. No obstante, la entrevista no estaba acotada al guión sino que se ha desarrollado a través de preguntas abiertas y se ha fomentado que pudieran surgir otros aspectos significativos no previstos por iniciativa de los profesionales. No partimos de una concepción del cambio que coincide en el tiempo y el espacio con el programa terapéutico, sino que se hace referencia a una serie de fases o etapas que abarcan todo el proceso de cambio, incluidos los periodos en que el sujeto no se halla en tratamiento. El cambio iría: desde el momento en que el sujeto comienza a darse cuenta que tiene un problema, hasta que finalmente consigue resolverlo. Desde esta concepción procesual del cambio, la consecución de la abstinencia no constituye el primer y único objetivo a alcanzar en el campo de las drogodependencias, por lo tanto nos encontraremos con cambios previos al programa de tratamiento que irán preparando para la abstinencia y otras metas que se alcanzarán posteriormente, al menos, tan importantes como ésta.

En la información aportada por los profesionales entrevistados hacen referencia a aspectos tanto personales como socioambientales implicados en el proceso de cambio así como su nivel de implicación en el mismo y la forma en que interactúan. A medida que desarrollamos los temas emergentes, la información la vamos a organizar en torno a tres grandes áreas, al objeto de facilitar la comprensión del proceso de cambio en la adicción a la heroína: por una parte, los factores relativos a los sujetos y a sus propios recursos, por otra los factores relacionados con las diferentes estructuras de apoyo social y los relativos a los efectos de las sustancias. En el análisis de los aspectos psicosociales que pueden participar, en uno u otro sentido, en el proceso de superación de la adicción a la heroína, vamos a contemplar simultáneamente: las fuentes de apoyo, las circunstancias estresantes, las situaciones en que tiene lugar el proceso y los propios recursos del sujeto.

4.1.1 - Factores intervinientes relativos a los sujetos.

En este punto vamos adentrarnos a partir de las aportaciones de los profesionales entrevistados, en el análisis de los factores personales intervinientes en el proceso de cambio, tal como lo hemos definido anteriormente. Vamos a profundizar, no sólo en la identificación de esos factores, sino también en la manera en que interactúan, en su nivel de participación y en su funcionamiento dentro de la dinámica del cambio. En la estructura de la presentación de los resultados relativos a variables del sujeto, vamos a diferenciar: por una parte, los aspectos tipo estado susceptibles a la modificación o reestructuración y, por otro, aquellos muy arraigados o tipo rasgo más difíciles de modificar.

4.1.1.1 - La motivación al cambio.

Una variable de primer orden, dentro los aspectos personales susceptibles de ser modificados, es la motivación al cambio. Parten de una concepción dinámica de ésta, al entenderla como una característica de estado susceptible de cambio. No obstante, anteriormente mantenía su hegemonía el modelo estático y se concebía la motivación para el cambio como un rasgo y, la ausencia de motivación constituía un rasgo de personalidad inherente a todo adicto. Nuestros interlocutores conciben la motivación al cambio como un estado disposicional del sujeto para alcanzar el cambio terapéutico y en algunos casos se hace una mención expresa que, a pesar de que existen muchos puntos de intersección entre motivación al tratamiento y motivación al

cambio, es interesante discriminar entre ambas. La motivación para un tratamiento viene determinado por la percepción que el adicto tiene hacia ese tratamiento, mientras que la motivación para el cambio vendría a ser el compromiso o la determinación de abandonar la conducta adictiva.

La motivación al cambio no es entendida como una categoría discreta, sino que está constituida por fases que van a favorecer o dificultar la puesta en marcha del sujeto tendente al cambio de su estilo de vida problemática. En esta línea, consideran que la primera condición que tiene que darse para que el sujeto pueda llegar al estado disposicional de cambio, sería el darse cuenta de que el problema existe y que éste se halla asociado a la conducta de consumo abusivo de sustancias. Si este cambio, eminentemente cognitivo no se inicia resulta muy difícil que se pueda iniciar una intervención terapéutica exitosa, al menos, tendente a la abstinencia. El asumir que se tiene un problema constituye un factor determinante para estar dispuesto a iniciar cualquier cambio, como en nuestro caso es: el abandono del uso de drogas y el cambio de estilo de vida.

A l'hora d'analitzar i d'indagar veus que no tenen consciència del problema i la majoria d'ells pensen que s'ho deixaran que s'ho poden deixar quan volen" (···)"Que vinguen en un nivell de conscienciació del seu problema.

Entrevista 5. Profesional 3.

No obstante, es cierto que, en muchas ocasiones, los sujetos con adicción a drogas cuando "son traídos" a los Centros Asistenciales, realmente no perciben ningún tipo de problemas y están disfrutando del refuerzo positivo contingente al consumo. En estos casos, el impacto de la conducta adictiva sobre sus relaciones interpersonales, sobre su manera de ser y sobre las personas más allegadas son todavía escasas. No han comenzado a sufrir las consecuencias aversivas del uso de heroína; bien porque hace poco tiempo que se han iniciado en el consumo o bien porque tienen ingresos suficientes para costear el gasto. En estos estados, cualquier acción terapéutica tendente a la consecución de la abstinencia es un fracaso porque el sujeto no percibe ni vive ningún tipo de problemática en su relación con las drogas sino todo lo contrario y, consecuentemente, no se plantea ni tiene ningún interés en el cambio.

Lo han pillado en la fase que yo digo de “luna de miel” de la toxicomanía.

Entrevista 3. Profesional 2.

En esta línea, consideran que, para poder plantearse cualquier intervención terapéutica con unas mínimas garantías de éxito tendentes a la consecución y mantenimiento de la abstinencia, es imprescindible que se produzca una mínima disposición del toxicómano tendente a solucionar el problema que le haga ponerse en movimiento y buscar salidas que puedan posibilitarle escapar, en un primer momento, de su problema junto a la necesidad de que el sujeto asuma que el problema existe. Este aumento de la concienciación y disposición para cambiar, por sí solos, no permite, al menos a corto plazo, la consecución de los objetivos terapéuticos de cambio, sino que posibilitan la intervención terapéutica en los diferentes ámbitos susceptibles de ser modificados y que les permita adquirir nuevos conocimientos, experiencias o habilidades que, posteriormente, les sean útiles para progresar en su proyecto de vida siendo el pronóstico, en estos casos, más favorable.

Todo un trabajo de psicoterapia o de tratamiento psicoterapéutico iría orientado hacia ese cambio cognitivo de decir adiós a las drogas y eso es un proceso de madurez.

Entrevista 5. Profesional 2.

Cuando los sujetos solamente se plantean escapar de una problemática puntual producida por presiones externas, sean éstas de la índole que sean, el que complete un tratamiento de deshabitación será difícil. Esta gran dificultad viene dada porque los objetivos terapéuticos que se plantea conseguir el sujeto son los mínimos que le permitan solucionar problemas puntuales, en la medida en que estos problemas, generalmente relativos a cuestiones legales o a presiones familiares, se solucionen y la presión externa disminuya, el individuo, volverá a consumir drogas. En este caso, su problema no es el uso de drogas, el cual no percibe como problemático, sino las fuertes presiones que recibe y el malestar o las consecuencias negativas que le puedan generar.

Está claro que si el planteamiento es hasta luego, cuando desaparezcan los problemas por los que se pone en tratamiento es muy probable que vuelva a consumir

Entrevista 4. Profesional 2.

Todos los profesionales se muestran de acuerdo en que el nivel de motivación al cambio en el momento de la demanda de tratamiento, aun siendo muy importante, no sería una variable predictora, por sí sola, de la posterior evolución del sujeto. Tal como hemos señalado anteriormente tienen una consideración de la motivación como un estado con lo que constatan que el deseo y la motivación pueden evolucionar hacia planteamientos tendentes a superar la adicción a las drogas; así, como el hecho que el cambio no constituye un proceso lineal sino que el sujeto necesita de varios intentos para que se vayan produciendo cambios cognitivos y conductuales tendentes a la adquisición y desarrollo de nuevas pautas de comportamiento que favorezcan la consolidación de un cambio sostenido.

Salir de la toxicomanía es un proceso y en ese proceso, pues hay, pequeños cambios, pequeñas aportaciones y también tiempo, y por lo tanto, también recursos y recaídas e intentos

Entrevista 3. Profesional 2.

Consideran imprescindible como mínimo el reconocimiento de la vinculación del problema al uso de drogas y que el malestar les movilicen a buscar alguna forma de superarlo, como paso previo para que cualquier intervención terapéutica, tendente a la consecución y mantenimiento de la abstinencia, tenga unas mínimas probabilidades de éxito. No obstante, dentro de unos mínimos, consideran que con idéntico nivel motivación al cambio, en el momento de acudir a los servicios en demanda de tratamiento, existen algunos sujetos que evolucionan favorablemente y otros no. En definitiva, señalan que con un nivel de motivación similar, una vez iniciados los tratamientos, existen algunos sujetos que posteriormente consiguieron un mantenimiento de la abstinencia y un cambio de estilo de vida y otros que no lo consiguen.

Luego van a ser un poco las condiciones, sobre todo las cogniciones, cómo van a evolucionar las ideas de este paciente respecto a lo que puede conseguir o no.

Entrevista 1. Profesional 1.

Tienen que aparecer unas motivaciones personales , intrínsecas que mantengan el posicionamiento en la abstinencia.

Entrevista 8. Profesional 4.

Aún así, no es menos cierto que a mayor deseo de cambiar, que coincidiría con un mayor número de razones así como más valiosas y vinculadas a la maduración personal, a un darse cuenta dónde se ubican sus problemas y a estar dispuesto a ponerse en marcha y perseverar en el intento para lograrlo, la intervención terapéutica necesaria será menor y las probabilidades de éxito mayores. Si, por los motivos que fuere, el individuo llega con un nivel de concienciación del problemas y deseos de cambio elevados, esto facilitará muchísimo que el sujeto se comprometa con un programa de tratamiento y que con menor apoyo psicosocial e intervención terapéutica pueda alcanzar su meta, siempre que no existan otras problemáticas personales o sociales que interfieran en su deseo de cambiar, dificultando la evolución del individuo.

Una persona (con una motivación muy alta, muy fuerte) lo llevas a una comunidad terapéutica sin profesionales, está trabajando allí y cuando vuelve lo ha resuelto casi sin intervención.

Entrevista 5. Profesional 2.

Cuando el nivel de motivación es muy alto y basada en razones internas relativas a aspectos personales, ésta interviene, en gran medida, y en sentido positivo, en el curso de la consolidación de un cambio de estilo de vida necesitando menos recursos e intervenciones. A pesar de esto, la realidad que describen los profesionales es que una motivación muy alta para cambiar, fundamentalmente de carácter intrínseco, es muy inusual dentro de este colectivo, siendo muy habitual justo todo lo contrario, lo cual repercute en un mal pronóstico para finalizar el tratamiento y consolidar objetivos de cambio más ambiciosos.

Lo que tratamos de ver (...) es la motivación que tiene para el tratamiento y si la motivación no es alta lo que te das cuenta es que el pronóstico para completar el tratamiento es muy bajo”

Entrevista. 3. Profesional 2.

Se describe como más habituales situaciones en las que el nivel de motivación es escaso y vinculado a presiones externas, que son las que actúan para que el sujeto abandone el uso de drogas. La ausencia de una predisposición de los sujetos a iniciar un cambio en sus vidas dificulta, en gran medida, la intervención terapéutica. Podemos decir que constituye un mal pronóstico, en torno a la evolución de los sujetos, el hecho de que estos acudan a los servicios sin plantearse en absoluto la necesidad de iniciar un tratamiento que le facilite el cambio, sino que lo hacen totalmente presionados por su entorno social más inmediato que suele ser la familia.

Si aquí viene una persona lo que queremos saber es si lo trae su madre o su mamá (...) de la mano o de la oreja o si viene él o ella

Entrevista 3. Profesional 2.

Yo crec que és el tot (...) en el sentit de que si ells no tenen una causa, un motiu, una raó per la qual vullguen eixir de les drogues.

Entrevista 6. Profesional 3.

Queremos destacar que lo que la mayoría de veces hace que los sujetos se planteen iniciar un tratamiento es evitar el malestar psicológico que el estilo de vida del consumidor de drogas ilegales le reporta. Estas reacciones emocionales están producidas por la observación de los aspectos negativos del consumo (las consecuencias aversivas de la dependencia y del estilo de vida), por las presiones del entorno más inmediato debido al impacto de la conducta adictiva sobre el comportamiento y las relaciones interpersonales -especialmente en el entorno familiar- y por la valoración afectiva que realice sobre la repercusión de su conducta adictiva en sus valores y creencias. A pesar que estos planteamientos también constituyen, en

gran parte, una respuesta a presiones externas derivadas del malestar momentáneo, apreciamos que el deseo de cambio del sujeto y sus planteamientos sobre la problemática son más realistas y repercuten, en que las posibilidades de que los resultados de las intervenciones terapéuticas sean exitosos, sean substancialmente mayores.

Yo lo llamo, un poco, estado de hartura psicológica con las drogas (...) o sea que están muy cansados (...) dejar de estar tan cansados como están.

Entrevista 1. Profesional 1.

Dentro del proceso de cambio, los mecanismos de toma de decisiones se hayan vinculados a los cambios motivacionales tendentes a un cambio conductual y cognitivo respecto al uso abusivo de drogas. En esta parcela del análisis observamos, como nuestros interlocutores ponen de manifiesto, que para que una persona drogodependiente tome una decisión firme tendente a cambiar su conducta, ésta tiene que estar guiada por una necesidad personal de cambio. No obstante, esta necesidad intrínseca de cambio se irá incrementando en la medida que los problemas tanto personales como sociales derivados de la conducta adictiva, vayan siendo superiores a los beneficios que obtiene del consumo.

“En cuanto a su vivencia personal de la drogodependencia que le haga ver un poco el lado negativo del consumo porque sino ha visto esos aspectos negativos, las consecuencias negativas del consumo que decimos nosotros los psicólogos, pues no existe, a lo mejor, esa decisión ni siquiera de intentarlo”.

Entrevista 8. Profesional 4.

El que los costes, tanto personales como sociales, derivados del consumo vayan aumentando en cantidad e intensidad constituye una de las causas primordiales por la que muchos sujetos toman la decisión de abandonar la conducta adictiva. El deterioro que sufren los sujetos en el ámbito físico, mental y de interrelación social tras un periodo continuado de consumo habitual, es lo que actúa en numerosas ocasiones como resorte que moviliza al sujeto a abandonar esa

situación desagradable. Cuando los beneficios que se derivan del consumo son mínimos y se hallan únicamente asociados a la eliminación del malestar del síndrome de abstinencia a los opiáceos y las pérdidas a nivel sociofamiliar y de bienestar psicofísico le suponen un malestar constante es, en muchos casos, el momento en que los sujetos drogodependientes comienzan a plantearse seriamente el tomar la decisión de cambiar y tratar de solucionar sus problemas con las drogas.

Estar harto de drogarse , pero también estar harto de todo lo que conlleva drogarse a nivel familiar, a nivel incluso de salud física (...) es ese estado de no vivir

Entrevista 1. Profesional 1.

Existen toda una serie de consecuencias negativas producto del estilo de vida del drogodependiente que influyen en que se produzca un cambio en el estado disposicional del sujeto en torno a tomar una decisión firme tendente a cambiar su estilo de vida. Desde su experiencia, los profesionales entrevistados señalan cuales son, a su juicio, los factores que más influyen o más significativos en la toma de decisiones tendente a la superación de la adicción. Los aspectos que fomentan la motivación interna se encuentran vinculados a la historia de aprendizaje y al proceso madurativo del sujeto: los años de consumo, la edad cronológica y el auto-observar deterioro tanto a nivel físico como psicológico y social y, en relación al grupo de iguales no adictos.

Els anys de consum fan que la persona es done compte i l'edat cronològica també; en quan a que van madurant, les forces orgàniques no són les mateixes van veient disminuir les seues capacitats. Ha perdut el tren de la vida respecte a la gent que té la seua edat i fa que en un moment donat el xicon diga: ¡Je! . - Jo perc el tren i açò no puc fer-ho. Puc fer a lo millor altres coses, però açò ja no toca..

Entrevista 10. Profesional 5.

No obstante, es necesario que el deterioro psicofísico y social no sea excesivo para que les permita poder avanzar en la consecución de sus objetivos dentro del

proceso de cambio tendentes al mantenimiento de la abstinencia. Es decir, el tiempo de adicción tiene que ser lo suficientemente largo como para que el sujeto haya vivido con intensidad lo negativo del consumo que le permita tomar conciencia del problema, pero tiene que ser al mismo tiempo, no excesivamente largo para que el deterioro producido por el uso de las sustancias tóxicas y por el estilo de vida poco saludable no le impidan poder conseguir un mantenimiento de la abstinencia a pesar de estar motivado para hacerlo.

“Cinco años de dependencia, o seis años que ya no es luna de miel ni tampoco son 15, ni 20 que entorpecen todo el proceso de desarrollo de los 15 a los 40”

Entrevista 2. Profesional 1.

Tal como hemos desarrollado en los párrafos anteriores, es importante que el sujeto vaya viviendo las consecuencias negativas del consumo como medida que facilita el desarrollo de la motivación interna respecto a iniciar un tratamiento orientado a la abstinencia. Un aspecto que aceleraría que la motivación interna se desarrollara en periodos de tiempo más cortos, sería que desde el entorno familiar, no se reforzara la conducta de consumo solucionándoles algunas de las consecuencias negativas del mismo. Es importante que los padres o las parejas se muestren unidos y mantengan las posiciones enérgicas que consideren oportunas para no aliviar las consecuencias negativas del uso de drogas porque esto posibilitará que el sujeto se plantee en un menor periodo de tiempo el cambio con el consecuente menor deterioro a todos los niveles.

A lo mejor una forma de motivarles es tirarle de casa; el que viva la calle como opuesto a lo cómodo de la casa.

Entrevista 5. Profesional 2.

Cuando el sujeto ha realizado o realiza consumo de múltiples sustancias y solo conoce el estilo de vida de toxicómano es difícil que pueda tener unos objetivos de cambio claros. En estos casos la capacidad del sujeto para escoger es eminentemente vicaria por lo que la persistencia en la conducta de cambio siempre será menor que

cuando uno ha tenido experiencias personales diferentes que le permiten disponer de una mayor cantidad de conductas adaptativas alternativas.

Ara el mecanisme de canvi jo sempre veig que ve condicionat per respostes de presió. Es dir: - "vullc estar com altra gent que té la meua edat i no consumeix drogues, vullc estar bé porque les coses en casa s'han posat mal..,

Entrevista 10. Profesional 5.

En la misma línea de lo señalado en el punto anterior, se hace referencia al cansancio y al malestar psíquico que supone vivir durante mucho tiempo el estilo de vida de toxicómano, lo cual influiría en que los deseos de cambio eminentemente externos fueran evolucionando hacia motivos internos. Este avance es más efectivo si, además, va acompañado de haber conocido y recordar un estilo de vida sin drogas. Estos sujetos tienen la posibilidad de recordarse de otra manera, por lo que su capacidad para reconocerse de otra forma y poder escoger es mayor. Haber vivido de una manera diferente a la de toxicómano, el haber tenido otro tipo de relaciones interpersonales les permite planificar sus metas con mayor facilidad al desear volver a vivir de una forma ya conocida al tiempo que poder retomar algunas empresas iniciadas y que abandonaron al entrar en el mundo de las drogas.

Persona que retoma algo que dejó y que tendría, un poco, el aspecto ese de ilusión, por así decirlo y las ganas de hacer cosas o algo así.

Entrevista 1. Profesional 1.

Esta decisión de cambio más firme relacionada con reconocerse dentro de un estilo de vida sin consumo de drogas posibilita, como hemos visto, que el sujeto puede planificar de una forma más realista sus metas por haber sido capaz de desempeñarlas con anterioridad y repercutirá positivamente en el esfuerzo que esté dispuesto a realizar y en la perseverancia para conseguirlo. Se señala que esta premisa se haya relacionada con la edad cronológica del sujeto cuando inició el consumo ya que, a mayor edad más posibilidades de haber conocido un estilo de vida

diferente y con el tipo de sujetos que demandaban tratamiento en la década de los ochenta y que se habían iniciado en el consumo en los años setenta.

Antes la gent quan prenia decisions eren més firmes que ara. Tenien més mecanismes interoceptius, un mecanisme més de necessitat de tornar a trobar-se com en algú moment havien experimentat.

Entrevista 10. Profesional 5.

A la vista de lo expuesto, resulta evidente que la motivación al cambio constituye un factor de primer orden en torno a la evolución de los sujetos que siguen tratamientos para toxicómanos orientados a la consecución y mantenimiento de la abstinencia. No obstante, se aportan toda una serie de consideraciones y matizaciones relativas al concepto de motivación del que se parte; de su evolución a través del proceso de cambio y la implicación en el proceso de rehabilitación; así como, algunas estrategias para fomentarla. Se asume la concepción dinámica de la motivación como un estado disposicional del sujeto que le conduce a una toma de decisiones en torno a la solución de un problema. En el campo de la dependencia a la heroína, la motivación de los sujetos va evolucionado, cambiando, modulándose en la medida que va sufriendo las consecuencias negativas de su adicción y al tiempo que va alcanzando submetas que le acerque a la meta última, que sería el cambio de estilo de vida.

Un primer momento en la evolución de la motivación al cambio lo constituye el reconocimiento de que existe un problema y, de que éste, está producido por el consumo de drogas. Ese reconocimiento constituye el mínimo de motivación exigible para poder plantear una intervención terapéutica con garantías de que se puedan producir algunos cambios conductuales y cognitivos tendentes a poder consolidar la abstinencia en un futuro, más o menos próximo. Una motivación alta, eminentemente interna, no nos permite aventurar un pronóstico positivo respecto al éxito terapéutico sin tener en cuenta otros aspectos psicosociales intervinientes en el proceso de cambio. No se ha constatado que en el momento de iniciar el tratamiento el nivel de motivación de sujetos que finalmente consiguieron deshabitarse, fuera significativamente diferente al de otros sujetos que no consiguieron, por lo que inferimos que hay otras variables que están interviniendo, de forma significativa, en el proceso de superación de la toxicomania. No obstante, también se constata que a

mayor nivel de motivación se precisa una menor utilización de recursos terapéuticos y sociales.

La motivación va evolucionando a medida que el sujeto heroinómano progresa en su proceso de cambio y mientras que en un primer momento los motivos o razones son eminentemente externas, a medida que va avanzando se interiorizan hacia motivos internos. Para que la motivación tendente a dejar el mundo marginal de las drogas se vaya fortaleciendo, es necesario que las consecuencias positivas del consumo disminuyan y aumenten las negativas que le obliguen al sujeto a tomar una decisión firme en torno a cambiar su forma de vivir. El malestar producido por el deterioro biopsicosocial que se produce cuando los sujetos se encuentran inmersos en el mundo de las drogas es intenso y las perspectivas de futuro son muy complicadas. Esto lleva a los sujetos a replantearse su vida y tomar la decisión de introducir cambios. Un menor tiempo de consumo se encuentra asociado a un menor deterioro psicofísico y social pero, paradójicamente la motivación es muy escasa cuando ni tan siquiera se reconoce el problema. En el otro extremo, nos encontramos que a un periodo de consumo prolongado le sigue, generalmente, una mayor motivación pero con un mayor deterioro. Muy poco tiempo de consumo y un tiempo excesivo de consumo repercutirían negativamente en el éxito terapéutico en el primer caso porque irá asociado a ausencia de motivación y en el segundo porque el deterioro psicofísico y social puede dificultar mucho el proceso de cambio, a pesar de la alta motivación. Se considera que entre los cuatro y siete años de dependencia, se ubicaría el momento más propicio para que el sujeto tenga un nivel de motivación suficiente, no estando excesivamente deteriorado.

Si en estos años ha realizado intentos de cambiar, con más o menos éxito, que le haya permitido ir incorporando nuevos repertorios de conducta saludables, también repercutirá en que el nivel de motivación crezca. Las estrategias que se sugieren para que el deseo de cambio evolucione con mayor rapidez y los sujetos tomen antes la decisión de cambiar encontramos: no solucionarles los problemas derivados del consumo y de la vida marginal de toxicómano y estar, al tiempo, dispuestos a apoyarles en aquellas decisiones tendentes al cambio. Además del tiempo de consumo y las presiones externas, otros aspectos que participan en que la motivación aumente e impelen a tomar una decisión firme tendente al cambio serían las experiencias previas fuera del mundo de las drogas. Que haya vivido periodo de su vida abstinerente de todo tipo de drogas y que se recuerde a sí mismo inmerso en otro

tipo de vida y desarrollando otras conductas, que le motiven a desear cambiar para volver a sentirse, ser, reconocerse y volver a vivir de forma similar a como lo hizo entonces.

4.1.1.2. - La autoeficacia en el proceso de cambio.

Bandura (1982-86) define la autoeficacia percibida como el juicio que un individuo emite respecto a su propia capacidad para realizar una conducta necesaria para alcanzar unos resultados determinados. Partiendo de esta conceptualización, la percepción de autoeficacia participa en el funcionamiento psicosocial de los individuos determinando en parte la toma de decisiones que, como hemos visto en el apartado anterior, influye significativamente en el cambio; así como en la cantidad de esfuerzo y en tiempo que persistirá intentándolo. Unas mínimas expectativas de autoeficacia en torno a las propias capacidades constituyen un atributo importante en la evolución del sujeto que decide abandonar el uso de drogas. Los profesionales opinan que una cierta percepción de autoeficacia tiene que ir acompañada del deseo de cambiar y reconocimiento del problema para así poder iniciar un tratamiento con garantías de éxito.

Si no existe decisión de abandonar el consumo, pues aunque sepa enfrentarse a una situación de alto riesgo y la sensación de autoeficacia sea alto, como no tiene asentada la decisión de decir que no.

Entrevista 8. Profesional 4.

La autoeficacia percibida constituye una faceta del pensamiento autoreferente y elemento primordial en el estudio del proceso de cambio. Podemos convenir que la motivación tendente al cambio no evoluciona de una forma espontánea, sino que se ve influenciada por diversos aspectos entre los cuales se halla la autopercepción de eficacia como elemento de primer orden que es en la determinación personal de la acción. Es necesario establecer diferencias entre los aspectos relativos a cómo el individuo juzga sus propias capacidades y en cómo la percepción de autoeficacia afecta a su motivación y a su conducta. En lo referente a la manera en que el sujeto toxicómano juzga sus propias habilidades para solucionar su problema con las drogas, encontramos que es necesario, al menos una cierta percepción de autoeficacia que le

permita plantearse algún objetivo tendente al cambio. Dentro de esos objetivos cabría, el plantearse un tratamiento, que le facilitara la actuación y que se produjeran al mismo tiempo otros cambios conductuales y cognitivos tendentes a la abstinencia.

En esa expectativa o en ese impás de decir: - ¿a ver si podré o no podré ser capaz de estar sin consumir?

Entrevista 1. Profesional 1.

El éxito en la consecución de objetivos terapéuticos se da como consecuencia de haber elaborado y ensayado, los sujetos drogodependiente, formas alternativas de conducta y estrategias que requieren siempre un esfuerzo perseverante. En numerosas ocasiones, los potenciales usuarios que acuden a los centros asistenciales esperan que sean los profesionales y los tratamientos ofertados en los servicios los que le resuelvan sus problemas con la heroína. En estos casos, no existe percepción de autoeficacia y, el usuario, adopta una actitud pasiva y no está en absoluto dispuesto a realizar el esfuerzo perseverante que se requiere para poder solucionar cualquier problemática como las derivadas de la dependencia a tóxicos. Las probabilidades de completar un tratamiento con éxito en estas circunstancias son muy escasas (a no ser que se produzca un cambio de actitud durante el tratamiento) ya que es necesario un compromiso y un esfuerzo del sujeto para superar el problema.

Ya te cura la pastilla, ya te cura el tratamiento (...) no, no. Implica en ti un gran esfuerzo hacia un objetivo.

Entrevista 3. Profesional 2.

Que té que passar per ells i que tenen que fer un gran esforç molt gran.

Entrevista 6. Profesional 3.

En muchas ocasiones, vinculado a una baja motivación, encontramos que la población heroíno dependiente, cuando acude a los centros asistenciales, presenta una falsa percepción autoeficacia debido, o bien a que albergan la creencia de poder solucionar ellos solos el problema, sin necesidad de ayuda. Parten de la creencia de que abandonar el uso de drogas es una empresa fácil, que sólo requerirá el deseo de

dejarlo y con un esfuerzo escaso y puntual durante unos pocos días para conseguirlo. Aunque ciertamente se planteasen abandonar el uso de drogas, si existe la dependencia, esa falsa percepción de autoeficacia les hace fracasar porque el sujeto planifica un esfuerzo a corto plazo y de una intensidad media. Esperan ver recompensada su conducta en un corto espacio de tiempo y resolver el problema rápidamente. En este supuesto, la falsa autoeficacia motiva que los sujetos abandonen rápidamente los tratamientos o, que ni siquiera los inicien porque considerarán que cuando se lo propongan será fácil.

Una de las cosas que el toxicómano necesita es tener también la capacidad de esperar el logro (...) tienen que tener esa capacidad de ver los objetivos a largo plazo y luchar hoy sin recoger los frutos hoy.

Entrevista 3. Profesional 1.

No obstante, si existe el deseo de cambiar, acercarse a un centro de tratamiento puede constituir una experiencia positiva en tanto que pueda aprender del error de no valorar convenientemente la complejidad de la problemática y permite a los terapeutas iniciar algunas pequeñas intervenciones. El sujeto a la hora de iniciar un nuevo tratamiento, cuenta con una experiencia que le puede servir como una aproximación a la solución definitiva del problema, así como para aprender a planificar las metas de forma más realista. En la línea de lo desarrollado en los puntos anteriores, partimos de que las creencias que cada individuo tenga sobre sus capacidades constituye un factor de primer orden en la resolución de cualquier problemática. Es esta creencia en las propias posibilidades, la que determinará el que la conducta sea más o menos activa, la cantidad de esfuerzo que estará dispuesto a emplear el sujeto para enfrentarse a los obstáculos que entorpezcan la consecución de su meta, y la cantidad de tiempo que invertirá persistiendo en el intento. Es decir, en función de cuales sean estas creencias, organizará sus objetivos de cambio y comenzará a realizar actuaciones que le permitan alcanzar el rendimiento deseado.

En muchas ocasiones, es esa opinión negativa del sujeto sobre sus propias capacidades, lo que hace que desista de su intento y abandone ante las primeras dificultades y se pueda retroalimentar la percepción de que no es capaz de solucionar este problema. No obstante, los sujetos que inician un programa de tratamiento y los terapeutas consiguen retenerlos y que no abandonan a la primera dificultad, en

muchas ocasiones, se sorprenden de los logros y constituye un primer peldaño en la construcción de la autoeficacia percibida.

Yo creo que ellos mismos pueden experimentar sorpresas respecto a los resultados (...) no hubieses pensado que podrían ser capaces. Esa típica frase de: - ni yo mismo me lo creo esto que me está pasando.

Entrevista 1. Profesional 1.

La percepción de autoeficacia y las expectativas de éxito de los sujetos drogodependientes en torno a su capacidad para poder solucionar el problema pueden ser más o menos alta, en el momento que acuden a los centros. Unánimemente los profesionales entrevistados opinan que necesariamente y en todos los casos, la autopercepción de eficacia y al autoestima aumentan a medida que el sujeto va alcanzando los objetivos terapéuticos y progresando en la rehabilitación.

Si tiene un nivel basal de una mínima percepción será más sencillo que luego si la conducta es adecuada aumente su sensación de eficacia y que, a nivel cognitivo se pueda retroalimentar la idea o se pueda reafirmar la idea de que sí que es capaz.

Entrevista 1. Profesional 1.

Es evidente que una de las fuentes primordiales que actúan sobre la percepción de eficacia personal son los logros de ejecución en la experiencia de los individuos. La consecución de alguno de los objetivos de cambio hace que la evaluación sobre su capacidad sea más positiva y que sus expectativas de éxito aumenten. En esta línea, los profesionales que hemos entrevistado, apuntan que haber conseguido durante algún periodo de tiempo estar abstinentes, constituye uno de los logros de ejecución fundamental en el campo de las drogodependencias y que es una conducta que siempre influirá positivamente en la percepción de autoeficacia. El hecho de haber conseguido permanecer algún tiempo abstinentes junto con las otras conductas aproximativas al cambio de estilo de vida y las intervenciones terapéuticas que se hayan producido anteriormente, siempre repercutirá de forma positiva en las

expectativas y creencias del sujeto sobre su propia capacidad para afrontar y solucionar sus problemas.

Tienen más fácil él volver a tener otro periodo largo de abstinencia o mantener la abstinencia porque ya saben lo que es estar abstinentes (...) el nivel de autoeficacia es mayor y saben sortear los peligros.

Entrevista 8. Profesional 4.

Al igual que los logros de ejecución en torno a periodos de abstinencia y otras conductas aproximativas fomentan la autoeficacia percibida, también los logros y desarrollo de habilidades en otros ámbitos de la vida del sujeto repercutirán positivamente en la misma. Estas experiencias facilitan al sujeto, por medio de la generalización de las estrategias utilizadas, medios que le permitan intentar hallar soluciones a su problemática actual. Las expectativas respecto a solucionar este problema con éxito harán que el individuo adopte una postura más activa, perseverante y comprometida.

Yo creo que tiene que ser como si por ejemplo en la historia de aprendizaje de la persona existieran situaciones en las que ante un problema, él ha tenido que poner en práctica estrategias de razonamiento cognitivo o mental para ser capaces de resolver el problema.

Entrevista 1. Profesional 1.

Los logros de ejecución que acercan al cambio de estilo de vida del toxicómano sería una fuente importante de información para que la autoeficacia aumentara; lo que no parece ser tan evidente es que la experiencia vicaria pueda constituir un recurso informativo suficiente para fomentar la autoeficacia y mejorar el rendimiento de los sujetos que desean solucionar sus problemas de adicción.

Però la gent que mos arriba, que ha estat vivint del cuento i que no té un ofici o no té uns estudis i que no té un patro bàsic - Eixa gent la possibilitat de deixar-se-ho es molt baixeta.

Entrevista 10. Profesional 5.

El no tener referentes personales de logro, de desarrollo de capacidades y conductas adaptativas a lo largo de la vida y, el no haber tenido periodos de tiempo sin consumir drogas dificulta la rehabilitación de los sujetos. No obstante, si a esto sumamos el tener experiencias personales de eficacia en lo relativo a conductas opuestas a la consecución y al mantenimiento de la abstinencia en las que basarse dentro del mundo de la drogadicción, será aún mucho más difícil.

Pa que una persona tinga perspectiva d'autoeficacia té que ser eficaç en algo i si tenen un patró de vida i no han conegut altra cosa més que ser eficaços delinquent (...) quan els llesves eixe mecanisme de vida en que són eficaços.

Entrevista 10. Profesional 5.

Además de los logros de ejecución se considera primordial para fomentar la autoeficacia el tratamiento psicológico. Se trata que durante las sesiones psicológicas se fomente en el usuario, a través de la persuasión verbal, la creencia de que él es el agente del cambio y que el tratamiento y los profesionales solamente le están ayudando a llevar a término su autocambio. La psicoterapia tiene que orientarse a conseguir que los clientes atribuyan los éxitos a su conducta, es decir, reestructurar las cogniciones que les llevan a atribuir a los tratamientos y los profesionales de los servicios los cambios conseguidos y los objetivos alcanzados. Consideramos fundamental el fomentar en el usuario el sentimiento y la creencia de que el artífice del cambio es él y que los logros y las consecuencias positivas alcanzados son consecuencia directa de sus actuaciones, en aras de favorecer su evolución.

Ja escomencen a donar-se conter que ja no és el terapeuta o el metge els que els té que traure sino que nosatros som com si diguerem acompanyants del procés de tractament

Entrevista 7. Profesional 3.

La autoestima constituye otra faceta del pensamiento autoreferente que es conveniente diferenciar de la autoeficacia percibida. Mientras que la autoeficacia percibida hace referencia a la evaluación de las capacidades personales en torno a

conseguir determinados objetivos: la autoestima establece valoraciones de estas habilidades con relación al valor cultural que se le otorga a las mismas, así como a la medida en que la propia conducta coincide con los criterios personales de valía. La autoestima en la población drogodependiente es, en general baja, debido en gran medida a los escasos refuerzos sociales que la acompaña y al escaso valor que se otorga en nuestra sociedad al consumo de heroína que repercute en que los criterios personales respecto a la misma no sean positivos y aparezcan los sentimientos de culpa. El avance en el proceso de cambio va ligado necesariamente a una mejora en la autoestima.

La autoestima para mí personalmente, está bastante ligada a los sentimientos de culpa. Conforme el paciente puede ir quitándose pesos yo creo que si que aprende y puede valorar más lo que hace

Entrevista 1. Profesional 1.

La autoestima hace referencia a los sentimientos de aprecio hacia uno mismo que reflejan una valoración afectiva y un determinado grado de satisfacción. Estos sentimientos, hacia uno mismo son producto de la evaluación de la propia valía, que dependen del valor que su cultura otorgue a sus cualidades y, al tiempo, de la medida en que coincidan con sus propios criterios de valía. En este sentido es fundamental que, a medida que evolucione en su rehabilitación, el sujeto valore sus logros y se sienta cada vez más satisfecho de su conducta para poder mantenerla.

Si no consigue querer lo que está haciendo y apreciarlo, pues difícilmente lo podrá mantener.

Entrevista 1. Profesional 1.

La percepción de autoeficacia tanto en su vertiente de expectativa de éxito o expectativa respecto a los resultados que se podrán producir si ejecuta determinadas conductas y la autoestima afectan a la motivación al cambio y la elección de conductas. En la medida en que las nuevas conductas sean evaluadas como valiosas por los sujetos, éstas se van a ir consolidando y la probabilidad de que se ensayen conductas adecuadas aumentará. Consideramos fundamental a nivel terapéutico el fomento de la autoestima y de la autoeficacia percibida a través de la promoción de las

atribuciones personales de logro porque va a repercutir en que los sujetos sigan progresando.

Tot això és com un procés que quan ells estàn en preparació d'actuar escomencen a posar-ho en pràctica. Com ells veuen que sí que ho poden fer tenen un concepte de si mateixa molt més positiu, una autoeficàcia més gran”

Entrevista 7. Profesional 3.

Podemos manifestar que la percepción de autoeficacia, en tanto que juicio de un individuo sobre su propia capacidad para poder realizar una conducta necesaria para alcanzar unos determinados objetivos, constituye un factor de suma importancia en el análisis del proceso de cambio en las adicciones. Y esto es así, porque tanto la manera en que un individuo juzga sus propias habilidades para realizar una determinada actividad y las expectativas en torno a los resultados que pueda alcanzar al ponerlas en práctica afectan a la motivación para la acción tendente a la solución de problemas. La autoevaluación de eficacia es determinante a la hora de enfrentarse a las dificultades porque repercute directamente en la cantidad de esfuerzo que dedicará el sujeto y en la cantidad de tiempo que perseverará.

En muchas ocasiones, es la autopercepción de ineficacia la que hace que el sujeto se rinda con facilidad ante los primeros obstáculos, porque considera que no es capaz ni cree tener las cualidades necesarias; mientras que otro sujeto con mayor percepción de autoeficacia persistirá en el intento porque atribuye el fracaso a una cantidad insuficiente de esfuerzo y no a su aptitud. La falta de compromiso personal y la adopción de una actitud pasiva ante la solución del problema constituye un hecho muy habitual en las toxicomanías y se halla vinculado (partiendo de que existen deseos de cambiar) a las expectativas de ineficacia que observamos en su tendencia a delegar en los demás la solución de sus problemas. Esta percepción de ineficacia explica, en parte, la actitud pasiva así como el escaso compromiso que adquieren en la superación de la adicción, al considerar que son los profesionales y los tratamientos los que tienen que solucionarle sus problemas. No obstante, cualquier conducta de aproximación practicada por el individuo tendente al mantenimiento de la abstinencia, como es acudir “voluntariamente” al servicio e iniciar un tratamiento, más o menos largo, siempre repercutirá positivamente en la posterior evolución del sujeto y aunque

el sujeto recaiga e incluso abandone el tratamiento cuantas más conductas de cambio ensaye, durante estos periodos de tiempo, más favorablemente repercutirán en la percepción de autoeficacia. Es decir, los logros de ejecución conseguidos durante los periodos de abstinencia como las conductas de afrontamiento o alternativas al consumo de drogas siempre repercutirán en un aumento de la autoeficacia percibida.

Así mismo, los logros de ejecución en la elaboración y práctica de conductas eficaces en la solución de problemas a lo largo de su vida, aunque no estuvieran relacionadas con las drogodependencias, hacen que la percepción de autoeficacia en estos sujetos sea mayor con relación a su problema actual y, consecuentemente, el nivel de compromiso y las expectativas de éxito respecto a su rehabilitación. No obstante, son pocos los sujetos que acuden a los centros asistenciales que reúnan las características descritas. De alguna manera el nivel de percepción de autoeficacia, en el momento de la demanda, viene explicado por la experiencia anterior del sujeto, en lo relativo a si ha sido capaz de solucionar sus problemas eligiendo las estrategias y conductas más eficaces, que le permita creer en sus cualidades ante la resolución de su problemática actual con las drogas, así como haber conseguido anteriormente conductas de aproximación a la abstinencia y periodos de la misma.

Es mucho más habitual encontrarnos con sujetos con pocas experiencias de éxito en la solución de sus problemas e incluso muchos que han encontrado formas culturalmente poco correctas de solucionar los problemas relacionados con la toxicomanía, que le llevan a mantenerse en ese estilo de vida. El no haber tenido experiencias de autoeficacia fuera del mundo de las drogas y el estar muy integrado en el estilo de vida de drogodependiente repercutirá negativamente en la posibilidad de superar la adicción con mantenimiento de la abstinencia.

La autoestima constituye otro factor del pensamiento autoreferente que consideramos fundamental en el tratamiento de las toxicomanías y hace referencia a la evaluación de la valía, la cual depende del valor que la cultura del sujeto conceda a las habilidades que éste posee y de la medida en que la propia conducta coincida con los criterios personales de valía. La autoestima, como sentimiento de aprecio hacia uno mismo que refleja una evaluación afectiva positiva de uno mismo y de sus actos, constituye un factor fundamental en el mantenimiento de la abstinencia ya que, el sujeto además de creerse capaz y de tener expectativas de alcanzar sus metas con éxito aprecia que los logros son valiosos para si mismo y para los demás.

Sea cual sea el nivel de autoeficacia y autoestima al inicio del tratamiento es absolutamente necesario, para que se pueda progresar en el proyecto de cambio, que ambas aumenten en todas sus vertientes. Es decir, que junto a los logros de ejecución es imprescindible que se incluyan, en los programas de tratamiento, intervenciones psicoterapéuticas que fomenten la autoeficacia y la autoestima.

Como ya indicamos al inicio del análisis de resultados consideramos que existen otras variables, tanto personales como sociales, que están interviniendo, por lo que los procesos autoreferentes no pueden predecir, por si solos, la posterior evolución de los sujetos. No obstante, como hemos visto juegan un papel fundamental en el mantenimiento de la abstinencia y, como tal, su aumento progresivo se halla vinculado a una buena evolución y a medida que va creciendo el pronóstico para que consiga consolidar un cambio de estilo de vida será mayor.

4.1.1.3 - Los trastornos mentales en el proceso de cambio.

En los últimos años los profesionales de la salud mental reconocen la importancia de una evaluación diagnóstica detallada por su importante implicación en el pronóstico y en la elección del tratamiento a seguir. Partiendo del hecho de que un diagnóstico no debe constituir nunca una etiqueta (es necesario clasificar los trastornos, no a los individuos), sino que tiene que tener un fin eminentemente descriptivo. Consideramos de suma importancia que, en el campo de las adicciones químicas, se realice una exhaustiva evaluación que nos permita conocer si el sujeto presenta alguna disfunción psicológica o trastorno mental además del trastorno adictivo. Es decir, vamos a analizar cómo influye la “patología dual” (comorbilidad de trastornos psíquicos y trastornos por uso de sustancias psicoactivas) en la evolución de los sujetos en programas de tratamiento orientados a la abstinencia.

A la dificultad propia que entraña cualquier diagnóstico en psiquiatría, se añade el uso de sustancias y los problemas derivados. En muchos casos, es difícil precisar si estamos ante un trastorno primario (anterior al uso de drogas), con lo que el consumo constituye una forma de automedicación que alivia los síntomas del trastorno; si se trata de un trastorno secundario al uso de sustancias; o si ambos constituyen trastornos primarios, que no se relacionaron inicialmente, aunque sí podrían interactuar posteriormente potenciándose entre sí. No debemos olvidar, que las toxicomanías son todavía consideradas un problema de salud psíquica marginal a las que se niega su condición de enfermedad psíquica por la sociedad, la familia, los medios laborales y en

muchos casos, lamentablemente, desde las esferas sanitarias. Los efectos marginales de las toxicomanias se agravan, si además del trastorno adictivo, el sujeto sufre algún otro trastorno psiquiátrico, de personalidad o de ambos.

En los apartados siguientes vamos a estudiar, la influencia de la comorbilidad psiquiátrica en la evolución y el pronóstico en programas de tratamiento orientados a abstinencia. Un hecho que constatan todos los profesionales entrevistados es que a menor psicopatología mejor pronóstico para el cambio de estilo de vida con abstinencia a opiáceos. La comorbilidad del trastorno por dependencia a opiáceos y otros trastornos mentales, repercutirá negativamente en la consecución de los objetivos terapéuticos planteados, tendentes al mantenimiento a largo plazo de la abstinencia. No obstante, consideramos que la presencia de trastornos psicológicos o conductuales menos graves, si son atendidos profesionalmente al mismo tiempo que el trastorno adictivo, no constituyen un impedimento significativo para alcanzar el cambio. Es decir, que la ausencia de psicopatologías o que éstas posean un carácter leve siempre redundará en un mejor pronóstico para la resolución del problema.

Si se puede controlar bien el tema de la abstinencia y de la prevención de recaídas; con alteraciones psíquicas así más o menos graves, como la ansiedad y la depresión, sí que podrían rehacer.

Entrevista 1. Profesional 1.

Donde se ubicarían esos límites en lo relativo a qué trastornos podrían dificultar o impedir, y hasta qué punto, el cumplimiento de los objetivos de programas de tratamiento resulta, a priori, muy complicado porque como hemos señalado en los capítulos anteriores, existen otras muchas variables interrelacionadas. No obstante, vamos a tratar de establecer cuáles son los trastornos en que se han observado mayores dificultades personales para completar su proceso de cambio. En el ámbito general, se puede establecer que las limitaciones de algunos adictos para cumplir los tratamientos, y por tanto, para alcanzar las metas terapéuticas, vendrían condicionadas por la presencia de trastornos concomitantes.

Que esté lo no suficiente enfermo o trastornado como para que sea capaz de cambiar de actitud.

Entrevista 2. Profesional 1.

Entre los trastornos que señalan algunos profesionales -partiendo de la hipótesis de la automedicación- que dificultan en gran medida la consecución y mantenimiento de la abstinencia a opiáceos se hallan los sujetos que presentan un trastorno depresivo grave. Esto es debido a que, en muchas ocasiones, los opiáceos constituyen un mejor tratamiento farmacológico para la depresión que los productos antidepresivos existentes en el mercado. Al dejar los opiáceos, toda la sintomatología depresiva aparece y no mejoran en la misma medida con los antidepresivos.

El trastorno depresivo, que cuando se mantiene o por lo menos subyace (aunque esté medicado sigue subyacente) también lo veo muy difícil, o sea dificultador de la abstinencia porque aumenta sobremanera la posibilidad de abandonar.

Entrevista 8. Profesional 4.

Aunque, como hemos señalado anteriormente, un trastorno no hace a dos sujetos iguales ni a sus circunstancias, todos los profesionales manifiestan su experiencia con relación al moderado éxito terapéutico en cualquier tipo de programas de tratamiento que presenten algún trastorno de base psicótica. No obstante, en este punto cabe hacer una precisión en lo referente tanto a la psicosis como a los trastornos depresivos muy graves: la gran dificultad hace referencia siempre al mantenimiento de la abstinencia y no en la consecución de la misma que pueden conseguir en periodos de tiempo cortos. Cuando nos hallamos ante trastornos de base psicótica está dificultad se incrementa considerablemente, si planteamos tratamientos orientados a la abstinencia.

Somos conscientes que existen deterioros psicológicos que pueden ser graves y determinantes para imposibilitar casi (entre comillas) una salida. Imagínate una persona que queda psicológicamente casi en una puerta hacia la psicosis.

Entrevista 4. Profesional 2.

A continuación, vamos a desarrollar cuáles serían, desde su experiencia, los factores que estarían participando en un mal pronóstico de los sujetos psicóticos, para seguir y completar tratamientos tendentes al mantenimiento de la abstinencia. Un primer factor hace referencia a la dificultad que tienen estos sujetos

para seguir las indicaciones terapéuticas, lo que repercute en un adecuado cumplimiento las prescripciones farmacológicas. Las características de conducta y la propia sintomatología hacen que estos sujetos sean también difíciles de tratar y presenten dificultades, también, para seguir fielmente los tratamientos psiquiátricos. En ambos casos (en los centros de salud mental y en los de atención a toxicómanos) se producen numerosos abandonos de los tratamientos y recaídas en el consumo.

La abstinencia mos és quasi impossible perquè també són persones que no solament abandonen el tractament de drogues sino que també porten d'aquella manera el tractament psiquiàtric.

Entrevista 6. Profesional 3.

La hipótesis de la automedicación defendida por Khantzian (1985), al igual que en el trastorno depresivo grave, constituye una explicación del inicio y mantenimiento del consumo de opiáceos en sujetos toxicómanos, con algún tipo de comorbilidad de carácter psicótico. Se plantea que, en muchos casos, los heroínómanos que presentan un trastorno psicótico han entrado en contacto con el mundo de las drogas y han iniciado el consumo de heroína como una forma de aliviar el malestar psíquico que sufren. Numerosos estudios demuestran, que los beneficios antipsicóticos de los opiáceo, son considerablemente superiores a la de los fármacos destinados a este fin porque calma mejor los síntomas positivos y no tiene los efectos secundarios de los neurolépticos, siendo el confort emocional que proporcionan al sujeto superior. Consecuentemente, si los sujetos controlan mejor su malestar psíquico con la heroína y evitan los efectos secundarios de los neurolépticos, resultará difícil que se consolide el mantenimiento de la abstinencia (cuando la consiguen) porque emocionalmente se encuentran mejor cuando consumen opiáceos.

El consum d'heroïna com a possible neuroleptic (...) en l'heroïna està millor. Emocionalment es troben ells més equilibrats, en un nivell de confort emocional que en les drogues legals no troben; entonces és un factor determinant.

Entrevista 10. Profesional 5.

Consideran que, en líneas generales, cuando coexisten trastornos psicóticos, -tanto si son primarios como secundarios al uso de drogas,- se consiguen mejores resultados con tratamientos con agonistas opiáceos que en programas orientados a la abstinencia. Un tratamiento con Metadona, que es el agonista que se utiliza mayoritariamente en este momento en el Estado Español, puede proporcionarles el mismo confort emocional que la heroína pero de una forma higiénica y controlada, lo cual les permite abandonar el estilo de vida marginal propio de la toxicomanía. Tenemos que tener en cuenta que la sintomatología y los rasgos de personalidad de los individuos que presentan trastornos de base psicótica les hace mucho más complicado desenvolverse en el difícil mundo de las drogas ilegales lo cual les lleva a una mayor inestabilidad y a un displacer adicional.

El único psicótico que he visto que no está en metadona (que esta en un programa libre de drogas) desde mi punto de vista tendría que estar en un programa de metadona.

Entrevista 1. Profesional 1.

Tal como hemos señalado en el párrafo anterior, los programas con agonistas opiáceos pueden posibilitar al sujeto, en mayor o menor medida, una mejoría en la calidad de vida y una salida del mundo marginal de la toxicomanía. En la misma línea, las razones por las que se considera que los programas orientados a la abstinencia no son los apropiados para estos sujetos, al ser su evolución menos favorable y por la aparición de otras complicaciones adicionales, como: el no cumplimiento de las normas terapéuticas en la administración de los fármacos, los cortos periodos de abstinencia que consiguen, las frecuentes recaídas, el uso de opiáceas legales de los que se puede hacer un uso ilegal, el uso abusivo que se realiza del alcohol, la reagudización de los síntomas psicóticos, etc.,

Los periodos de abstinencia son más cortos, durante esos periodos tan cortos hay mucho abuso de alcohol y (...) la falta de cumplimiento del antagonista.

Entrevista 1. Profesional 1.

Una vez analizada la participación en el proceso de cambio en los trastornos adictivos de los trastornos mentales, vamos a analizar la influencia de la comorbilidad de los trastornos de personalidad en cuanto a formas desadaptadas e inflexibles de relacionarse con el ambiente, que se prolongan durante largo tiempo. Estas alteraciones y modos de comportamiento que tienen relevancia clínica por sí mismos y que constituyen la expresión de la manera característica que un individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás y que, a diferencia de las características de personalidad, ocasionan un menoscabo considerable en el funcionamiento de una persona. Generalmente, se presentan a principios de la adolescencia y pueden continuar durante toda la vida adulta. Es frecuente que los trastornos de personalidad se presenten concomitante a otro trastorno mental y, en algunas ocasiones constituyen la psicopatología principal. Aunque en su forma más extrema pueden producir conductas gravemente desadaptadas, los individuos cuyos trastornos de personalidad no se complican, con otras alteraciones, rara vez requieren tratamiento u hospitalización.

Tanto si el trastorno psicótico es primario como si es reactivo al uso de sustancias psicoactivas, suele diagnosticarse junto a alguno de los trastornos de personalidad denominados genéricamente por el DSM - IV como el grupo de extraños, que incluiría los trastornos esquizoides, esquizotípicos y paranoide de la personalidad. Estos trastornos de la personalidad, aunque no se haya producido un brote psicótico, dificultan el mantenimiento de la abstinencia. También consideramos conveniente señalar que el primer brote psicótico, en algunos casos, se produce en el primer intento de desintoxicación del sujeto.

Experimentalment està demostrat que regula el trastorn esquizoide i el esquizotípic, pues evidentment en este tipo de xicons la tendència al consum d'heroïna és marcada.

Entrevista 10. Profesional 5.

Los profesionales entrevistados consideran, con mayor o menor incidencia, que los trastornos de personalidad con base psicótica juegan un importante papel, de signo negativo, en el proceso de rehabilitación. La ponderación que se le otorga a la influencia que el trastorno ejercerá en la evolución del sujeto toxicómano dependerá también, y en gran medida, del tipo de tratamiento y de los objetivos del mismo. Al

igual que en los casos de comorbilidad psiquiátrica severa, se obtienen mejores resultados si no se plantea la abstinencia como objetivo terapéutico. En lo referente a la abstinencia, la dificultad no estriba en su consecución, sino que lo que resulta prácticamente imposible, es su mantenimiento.

Muchos de los rasgos de los trastornos de personalidad lo que impiden justamente es el mantenimiento de la abstinencia y el cambio de estilo de vida.

Entrevista 1. Profesional 1.

En los siguientes párrafos, vamos a analizar cómo influye en la consecución del cambio terapéutico, el sufrir algún/os trastorno/s de personalidad de los incluidos en el grupo B según el D.S.M. III-R; concretamente los trastornos límite y antisocial de la personalidad. Como tres profesionales menciona explícitamente al trastorno límite de la personalidad, vamos a describir la sintomatología de este trastorno según el III Manual revisado de diagnóstico y estadística D.S.M III - R (1989) publicado por la Asociación Psiquiátrica Americana (A.P.A.). Consiste en una pauta generalizada de inestabilidad respecto a las vivencias de la propia imagen, de las relaciones interpersonales y del estado de ánimo. A menudo, hay una notable y persistente alteración de la identidad y es muy común la existencia de una inestabilidad afectiva con notables cambios del estado de ánimo que le pueden llevar a la depresión, la ansiedad o la irritabilidad. También hay muestras de ira intensa e inapropiada, o falta de control de la agresividad con frecuentes manifestaciones de mal humor o de peleas físicas repetidas. Impulsividad, especialmente en actividades potencialmente autodestructivas como el uso de sustancias psicoactivas. Son frecuentes las amenazas, los gestos y las conductas suicidas y también, conductas automutilantes que pueden servir para manipular a los demás. Durante los periodos de estrés extremo pueden presentarse síntomas psicóticos transitorios pero, generalmente, tienen una duración y gravedad insuficiente para permitir un diagnóstico adicional. A los que presenten un trastorno límite de personalidad, les resulta muy difícil conseguir y mantener la abstinencia porque su misma patología les comporta dificultades añadidas para iniciar un tratamiento y especialmente, para seguirlo y alcanzar objetivos terapéuticos de alta exigencia.

Perquè els que tenim de trastorns límits de la personalitat la rehabilitació els costa moltíssim (...) perquè són precisament les persones que més utilitzen els mecanismes de defensa de la negació del problema i de la justificació del problema.

Entrevista 7. Profesional 3.

De los rasgos que conforman el trastorno límite de la personalidad, los que inciden de forma más negativa en los sujetos y en su toma de decisiones respecto a la rehabilitación, son los relativos a la inestabilidad afectiva y a la impulsividad. La inestabilidad afectiva, por la repercusión que tiene un estado de ánimo con cambios tan bruscos en la toma de decisiones en cuanto al mantenimiento de las intenciones de cambio por una parte y por otra, en la perseveración de las conductas tendentes a la consecución de los objetivos terapéuticos y, la impulsividad, en cuanto escasa reflexión y valoración de las consecuencias personales y sociales, a medio plazo, de realizar una determinada conducta. En muchos casos, la impulsividad tiene un carácter eminentemente autodestructivo (sobredosis principalmente).

La inestabilidad en el estado de ánimo, las fluctuaciones constantes entre el quiero y no quiero, la impulsividad rayando las conductas de autolesión (...) esas tres cosas hacen muy difícil que una persona pueda.

Entrevista 1. Profesional 1.

A la dificultad propia del diagnóstico diferencial en salud mental, cabe añadir la dificultad que entraña hacer el diagnóstico del trastorno antisocial de la personalidad asociado a la toxicomanía. Esta dificultad para realizar el diagnóstico viene condicionada, principalmente, por dos circunstancias que suelen repetirse en los sujetos adictos a opiáceos que presentan conducta antisocial: la edad del inicio en el consumo de las sustancias psicoactivas (mayoritariamente coincide con los primeros años de la adolescencia) y por el estilo de vida toxicómano que en mayor o menor medida comporta conductas antisociales, más o menos, graves. Es muy importante tener en cuenta, el momento en que los sujetos iniciaron sus conductas desviadas. Es decir, qué es antes el consumo de drogas o las conductas desadaptadas. Si las conductas desviadas que interfieren en el ajuste del sujeto con el entorno social son anteriores al consumo de drogas, el problema principal no es la toxicomanía sino que ésta constituye una conducta desadaptada más.

El tipo de personalitat antisocial escomença ja a presentar problemes molt abans de consumir drogues, entonces per a mi el consum de drogues seria un aspecte més d'eixa personalitat.

Entrevista 6. Profesional 3.

En el ámbito de las toxicomanías, a la tendencia propia de los adolescentes de transgredir las normas y la atracción por el riesgo y lo prohibido, cabe añadir que el consumo de drogas constituiría, una conducta de rebeldía más, propia de la edad. No obstante, el entrar en el mundo de las drogas, como hemos visto en los puntos anteriores, no siempre es una forma de rebelarse, sino que, en muchos casos, es una forma de autotratamiento para poder hacer frente al malestar psicológico que él aprender a vivir (mucho más en una sociedad tan competitiva y con carencias en las relaciones de afecto como la nuestra) les depara. Independientemente del motivo del inicio, al ser la heroína una sustancia ilegal de precio sobrevalorado, la forma de obtener dinero para estas sustancias siempre comporta la realización de delitos y él ir entrando progresivamente en un mundo marginal y cerrado del que a veces es difícil escapar. La edad de inicio en el consumo de drogas, en general, y de opiáceos en particular, constituye una importante variable en la conformación de la personalidad en tanto que vinculada al momento evolutivo y de desarrollo en que el individuo comience a intoxicar su organismo y a alterar su sistema nervioso.

Són gent que han fet abús de drogues molt prompte i que els mecanismes socials de subsistir han sigut sempre normalment a través del tràfic de drogues o activitats il·lícites que han facilitat que les persones no tingueren una estructura de personalitat feta ni una adaptació social prou adaptada.

Entrevista 10. Profesional 5.

Las grandes dificultades que presentan los sujetos con trastorno antisocial de la personalidad para cambiar su estilo de vida y permanecer abstinentes son debidas, principalmente, a dos características vinculadas a su estructura de personalidad: la tendencia a la transgresión de normas y a comportarse en función de su etiqueta. Por una parte, su tendencia a no seguir las normas le dificulta el seguimiento de las indicaciones terapéuticas más elementales en el cumplimiento de

las normas mínimas de los programas terapéuticos y su alto nivel de exigencia hacen su relación con los profesionales muy complicada llegando a grangearse, a menudo, su antipatía por ser su trato difícil. Si a eso añadimos la circunstancia de ser la conducta antisocial anterior al uso de drogas y haber sido diagnosticado de difícil o antisocial, el sujeto tiende a comportarse de una forma acorde con la etiqueta de antisocial, con lo que tampoco se plantea cambiar y abandonar el uso de drogas. En estas circunstancias, la rehabilitación es muy complicada porque, no debemos olvidar que, la rehabilitación no es sinónimo de abstinencia sino que lleva implícita, necesariamente, la adaptación social.

Los antisociales sociopatas lo tienen muy difícil porque ellos mismos se autolimitan.

Entrevista 1. Profesional 1.

Els que a lo millor han sigut etiquetats d'antisocials en edats molt tempranes (···) este tipo de persones normalment a llarg plaç els nivells de dificultat per a deixar el consum de drogues sol ser molt alt.

Entrevista 10. Profesional 5.

Como hemos señalado anteriormente, en el caso de sujetos con un trastorno de la personalidad antisocial, resulta poco probable un cambio de estilo de vida. No tenemos duda que para que la abstinencia se consolide, el estilo de vida del toxicómano tiene que cambiar iniciándose, al mismo tiempo, un proceso de normalización social. Como se desprende de lo analizado anteriormente, el realizar conductas delictivas en los periodos de consumo no constituye un criterio suficiente para hablar de trastorno antisocial, ya que es bastante usual entre los adictos a opiáceos en los periodos de consumo, el realizar delitos contra la propiedad, impelidos por la necesidad de obtener dinero para sufragarse el consumo y evitar el síndrome de abstinencia de opiáceos. En la medida en que estas conductas se circunscriban a las circunstancias anteriores, el individuo se plantea cambiar y disponga de algunos apoyos tales como familia o la posibilidad de acceder a un programa de tratamiento, el abandonar el estilo de vida toxicómano y mantener la abstinencia es, dentro de la dificultad que todo cambio conlleva, viable.

Yo la verdad, es que la gente que sigue con conductas antisociales y metido en el mundo marginal y conflictivo, yo no recuerdo gente que haya salido.

Entrevista 4. Profesional 2.

En la misma línea de atribuir enormes dificultades en la rehabilitación de los heroinómanos con rasgos antisociales de la personalidad, se señala que, posiblemente, esta dificultad estribe en que estos sujetos requieren otro tipo de intervenciones tendentes a alcanzar objetivos de adaptación social, más que a la terapia focalizada en la toxicomanía constituyendo ésta una de las posibles causas del escaso éxito terapéutico en la rehabilitación de toxicómanos con una marcada conducta antisocial subyacente. Ante los casos de sujetos con estructuras de personalidad antisocial, cabría plantear metas y objetivos sencillos que incluyan cambios conductuales pequeños y, en muchas ocasiones, a largo plazo acompañadas de actuaciones esencialmente de carácter social. Pero, tal vez, la realidad es que las estructuras sociales de apoyo existentes todavía no tienen una respuesta alternativa a este tipo de problemática, no olvidemos, eminentemente social.

Jo la veig difícil perquè no soles és un problema de família, ni un problema de psicòleg o terapeuta; és un problema d'integració de les normes, d'integració de les conductes i de també, un lloc per a ells.

Entrevista 6. Profesional 3.

Hasta este punto, hemos venido analizando la manera en cómo influye la comorbilidad de trastornos de personalidad y los trastornos por dependencia en los resultados terapéuticos y en qué medida según el/los trastorno/s. Al mismo tiempo, se valoran las posibles causas de estos pobres resultados y se proponen actuaciones tendentes a mejorar los resultados. A continuación, vamos a plantear la cuestión suscitada por uno de los profesionales entrevistados en torno a poder definir una categoría diagnóstica de alteración de la personalidad producida por el uso de sustancias. Los trastornos de personalidad inducidos por el uso indebido de sustancias, se aplicarían a aquellos sujetos que presenten una psicopatología asociada pero que no se les puede diagnosticar dentro de los cuadros definidos en la actualidad, lo cual nos permitirá hacer un diagnóstico más ajustado, teniendo en

cuenta las sustancias consumidas y la edad de inicio en el consumo. Los rasgos más significativos serían los relativos a conductas de huida de la realidad sentida como desbordante, respuestas de ansiedad ante las demandas sociales cotidianas, déficits en habilidades de solución de problemas, dificultad para controlar los impulsos y la baja tolerancia a la frustración que suelen presentar estas personas.

Trastornos de personalidad por el uso indebido de sustancias(…) en funció de les substàncies anirem definint una psicopatologia més clara, perquè jo sí que pense que hi ha transtorns del control dels impulsos, transtorns dels mecanismes de control personal, sobretot déficits d'habilitats socials per un tubo i, bueno la baixa resistència a la frustració que si abans apareixia i ara és molt més aguda, ara eixos mecanismes són molt més latents.

Entrevista 10. Profesional 5.

Y la tolerancia a la frustración que es fundamental; y ese conjunto de actitudes de justificarse frente a la vida a través de los demás.

Entrevista 4. Profesional 2.

Respecto a la influencia de los trastornos mentales en el proceso de cambio en la dependencia a opiáceos, no encontramos aportaciones contradictorias entre los profesionales entrevistados. No obstante, sí que hay profesionales que analizan más a fondo la cuestión ofreciendo matizaciones, apreciaciones particulares, cuadros psicopatológicos concretos e incluso proponen actuaciones diferentes, para poder mejorar los actuales resultados terapéuticos cuando existe comorbilidad psiquiátrica.

En diferente medida, todos apuntan que una comorbilidad con trastornos psicóticos o depresivos graves dificultan, en gran medida, el mantenimiento de la abstinencia. Los programas con agonistas opiáceos (metadona), en tanto que programas de objetivos intermedios, se perfilan como los mejores abordajes tendentes a mejorar la calidad de vida y facilitar la salida de la subcultura de las drogas. En lo relativo a la estructura de personalidad, en ningún caso se menciona la existencia de una personalidad subyacente al trastorno por dependencia, es decir, los profesionales

no consideran que exista una estructura psíquica estable y específica de la conducta del consumo abusivo de sustancias opiáceas que propiciará una posterior dependencia.

Sí que aprecian que padecer trastornos de la personalidad dificulta, en mayor o menor medida, la rehabilitación. Concretamente, se hace referencia a los trastornos esquizoide, esquizotípico y paranoide; el trastorno antisocial y el límite de personalidad. En cuanto a los tres trastornos que constituyen el subgrupo de los “extraños” (en la clasificación del DSM III-R), a menudo, se hallan asociados a algún trastorno psicótico que hará aún más difícil y poco probable mantenimiento de la abstinencia, considerando que en estos casos será más eficaz el tratamiento con metadona, mientras que en el caso trastorno antisocial de la personalidad se le presupone una influencia menos evidente, debido a que el consumo de drogas, en realidad, constituye una conducta desviada más. Ante la comorbilidad de trastorno antisocial se proponen más medidas sociales, junto con las terapéuticas, (orientadas o no a la abstinencia) que permitieran plantearse objetivos de cambio menos ambiciosos y a más largo plazo.

No existen dudas de que la personalidad se construye dentro del proceso de socialización de los individuos, dónde el entorno social juega un papel primordial, constituyendo la adolescencia un periodo evolutivo esencial en este proceso. A partir de la experiencia clínica, se apunta la posible existencia de un trastorno de personalidad producido por el uso de sustancias porque se observan un conjunto de síntomas que no reúnen las categorías de síndromes descritos. Esto ocurre cuando las sustancias consumidas son diversas y en cantidades considerables, a edades muy tempranas, coincidiendo el consumo y el vivir el estilo de vida toxicómano, con un periodo de tiempo fundamental en la formación y el desarrollo de la estructura de la personalidad.

El sufrir otros trastornos mentales, junto con el de dependencia, repercute negativamente en la adaptación tanto social como familiar, y personal del individuo con el consiguiente aumento del riesgo de recaída. Esta influencia será más o menos importante en función de la gravedad del o los trastornos. En resumen, podemos concluir que sea cual sea su origen, ante más psicopatología asociada y a mayor gravedad de la misma aumenta progresivamente la dificultad para consolidar un cambio de estilo de vida con abstinencia a opiáceos. En otros términos, a más

diagnósticos en EJE I y EJE II en el mismo sujeto, mayores dificultades de adaptación y normalización social.

4.1.2. Aspectos psicosociales.

Hasta este punto, hemos venido analizando la influencia de las variables personales en el proceso de cambio. En este segundo gran apartado, vamos a referirnos a los aspectos relativos a los diferentes ámbitos sociales del contexto en el que se desarrolla el individuo e intentar profundizar en el análisis, en torno a su influencia en la consecución de los objetivos de cambio terapéutico en la adicción a la heroína.

Ya nadie parece cuestionar que la dependencia de la heroína constituye un problema grave de salud tanto física como psicológica y social así como que los procesos sociales y otros factores ambientales influyen en la salud de los sujetos. La influencia de las variables ambientales en la salud de los individuos no constituye algo novedoso de nuestro tiempo, ya que esta idea se ha mantenido y difundido a través de distintas culturas y épocas aunque es, durante las últimas décadas, cuando surge el interés científico, por el estudio de la influencia que los factores sociales ejercen en el desarrollo, bienestar y ajuste social de los individuos. El interés por el estudio científico de los factores ambientales constituye un elemento clave para la comprensión, intervención y prevención de problemáticas psicosociales, como sería la problemática de las drogodependencias.

En muchas ocasiones, una salud deteriorada es el resultado de un desequilibrio, provocado por la aparición de signos y señales desordenados procedentes de las personas importantes para el individuo, o de una ausencia de información, que pueda corregir las desviaciones que se hayan producido y, consecuentemente, su aparición está vinculada a la existencia de ambientes muy desorganizados. Dentro de los estudios relativos a la influencia social merecen especial atención los relativos al apoyo social, que muestra su importancia en relación con la salud y, de un modo específico, su rol amortiguador frente a los estresores psicosociales. Es decir, tanto los factores contextuales, como los cognitivos (recursos de afrontamiento) pueden constituir un poderoso recurso de prevención de la enfermedad. Lo que se persigue es tratar de descubrir hasta qué punto el apoyo social posee un efecto protector en la salud y, en segundo lugar, qué forma y estructura habrán de tener las relaciones interpersonales para que puedan proporcionar apoyo.

No debemos olvidar que los eventos externos serán nocivos para el individuo siempre que éste no disponga de un conjunto de relaciones sociales que le ayuden a hacerlos frente. En líneas generales, podemos decir que cada ámbito social proporciona un tipo de ayuda o sentimiento de ayuda: el marco más global de la

comunidad puede proporcionar al individuo miembro de ella un *sentimiento de pertenencia* a una estructura social amplia, mientras que en el seno de la comunidad y en el plano de las redes sociales se pueden producir *sentimientos de vinculación* y, por último, el ámbito más próximo al individuo lo constituye el conjunto de sus relaciones íntimas o de confianza, de las que deriva *un sentimiento de compromiso*.

En este estudio vamos a analizar la influencia de las relaciones “más significativas” para el individuo heroinómano en lo relativo, especialmente, a las dimensiones objetivas de las relaciones que componen la red social del individuo, considerándolas clave para explicar la provisión de apoyo disponible y accesible para el sujeto. No obstante, no debemos olvidar que la disponibilidad de un conjunto de procesos sociales objetivos de apoyo, por sí solos, no influyen en el bienestar de las personas sino que resulta fundamental, la percepción del individuo de los mismos. También constituye un objeto de nuestro análisis el ámbito en que se produce apoyo social (el plano *afectivo*, en el *cognitivo* y en el *conductual*) así como la fuente de donde procede el apoyo la cual constituye un factor importante en la percepción del apoyo social. Finalmente, queremos reiterar la dificultad que entraña realizar un análisis pormenorizado, acotando los diferentes aspectos participantes, de los procesos psicosociales y la necesidad de contextualizarlos.

4.1.2.1 - La familia.

Aunque el elemento primordial del cambio es el agente (individuo heroinómano, en nuestro estudio), todas las aportaciones giran en torno al papel fundamental que desempeña la familia tanto en la génesis y evolución del problema de las adicciones como en la resolución del mismo. No podemos obviar que la familia constituye el núcleo primario y primordial en el proceso de socialización de los individuos, conformando el círculo social en el que se producen mayor número de relaciones de carácter afectivo y el ámbito principal de aprendizaje. Desde la Teoría del Aprendizaje Social se plantea que, la influencia de los padres en el inicio del consumo y del abuso y/o adicción puede ejercerse directamente a través del refuerzo social, modelado o, indirectamente, por medio de la transmisión de valores, actitudes o conductas. No debemos olvidar, que la socialización temprana se produce, eminentemente, en el seno familiar desempeñando este grupo social primario un papel fundamental en la configuración de la identidad de los individuos: desarrollo del autoconcepto y la autoeficacia que proporcionan al sujeto una visión de su propia entidad personal y social, sus capacidades, roles, etc.

A priori, el vivir en familia constituye una potencial fuente de apoyo en la superación de cualquier tipo de problema, (como es el caso de la adicción a la heroína), en tanto que es una estructura que posibilita la intimidad en las relaciones de los individuos. Observamos, a partir de las aportaciones de los profesionales, que no siempre, el conservar los lazos familiares constituye una ayuda para la superación de la adicción sino, en numerosos casos, todo lo contrario. En algunas ocasiones la dinámica familiar o una relación patológica entre sus miembros, suponen un auténtico obstáculo para que el individuo consiga superar sus problemas. Es decir, la simple existencia de una familia no supone un apoyo, sino que tienen que darse una serie de condiciones para que la ayuda que proporciona la familia y cumpla una función de apoyo.

En los apartados siguientes procederemos a estudiar pormenorizadamente la influencia familiar siguiendo los pasos siguientes: en primer lugar, analizaremos las familias en las que se consumen drogas o en las que su consumo está muy tolerado; a continuación, las tipologías familiares propuestas por los profesionales y sus influencias en el proceso de cambio; seguidamente, se valorará la conveniencia de las terapias para familiares y cuáles son las conductas y actitudes que hay que fomentar o tratar de modificar según los casos y; finalmente, señalar las alternativas terapéuticas propuestas cuando la modificación de la dinámica familiar por su propia patología resulta demasiado complicada.

Tal como hemos señalado, el tipo y funcionamiento de la estructura familiar en que un ser humano nace y se desarrolla, constituye un elemento clave en el proceso de socialización: el tipo de crianza, la educación, la transmisión de valores, el modelado y el establecimiento de relaciones entre sus miembros suponen elementos de primer orden en el desarrollo de la personalidad de los individuos. Así mismo, determinadas estructuras familiares suponen una fuente de conflictos en las que se dan muchas patologías entre sus miembros, tanto sociales como psíquicas, las cuales no pueden ser de mucho apoyo, más bien constituyen un obstáculo, para que uno de sus miembros que esté intentando superar la adicción a la heroína lo consiga.

En muchas familias muy patológicas, que tendrían que ser un apoyo, se convierten en disparadores de consumo.

Entrevista 2. Profesional 1.

Perquè hi ha famílies que estan molt desestructurades, que tenen molts malalts mentals dins de la família

Entrevista 6. Profesional 3.

Cuando haya en el seno familiar otros miembros que consuman drogas y/o que, incluso, se dediquen al tráfico de sustancias (ya sea a pequeña o a gran escala), y cuando ésta es la fuente de sustento primordial de sus miembros resulta muy difícil que un sujeto tome la decisión de cambiar y, prácticamente, imposibilita un mantenimiento de la abstinencia, por cuanto su entorno más íntimo y cercano constituye un estímulo y un modelo para seguir consumiendo.

Que no existieran otros miembros consumidores en la familia.

Entrevista 1. Profesional 1.

En estas circunstancias, podemos convenir que quizá superar el síndrome de abstinencia física a opiáceos es posible, lo difícil es mantenerla, porque hará que se produzca una consolidación en el mantenimiento de la abstinencia y tiene que haber, necesariamente, un cambio de estilo de vida y un salir del mundo marginal de la heroína. Cuando nos encontramos con un ambiente familiar, inmerso en el mundo de las drogas, la dificultad para que alguno de sus miembros consiga rehabilitarse es enorme. Cuando se dan estas circunstancias, nos encontramos con que el ambiente propiciador del consumo (que siempre tienen que abandonar a los heroinómanos en rehabilitación, como una de las primeras medidas terapéuticas) coincide en gran medida, con un ámbito que se considera protector y antagónico al subgrupo social de consumidores de opiáceos, y que sirve de referente al individuo como es, la familia.

Incluso teniendo un hermano consumidor en casa (...) en un momento dado el padre trapicheando o traficando, sin posibilidades de trabajar y aún así consiguen mantenerse abstinentes un tiempo; pero claro llega un momento en que ese ambiente es prácticamente imposible

Entrevista 8. Profesional 4.

Cuando son los padres los que consumen, resulta enormemente improbable que se planteen, seriamente, un tratamiento orientado a la abstinencia porque no existe intención de cambiar su estilo de vida debido a que ésta es la única forma de vivir que conoce. La familia constituye el sistema relacional primario en el proceso de desarrollo de los individuos, en el seno de la cual se aprende una manera de relacionarse con el entorno fomentando de forma directa toda una serie de actitudes y unos modelos conductuales que influirán decisivamente en el proceso de creación de la propia identidad, maduración, crecimiento e individualización e, incluso, en el tipo de relación que establezca con las drogas. En los casos de padres consumidores, nos encontramos con que el uso de drogas ha formado parte de sus vidas durante todo su desarrollo, constituyendo su forma de vida habitual con una actitud totalmente permisiva o, al menos, tolerante por parte de los padres, lo cual dificulta sobremanera que los sujetos se planteen cambiar porque las drogas han formado siempre parte de sus vidas y no tienen otros referentes a los que dirigirse.

Algunes famílies que estàn consumint els pares i els fills. Entonces tu saps massa bé l'efecte del modelat i moldexat que suposa en edats temperanes (...) inevitablement en la mesura que se fan majors els xicons forma part del seu sistema de vida de manera que han adeprés a consumir molt abans de estar ells consumint ¿no? Entonces llògicament la disposició d'ell per a deixar-ho és secundària forma part dels mecanismes de la seua llei de vida.

Entrevista 10. Profesional 5.

En muchos casos, los padres perciben como muy negativo, “catastrófico”, el uso de sustancias ilegales, pero no consideran problema ni les preocupa y consecuentemente, no controlan el posible uso abusivo de alcohol y/o psicofármacos entre sus miembros. Esta actitud permisiva por parte de las familias propicia que el sujeto, en proceso de rehabilitación, lo tenga más difícil porque siguen sin cambiar su actitud condescendiente, cuando no propiciatoria, ante las drogas legales. En estos casos, los individuos –pueden usar o abusar de estas sustancias, con el beneplácito de todos- con el consiguiente riesgo que esta conducta, supone para una recaída y/o la facilidad de hacer una adicción, a estas sustancias debido a los efectos de la tolerancia cruzada entre ellas.

Les famílies d'estes persones tampoc tenen assumit que això és una drogaadició (...) quan estes persones deixen l'heroïna, i alguns d'ells es tiren al alcohol o a les pastilles els pares estàn molt tranquils.

Entrevista 6. Profesional 5.

Una vez desmenuzados los aspectos relativos a los diferentes niveles de adicciones en las familias, en los párrafos siguientes, vamos a referirnos a diferentes estilos de relación familiar, a la función que desempeñan. En lo referente al grado de cohesión familiar, se pone de manifiesto que constituye un elemento protector de primer orden en el proceso de rehabilitación. Podemos decir que, si una familia está cohesionada, basando el sentimiento de pertenencia al núcleo familiar en las relaciones de intimidad y compromiso entre sus miembros; existe una definición clara de roles; se da una consistencia en las normas -que hace previsible las reacciones y consecuencias de las diferentes conducta - generando entre sus miembros una sensación de entendimiento de su contexto así como de seguridad y responsabilidad en las relaciones familiares. Cuando la cohesión familiar es alta constituye una fuente de apoyo de primer orden porque constituye un efecto amortiguador de las dificultades que el abandono del uso de drogas conlleva.

Famílies excessivament controladores, excessivament permissives i que tinguen nivells culturals baixets i que no s'han preocupat massa de l'educació dels xicons. No s'han preocupat massa de lo que és la família, la cohesió familiar”

Entrevista 10. Profesional 5.

Podemos decir que, a mayor cohesión familiar mayor probabilidad de proporcionar un buen apoyo tendente a que el sujeto consiga los objetivos terapéuticos de cambio. No obstante, el profesional que hace referencia a la cohesión familiar como un protector de la salud y como fuente de apoyo matiza que la mayor cohesión familiar no es sinónima de mayor estatus socioeconómico y cultural, sino que constituye un valor y, tiene que ver con la crianza y la calidad en las relaciones que configuran un estilo de funcionamiento. Es decir, cohesión no hace referencia a aspectos formales

externos, sino a aspectos más vinculados al afecto, a la pertenencia y a la claridad en los criterios de funcionamiento.

Molts d'ells han viscut en uns ambients de pobrea no material sino de pobrea cultural i també d'ambients de consum de drogues.

Entrevista 6. Profesional 3.

Hi ha famílies molt humildes que tenen un sentit de la família, una cohesió molt alta i que quan s'integren en la terapia funcionen de maravilla(…) ahí es veu lo que és l'estructura familiar: Una família unificada que està per la llabor, que té uns criteris.

Entrevista 10. Profesional 5.

Al igual que los tipos de familias poco o nada cohesionadas, las familias que se comportan sobre la base de pautas predeterminadas (en muchos casos a través de generaciones), las cuales no han sido cuestionadas estando salvaguardadas por creencias míticas como la unidad o fidelidad entre sus miembros y el sostenimiento de unos valores absolutos y duales, e implican un menor apoyo y de poca calidad en el curso del proceso de rehabilitación. Esto es así porque el consumo de drogas es vivido por el resto de miembros como una falta de lealtad en tanto que es percibido como un intento de ser diferente de los demás y de alejarse del núcleo familiar. La dificultad para entender, otro tipo de normas que no sean las mantenidas en el espacio familiar, impone un carácter defensivo, en el que lo bueno y correcto está dentro de la familia y lo peligroso o malo fuera de ella. En el seno de estas familias, la falta de lealtad, al no cumplir las normas establecidas, puede llevar, al sujeto heroinómano, a su exclusión implícita del grupo familiar, o la descalificación global por su vulnerabilidad ante la influencia externa, debido a que la familia no está dispuesta a tolerar esa conducta desviada en su seno.

Famílies que porten una estructura molt definida, a on el que un xicon entre en el consum de drogues és un virus que ha vingut de fora, i que el meu fill es un viciós (…) i, quan aplega un xicon en eixes condicions el món se'n va a terra i, normalment sempre hi ha membres de la família que neguen el problema. - Neguen, no - No accepten que se done eixe comportament dins de la família

Entrevista 5. Profesional 10.

Así mismo, encontramos familias que no establecen unos límites a la conducta y normas claras, que delimiten el funcionamiento familiar ya que, tanto el exceso como la ausencia o escasez de normas, constituyen formas de relación que no facilitan la rehabilitación de los sujetos heroinómanos. Es decir, si concebimos la rehabilitación de las toxicomanías como un proceso tendente a la estabilización biopsicosocial, los tipos de familia en las que los límites o normas pueden no existir, o ser rígidos o difusos (cuando existen) repercute negativamente en la progresiva interiorización personal de normas que permitan al individuo una adecuada adaptación psicosocial.

Modelos de familia massa rígida o de família que dona massa autonomia des d'els primers moments (...) son models que faciliten el que la personal no ixca de les drogues. Les famíles sobreprotectores també.

Entrevista 10. Profesional 5.

A pesar de la resistencia al tratamiento, ya sea explícita o implícitamente, por parte de la mayoría de familias las manifestaciones de los profesionales plantean la conveniencia de la participación de la familia para mejorar los resultados terapéuticos en las adicciones. Aunque, en demasiadas ocasiones, el conseguir que las familias se impliquen en las terapias constituye una ardua tarea, constatamos la necesidad de perseverar en el intento al objeto de que los miembros de la familia reciban información, orientación e incluso tratamiento que les permita participar eficazmente en el programa de tratamiento y apoyándole en su proceso de rehabilitación.

Los padres que acompañan en el proceso formándose también y autoentrenándose a como tienen que manejar los fallos que esa persona puede tener en el proceso de rehabilitación.

Entrevista 1. Profesional 1.

Ells han escomensat a pendre una part més activa en el tractament, no soles en el tractament sinó també en casa: en normes de casa, en normes de convivència, en diàleg y demás.

Entrevista 7. Profesional 3.

No debemos olvidar que, un entorno familiar positivo constituye una fuente de apoyo de primer grado para afrontar cualquier situación estresante y problemática como sería el conseguir abandonar el uso de drogas y cambiar el estilo de vida. No obstante, en las familias con miembros heroinómanos, en la mayoría de casos, la situación está muy crispada y se tiene poca información o mala en torno a la problemática y a las estrategias que hay que utilizar. Estas carencias, que a menudo se detectan en las familias, fundamentarían la conveniencia de que las familias participe en sesiones formativas o terapéuticas que le ayuden a desempeñar mejor su función, tanto en los aspectos conductuales como en los afectivos y de comunicación. Un hecho que se constata es que, cuando las familias participan activamente en las sesiones terapéuticas (si el individuo heroinómano está mínimamente motivado) los resultados terapéuticos son mucho mejores. Queremos señalar que, paradójicamente son las familias - que a priori menos lo necesitarían- menos desestructuradas y más cohesionadas las que más se involucran y participan en las actividades terapéuticas; mientras que, las más problemáticas y patológicas se muestran más reticentes a participar, quizás porque intuyen una amenaza a su actual equilibrio y funcionamiento.

Les famílies que han fet teràpia i han portat avant el programa són les que han conseguit que els fills, si estaven motivats.

Entrevista 6. Profesional 3.

Hemos ido desarrollando la importancia que tiene la implicación familiar en la psicoterapia y los motivos que aconsejan la intervención con las familias durante la rehabilitación, con el objeto de tratar de modificar los aspectos que puedan interferir en el curso del cambio. En los párrafos siguientes, desarrollaremos cuáles son, según los profesionales, las actuaciones familiares más apropiadas y, en que medida y orientación para que el apoyo al proceso de cambio sea eficaz. Es habitual encontrarnos con familias, o miembros de la familia que ostentan poder, que pretenden marcarle al sujeto el camino a seguir para su rehabilitación poniéndose ellos mismos al frente, al considerar que sus actuaciones van a conseguir cambiar al individuo. Ante estas circunstancias, cabe entrar a reestructurar esta creencia poniendo de manifiesto que el agente del cambio es el sujeto heroinómano, circunscribiendo la acción familiar al ámbito del apoyo. Es decir, la familia constituye una fuente de apoyo fundamental para el sujeto, pero cumplirá funciones de apoyo en tanto que se limite a

proporcionarle ayuda para ir superando los problemas y afrontando las situaciones conflictivas, en ningún caso haciéndolo por él, solucionándole los problemas, evitándoselos o encubriéndole.

Tiene que ser un apoyo. Pero no un apoyo que aprisione sino un apoyo que deje un margen a la libertad del paciente, del usuario

Entrevista 8. Profesional 4.

Han acompañado al paciente ayudándolo, pero no haciéndolo por él.

Entrevista 1. Profesional 1.

Nadie duda de la necesidad de los seres humanos de compartir sentimientos, pensamientos y experiencias; de expresarse emocionalmente; de la confianza y la intimidad; de los sentimientos de ser querido y cuidado y, de su importancia para una vida saludable. El área afectiva está muy dañada en las familias con toxicómanos por el tipo de conductas propias de la adicción que pueden hacer que, en ocasiones, las expresiones de amor o afecto constituyan una moneda de cambio en función de la conducta del sujeto. Detrás de cualquier medida punitiva pertinente y necesaria, ante cualquier conducta desviada en torno a la rehabilitación, en función de los límites y normas, en muchos casos duras, para que el individuo respete las normas de convivencia no podemos incluir los afectos. Es decir, no podemos vincular el amor a la abstinencia y el plantear límites a retirar el amor sino, más bien, todo lo contrario.

El afecto tendría que estar a la base: Yo a mi hijo le quiero pase lo que pase- pero si que fueran capaces de no dramatizar las situaciones las situaciones y de no sacarlas de contexto. Que tu hijo vuelva a drogarse no quiere decir que tu tengas necesariamente que dejar de quererlo

Entrevista 1. Profesional 1.

Si partimos de considerar la importancia de la familia en todo el proceso de socialización de los individuos, no podemos obviar la capacidad que tiene la familia en

torno a favorecer o interferir en el crecimiento personal y en la configuración de la propia identidad así como, en la individualización del grupo familiar. Es decir, la familia tiene la capacidad de ir otorgándole progresivamente mayores cuotas de libertad y responsabilidad que le posibilite independizarse, desarrollar sus proyectos individuales y de ser autónomo. En general, el funcionamiento de la familia hace que sea más o menos complicado el proceso de individualización; pero en el caso de los sujetos heroinómanos, la complicación es mucho mayor por las escasas muestras de responsabilidad que han exhibido a lo largo de sus vidas. Los profesionales plantean la necesidad de que los padres otorguen mayores cuotas de libertad y fomenten el ejercicio de la responsabilidad, en la medida que va avanzando en su recuperación. Es decir, a la necesidad inicial de ejercer un mayor control a la conducta del sujeto al inicio del tratamiento le sigue un progresivo aumento de las cuotas de libertad y responsabilidad que le permita al individuo alcanzar mayores cuotas de autonomía.

La oportunidad de independizarse (...) que la familia aprenda a considerarlo capaz, y no solamente capaz de no drogarse sino capaz de ser responsable, capaz de tener trabajo, capaz de poder mantener una familia, capaz de, en pocas palabras de ser autónomo.

Entrevista 1. Profesional 1.

Anteriormente, hemos puesto de manifiesto la importancia de la existencia de unas normas claras que delimiten las funciones de los diferentes miembros de la familia sin poseer un carácter rígido. Durante el proceso de rehabilitación, la existencia de unas normas familiares claras y consistentes que pongan límites a las conductas, son aún más necesarias sí cabe. La unidad de criterios y de acción entre todos los miembros de la familia (especialmente entre los padres) en el establecimiento de normas, constituye un elemento fundamental para que el sujeto alcance los objetivos terapéuticos de cambio.

El acuerdo, el diálogo, mantener los dos unas reglas; mantener los dos y hacer los dos lo posible por apoyar el programa de tratamiento del hijo. Vamos eso es necesario, conveniente y , vamos, casi imprescindible.

Entrevista 5. Profesional 2.

En muchas ocasiones, encontramos que se produce un ordenamiento jerárquico inapropiado en la estructura familiar al asignarse o asignar roles que no corresponden, produciéndose una confusión de papeles entre sus miembros. En un contexto familiar ambiguo y con falta de jerarquías, en el que el padre se autoexcluye o es excluido, tanto el sistema conyugal como el parental se resienten. Consideramos fundamental, que el padre retome su papel en la familia y que se establezca una autentica alianza padre madre, que les posibilite tomar decisiones conjuntas y evite los mensajes opuestos y contradictorios a los que, con frecuencia se ve sometido el drogodependiente, en aras de proporcionarle un buen apoyo.

O sea, que la alianza padre madre sea una alianza de verdad padre madre cara, sobretudo a como afrontar y como encarar el problema del chico.

Entrevista 1. Profesional 1.

Dentro de esa redefinición de roles familiares, junto al establecimiento de los límites y normas, cabría plantear un análisis de los roles desempeñados por los diferentes miembros y cual ha sido su función y la tendencia de su acción en la génesis y evolución de la toxicomanía. Esta reflexión tiene que favorecer que el grupo familiar se replantee la necesidad de modificar aquellas formas de relación y funcionamiento que resultan menos favorecedores de la adaptación social de sus miembros y que pueden resultar fundamentales para que el individuo consiga superar su adicción.

Quines aliances han hagut entre ells; o quines contradiccions ha hagut. - Si uns han apoiat a la persona si uns altres l'han atacat; si uns han anat a favor del xaval drogodependent o en contra del altre progenitor.

Entrevista 6. Profesional 3.

Con demasiada frecuencia, los familiares de toxicómanos ponen todo tipo de trabas a la intervención terapéutica familiar o a la terapia familiar, de manera más o menos encubierta, porque temen, entre otras cosas, que puedan revelarse secretos familiares porque intuyen una amenaza para el equilibrio familiar y tratan de protegerse

o porque piensan que es un problema de “salud mental o de personalidad” del sujeto con lo que, consecuentemente, es tarea del profesional de la salud correspondiente el “curarlo”. Es decir, bajo este supuesto, la función central de la familia consiste en traerlo a tratamiento. Se considera primordial que las familias cambien esta actitud y que, fundamentalmente los padres no deleguen totalmente en los profesionales la responsabilidad de ayudar a sus hijos.

Y si encima su mama viene, te la deja y te dice: -Aquí te lo dejo. A mi hijo me lo curas, a mi hija me la curas y cuando este curado vengo y me la llevo.

Entrevista 3. Profesional 2.

La falta de límites y normas familiares constituye un aspecto fundamental a modificar. Es necesario que comprendan la necesidad y que aprendan a establecer límites a las conductas inadecuadas (exigentes, manipulativas, amenazantes, falta de respeto al resto de miembros de la familia), propias de los periodos de consumo. Así mismo, que estos límites sean producto de decisiones firmes y consensuadas y que estén dispuestos a mantenerlos, para que cambien de forma evidente las conductas que alteraban la convivencia familiar y, las relativas a intentar seriamente (y sí está dentro de sus posibilidades), modificar su conducta adictiva.

Pues que la familia le apoye pero también, incluso que le plantee cosas de una manera firme, contundente (...) y hay uno que decimos: que nunca les planteen exigencias a los hijos que no estén dispuestos a mantenerlas.

Entrevista 5. Profesional 2.

Carinyo, apoio, comprenció i control: Ací estem però les condicions són estes.

Entrevista 10. Profesional 5

Otro aspecto fundamental, primordial, es que los padres aprendan a expresarse en términos positivos, centrándose en el presente y mirando hacia el futuro con optimismo. Resulta totalmente inapropiado el reproche continuado de las

conductas inadecuadas del pasado, de sus posibles consecuencias negativas y del posible malestar que éstas generaron en el resto de la familia. Para que un apoyo familiar sea efectivo, tiene que fundamentarse en la total aceptación del otro que incluiría sus posibles errores, por lo que no es adecuado el estar recordando y reprochando las conductas del pasado.

Es necesario que ese apoyo se dé dentro de unas coordenadas aceptables; que no se este reprochando y criticando mientras estén dando apoyo. (...) Es conveniente que no le estén recordando constantemente lo que fuisteis, centrarse más en el presente, en lo que eres en este momento.

Entrevista 5. Profesional 2.

Aún en los periodos de tiempo en que los sujetos están llevando bien los programas de tratamiento y van alcanzando objetivos tendentes al cambio, encontramos familias que se muestran dubitativas, vigilantes y categóricamente seguras de que el hijo no se va a recuperar. Estas actitudes pueden ser consecuencia de la historia toxicológica del propio sujeto, con abundantes recaídas, o también producto de la expectativa creada en torno a la heroínomanía de que nadie se rehabilita y que más tarde o más pronto todos recaen. Es necesario trabajar con los padres esa angustia e inseguridad producida por sus expectativas negativas porque, de forma explícita o implícita, esas expectativas se transmiten a los hijos produciendo un efecto rebote, en la línea de la profecía autocumplida. Es decir, las propias expectativas de los padres, en torno a que más pronto o más tarde va a recaer, pueden inducir a la recaída para adecuar su conducta a la esperada por sus padres.

Que no le manden mensajes negativos que luego ellos traducen en profecías autocumplidas: Vas a recaer, otra vez vas a volver a lo mismo.

Entrevista 9. Profesional 4.

En la línea del establecimiento de límites y normas, en el seno de la familia resulta fundamental para alcanzar con éxito los objetivos de los tratamientos que los padres estén dispuestos a colaborar con los terapeutas en el cumplimiento de las

normas de los programas. Una actitud de colaboración con el equipo terapéutico, (que no de ocultamiento del incumplimiento para protegerlos) por parte de todos los miembros, que permita mantener unos criterios únicos, que es lo que hará que el cumplimiento de las normas del tratamiento cumpla las funciones terapéuticas previstas.

“Establecer normas, pautas de comportamiento y unas reglas respecto a los tratamientos. Es decir, apoyar las pautas que marque el equipo profesional que está tratando a su hijo”

Entrevista 5. Profesional 2.

Desde cualquier ámbito de la intervención en drogodependencias, se considera que la participación familiar es primordial, en cualquier tipo de programa de tratamiento tendente a deshabitación del consumo, en tanto que “probable” fuente de apoyo para el sujeto y un marco de referencia para poder encontrar posibles respuestas al comportamiento adictivo. Generalmente, en mayor o menor medida, las relaciones en las familias con miembros toxicómanos son conflictivas y las actuaciones del resto de miembros -“los no dependientes”- no son las más adecuadas para apoyar el proceso de cambio. Se considera muy importante la reestructuración de las relaciones familiares, así como fomentar el cambio de actitudes y conductas de las familias para que puedan constituir una auténtica fuente de ayuda al miembro de la familia con problemas de heroíomanía. No obstante, cuando se dan muchas patologías graves; con la consiguiente desestructuración (bien por patologías psiquiátricas, bien por trastornos por adicción, conflictos sociales, etc.) el plantear una intervención terapéutica dirigida a la familia no se considera productivo. La dificultad estriba, principalmente, en que estas familias no se plantean cambios, con lo que resulta complicado entrar a reestructurar el conflictivo mundo de relaciones establecido.

En los que hay una desestructuración familiar muy fuerte y unos conflictos intrafamiliares muy fuertes y problemas ya personales entre los padres fuertes. Entonces, ahí resulta un poco difícil entrar a reestructurar todo el entorno familiar.

Entrevista 5. Profesional 2.

Cuando la reestructuración familiar es difícil o muy complicada, debido a alguno/os de los aspectos patológicos de funcionamiento, que hemos ido desgranado en los párrafos anteriores cabría plantearse la opción de separar al sujeto del ámbito familiar. Los profesionales opinan que, en ambientes familiares muy patológicos la rehabilitación es sumamente improbable, por lo que apuntan la conveniencia de separar al sujeto de su entorno familiar.

Entonces en estos casos sería hasta aconsejable separar al sujeto cuando está en un proceso de recuperación (de la familia).

Entrevista 5. Profesional 2.

Un profesional la apunta, como una primera medida paliativa, concretamente cuando la familia no puede controlar los tratamientos, ni ejercer un buen modelo, la utilización de los recursos de carácter residencial. Es decir, un inicio de tratamiento en el ámbito ambulatorio para, a continuación, separar al sujeto temporalmente de su ambiente y de su familia al objeto que pueda ir adquiriendo hábitos, normas de conducta, nuevas formas de relación, etc., que le permitan un mantenimiento sostenido de la abstinencia.

En estos casos, a lo millor sí que, a lo millor, el tractament tindria que anar acompanyat d'una comunitat terapèutica a on poder reforçar la cosa institucionalitzada que a lo millor en la família no té.

Entrevista 7. Profesional 3.

Es cierto que, el derivar a un sujeto a una comunidad terapéutica puede constituir un primer paso para que el individuo consiga estar abstinentes, aprenda nuevas formas de relacionarse y adquiera nuevos hábitos de vida más saludables. Pero no debemos olvidar, que los programas en comunidad terapéutica solo constituyen un paso intermedio en el proceso de deshabitación que, necesariamente, tiene que completarse con la normalización social dentro de su entorno habitual. Es en el momento de la normalización social (en el que el sujeto tiene que volver a su contexto social habitual y a su familia) cuando comienza a peligrar su rehabilitación y el mantenimiento de la abstinencia, debido a que las condiciones ambientales

protectoras de la comunidad terapéutica ya no están presentes y el sujeto tiende a repetir las pautas de conducta habituales propias de este ambiente.

En un periodo de reinserción social volverle a meter en esa estructura familiar (que puede ser patológica o conflictiva) pues, puede ser un conflicto para él.

Entrevista 5. Profesional 2.

Sujetos que lo están haciendo muy bien (...) que llegan a casa de fin de semana; salen; están con la familia: ni le preguntan dónde van, le dan todo el dinero que pide. No le controlan en absoluto.

Entrevista 8. Profesional 4.

En resumen, a partir de las aportaciones de todos nuestros interlocutores podemos decir, que la familia juega un papel fundamental aunque no definitivo, en la rehabilitación de la heroínomanía. El factor psicosocial más significativo en el proceso de cambio es la familia, pudiendo constituir la influencia familiar desde un apoyo primordial, a un obstáculo en el curso del cambio del individuo. Es decir, la participación de la familia cubriría todo el espectro del curso que iría (según el tipo de familia) desde una influencia muy protectora de la salud y, consecuentemente, muy positiva a una patológica y, totalmente negativa para el individuo que intenta superar su adicción a la heroína.

Las familias que más usan las drogas (tanto legales como ilegales) o que muestran mayor permisividad ante su uso, no viéndolo como problemático, serían las que influirían más negativamente en la consolidación del mantenimiento de la abstinencia. Así mismo, las familias con problemas graves de salud mental entre sus miembros y con problemas graves a nivel social también supondrían un elemento dificultador que, se agravaría en la medida en que se produjera mayor coexistencia y de mayor gravedad de los diferentes tipos de problemáticas. En muchas ocasiones, el mantenimiento de la abstinencia en el seno de estas familias es imposible debido a la permisividad del consumo, así como de otras conductas desviadas por el complicado mundo de interrelaciones que se establece en su seno, agudizando la problemática propia de la deshabituación. Este tipo de familias constituye un elemento

distorsionador de primer orden en lo relativo al apoyo para abandonar el uso de drogas y cuyo funcionamiento patológico repercute muy negativamente en el individuo toxicómano, en fase de deshabitación, impidiéndole consolidar la abstinencia.

A menor cohesión familiar, en el sentido de escaso sentimiento de pertenencia, mayor falta de afecto en las relaciones y criterios de funcionamiento no claros; a mayor tendencia a regirse sobre la base de pautas de comportamiento rígidas y preestablecidas a través de generaciones se constituyen sistemas poco permeables en las que lo bueno está dentro y lo malo fuera. A mayor falta de normas o límites claros o, cuando estos son rígidos o difusos, aumenta la posibilidad de que su participación en el proceso de cambio tenga un carácter de signo más negativo.

La complicada red de interrelaciones que se establecen en el seno algunas familias, dificulta, en gran medida, la rehabilitación de la heroína porque su propia estructura de funcionamiento constituye, más bien, un obstáculo o una dificultad añadida, en vez de un apoyo al proceso de cambio. En el otro extremo encontramos como favorecedoras a las familias muy cohesionadas, las que establecen límites flexibles, claros, consistentes y coherentes con los valores familiares y cuyas relaciones se basan en el afecto, constituyen un elemento protector de la salud y un apoyo fundamental para el individuo por su efecto amortiguador ante el estrés que generan las dificultades propias del abandono del uso de drogas. Se pone de manifiesto, que un mejor funcionamiento familiar no está vinculado, necesariamente, a un mayor estatus socioeconómico, nivel cultural o prestigio familiar ni por el contrario, menos cohesión es sinónimo de marginalidad y pobreza, sino que tiene que ver más con los valores y actitudes en los que se establecen los vínculos familiares, las relaciones de afecto y, una definición de roles y conductas claras por parte de sus miembros.

Es unánime, entre los profesionales, el señalar la importancia de la influencia de la familia en la evolución del curso del cambio en las drogodependencias y la necesidad de intervenir en las familias durante el tratamiento, así como en cuáles son los aspectos favorecedores y cuáles los distorsionadores del mismo. No obstante, sí aparecen diferencias a la hora de plantearla: mientras que unos se centran más en las características familiares y en su influencia en el cambio, el resto de profesionales hacen referencia a las actitudes, conductas y emociones que es necesario

reestructurar, las cuales, en esencia, vienen a coincidir con las características negativas que definirían a las familias patológicas o disfuncionales.

Se considera primordial la participación de la familia en el tratamiento y necesaria la intervención terapéutica en las familias de toxicómanos al objeto de que su actuación sea la más apropiada para que constituya tanto un apoyo para el sujeto como un apoyo para el programa terapéutico. La intervención terapéutica en la familia iría desde el fomento mismo de la colaboración en el tratamiento, pasando por la asistencia a grupos formativos e informativos para colaborar eficazmente en las diferentes fases del tratamiento, hasta hacer una terapia familiar. Tratar de romper la tendencia de delegar el problema en los profesionales y hacerles entender la importancia de su colaboración en el tratamiento constituye uno de los primeros objetivos de la intervención familiar para, posteriormente, por una parte, tratar de modificar o reestructurar aquellos aspectos del funcionamiento familiar que puedan estar dificultando el proceso de cambio y, por otro, reforzar aquellas actuaciones pertinentes y favorecedoras del mantenimiento de la abstinencia. Seguidamente, haremos referencia a todos aquellos aspectos que han detectado los profesionales y que se dan mayor asiduidad, constituyendo los objetivos de intervención prioritarios.

Entre los relativos, propiamente, a la colaboración en los tratamientos encontramos los que hacen referencia al fomento de la importancia de la implicación familiar en los mismos, al objeto de que el usuario siga fielmente las indicaciones terapéuticas, planteándose los límites de funcionamiento pertinentes, para que las normas se cumplan y no ceder ante posibles chantajes emocionales y presiones. A nivel psicoeducativo, es necesaria una clarificación de los conceptos básicos de las drogodependencias (dependencia; existencia de drogas legales, -haciendo especial hincapié en los psicofármacos y el alcohol- como sustancias capaces de generar adicción por sí mismas y por su implicación directa en las recaídas; diferentes efectos farmacológicos de las sustancias., etc.) de la importancia del modelado en general y de lo relativo al uso de sustancias por otros miembros de la familia en particular. Necesariamente, el proyecto y la ejecución del cambio tienen que ser del sujeto toxicómano, (que desistan de pretender ser el motor del cambio y los que marquen las directrices del mismo) y de que su rol se limite, a asumir un importantísimo papel de apoyo al tratamiento (como acompañamiento), manteniendo una actitud de control (que no de vigilancia) de disponibilidad para dispensar ayuda sin ser agobiante ni catastrofista, manteniendo un punto de optimismo ante la resolución del problema. Así

mismo, no es apropiado el recordar constantemente las conductas inadecuadas del pasado, sino que hay que centrarse en las presentes reforzándolas y enfrentarse al futuro con optimismo pero sin euforia ni triunfalismo.

No queremos dejar de mencionar que, en los casos en los que la familia participa, esa colaboración suele ser únicamente de las madres siendo muy pocos los padres que acuden y, muchos menos, los que participan en las actividades para familiares. No obstante, a pesar de esta realidad, se considera primordial la unidad de criterios entre los padres, en lo relativo a la toma de decisiones a la hora de establecer límites que constituya una autentica alianza padre-madre y en hacer que las normas se cumplan, procurando que las mismas sean lo más acordes y coherentes posible con el funcionamiento familiar general (que la conducta del resto de los miembros sea también acorde con las normas). Las normas tienen que poseer cierta flexibilidad pero, hay que tener claro que se establecen para cumplirlas y, si no es así hay que tomar las medidas pertinentes. Es prioritario, que esa unión se mantenga cuando haya que hacer cumplir las normas de convivencia familiar y, en el caso que haya que tomar algún tipo de decisiones duras y drásticas, como expulsarlos de casa; se considera esencial no ceder si no hay cambio de conducta (no-sólo palabras) que devengan condiciones claras para volver a admitirlo. Es decir, al objeto de aumentar la motivación para abandonar el uso de drogas es necesario mantener con energía las decisiones tomadas. Las relaciones de afecto y la expresión adecuada del mismo constituyen un elemento primordial en el crecimiento feliz de los individuos y en el afrontamiento y solución de los problemas, como la rehabilitación de la heroínomania. Las decisiones enérgicas, aunque sean duras, y afecten emocionalmente a la familia, son convenientes para la rehabilitación y no constituyen una falta de amor sino todo lo contrario, una consecuencia del mismo. No podemos olvidar, que la valoración cognitiva, "creerse querido" adquiere para el individuo un protagonismo definitivo en el proceso de interpretación de las condiciones ambientales. Es necesario evitar las expectativas negativas, en torno a la solución del problema anticipando una recaída, viéndola como una catástrofe insalvable.

En muchas ocasiones, la familia no quiere que sus miembros se separen y en este caso la toxicomanía, aparece como un síntoma para el sujeto no abandone nunca el seno familiar. Es decir, es necesario que la familia no aprisione al individuo sino, que en la medida en que se rehabilite le permita independizarse y ser autónomo. Generalmente, son las familias más cohesionadas, menos rígidas, en las que están los

roles mejor definidos y las funciones delimitadas las que más y mejor colaboran en los tratamientos y las que más participan y se benefician de las actividades, terapias y grupos formativos, constituyendo un apoyo fundamental y primordial para el sujeto heroínmano que decide abandonar el uso de drogas y cambiar su estilo de vida.

Finalmente, no debemos olvidar, que una salud deteriorada es, a menudo, el resultado de un desequilibrio provocado por la aparición de signos y señales desordenados procedentes de las personas importantes para el individuo o de una ausencia de información que pueda corregir las desviaciones que se hayan producido y, consecuentemente, su aparición está vinculada a la existencia de ambientes muy desorganizados. En algunas ocasiones, se ha observado que el individuo ha conseguido finalmente consolidar la abstinencia cuando ha salido del ámbito familiar para vivir en pareja o con amigos no consumidores. En este sentido, los profesionales apuntan que cuando el ambiente familiar sea, especialmente negativo y de difícil abordaje, cabría plantearse la conveniencia, con todas las reservas posibles, de apartar al sujeto de la familia. En concreto se plantean la posibilidad de comunidad terapéutica pero luego se apunta la problemática de tener que volver al medio y a la familia con las posibilidades de que se repita el ciclo de las recaídas.

4.1.2.2 - La red asistencial: los programas de tratamiento.

En general, se considera que la disponibilidad de una estructura de recursos sociales -suficientemente dotada y accesible- constituye un elemento básico, tanto para la prevención como para el fomento y la intervención en el ámbito de la salud. La existencia de una red asistencial específica en el campo de las adicciones puede constituir, en sí misma, una estructura social de apoyo ante los problemas generados por el uso abusivo de sustancias y los propios de las drogodependencias, que se encuentre disponible para las personas que se planteen cambiar su estilo de vida superando su dependencia de la heroína.

La red asistencial, en el ámbito de las drogodependencias, puede conceptualizarse como el conjunto de recursos disponibles para el individuo a los que probablemente acudirá cuando se plantee iniciar un tratamiento. Se considera prioritario que dicha red atienda todos los aspectos vinculados a la toxicomanía (sociales, psicológicos y físicos) y que se rija por criterios profesionales. No obstante, no podemos olvidar que la existencia de un recurso asistencial no siempre es percibido como una ayuda por los potenciales usuarios. El tratamiento de las adicciones

constituye una acción compleja, debido a que en muchas ocasiones, el usuario ni tan siquiera desea ser tratado, porque ni reconoce que su problema de dependencia existe o no lo vincula al uso de drogas ni, probablemente sepa con exactitud qué es lo que quiere alcanzar con la ayuda del programa terapéutico. En muchos casos, acude con el único objetivo de superar una crisis, cubrir una necesidad inmediata concreta o conseguir algún fármaco sustitutorio. Así pues, tenemos que tener en cuenta que, acudir a un centro de atención no es sinónimo de intento de reestructuración, de alguna manera, su vida: algunos se sienten (en gran medida, debido a experiencias previas) incapaces de mantener la abstinencia, otros a los que su propio deterioro ya no se la permite y encontramos también a los que ni tan siquiera se la plantean.

Con las anteriores consideraciones, la asistencia tiene que planificarse a partir del establecimiento de unos objetivos terapéuticos individualizados en función de la realidad, tanto social como personal, del usuario así como de sus necesidades y aspiraciones que, no necesariamente, contemplen la consecución de la abstinencia ni la reconversión total como únicos objetivos valiosos, considerando válido cualquier objetivo de cambio relativo a la mejora de la calidad de vida de los sujetos y a la preservación de la salud pública. No obstante, en este trabajo nos centraremos en el análisis de la participación de la estructura asistencial en la rehabilitación de la adicción a opiáceos: los diferentes tratamientos; funcionamiento de los equipos; las cualidades humanas, conocimientos y habilidades específicas de los terapeutas; y la influencia de las actuaciones fundamentadas en el voluntariado y los ex-toxicómanos en tratamientos que persiguen la consecución del mantenimiento de la abstinencia y que la misma se traduzca en un evidente cambio de estilo de vida.

En relación con el funcionamiento de la red asistencia pública hay las largas listas de espera para acceder a los Servicios de Atención a drogodependientes (especialmente en las hospitalarias y residenciales) debido a la insuficiencia manifiesta de plazas en este tipo de recursos de la red asistencial. Esto repercute de dos maneras en la calidad asistencial: por una parte justifica, en cierta medida, tanto la existencia como la proliferación de los centros privados y por otra, repercute indirectamente en el abandono del intento de salir del círculo de las drogas. Tal vez, lo que más dificulte el proceso, no es la lista de espera inicial, sino que la existencia de listas de espera independientes para acceder a los recursos, impida la evolución lógica de los procesos de deshabituación, al no coincidir las altas con los ingresos en otro tipo de servicios.

No hablaría tanto de que es un problema de la lista de espera como que es un problema de la no coincidencia de los ingresos y las altas.

Entrevista 1. Profesional 1.

La existencia de una red asistencial específica y profesionalizada en el campo de las adicciones se considera necesaria para poder plantear -con unas mínimas garantías de éxito-, un proceso de rehabilitación orientado a la consolidación del mantenimiento de la abstinencia en el medio social habitual del individuo. Respecto a la dotación de la red, tanto de recursos humanos como materiales, se considera suficiente, aunque mejorable, durante las fases de desintoxicación y deshabitación. No obstante, se observan carencias importantes en la que denominaríamos fase de adaptación o reinserción social, que sería la última e importantísima fase que completaría el proceso de rehabilitación. Es decir, la red asistencial se considera suficiente en lo relativo a los aspectos biomédicos y psicológicos durante la deshabitación, pero insuficiente en lo relativo a la dotación de recursos para alcanzar objetivos de normalización social relacionados con la consecución de un puesto de trabajo y la preparación laboral que les permitan incorporarse, con unas mínimas garantías, al mercado laboral.

En el periodo de tractament, com a tal, pense que lo que hi ha podria millorar-se, a lo millor, podria millorar-se, -no dic que no- però crec que està prou covert y prou atés. Jo lo que trove a faltar en el tractament dels drogodependents és el periode de reinserció.

Entrevista 7. Profesional 3.

Se establecen diferencias entre lo que serían recursos asistenciales con profesionales y los que funcionan sobre la base de voluntariado, ex-toxicómanos y los que se sustentan en programas de índole eminentemente redentora y religiosa. Aún sin negar la posible valía, que para algunos individuos pudieran tener estas actuaciones, en cuanto a la consecución de la abstinencia, se considera que las intervenciones deben regirse por criterios profesionales respaldados por un cuerpo teórico comprensivo y coherente con la naturaleza humana que proporcione rigor a la intervención. En este sentido, cabría poner de manifiesto que las actuaciones, no profesionalizadas, con objetivos redentores que presentan el proceso de cambio como una reconversión con muchas garantías de éxito, si se sigue su programa, tal vez le están haciendo un flaco favor a la sociedad, ya que abandonar el uso abusivo de opiáceos y cambiar el estilo de vida, constituye un proceso dificultoso para los individuos y, en muchos casos, no consiguen recorrer. Sin embargo, cabría matizar

que la acción de los voluntarios y de los ex-toxicómanos en colaboración con los profesionales, pueden constituir un apoyo importante en el proceso del tratamiento. No debemos olvidar, que la acción del voluntariado y de los grupos de autoayuda, constituyen un apoyo en el restablecimiento de la salud en tanto que son recursos humanos disponibles para acompañarles durante el largo y complicado proceso de rehabilitación de la heroínomanía.

Unos pueden ser con equipos profesionales, es decir recursos con profesionales y otros con voluntariado: recursos en los que se utiliza una metodología y unos planteamientos, entre comillas científicos y, otros recursos con planteamientos religiosos, ideológicos, isotéricos..,

Entrevista 3. Profesional 2.

Dado el carácter biopsicosocial de las adicciones se considera importante y necesario que los equipos profesionales, que conformen la red asistencial y los que atiendan los casos de adicciones, sean multidisciplinares al objeto de que se aborden en profundidad los aspectos físicos, psíquicos y sociales que concurren en esta patología, por lo que se considera que la intervención de carácter asistencial, de un solo profesional no sería la más la idónea. Es decir, se considera que la intervención de un único profesional, (sin cuestionar su eficacia y rigor en su área de actuación), no sería la más adecuada para abordar la compleja y entramada red de circunstancias que concurren en la vida de cualquier individuo que desee rehabilitarse.

Otros pueden intentarlo por medio de ayuda profesional pero como muy privada, muy cerrada (un psicólogo particular, un médico particular). Es posible que también puedan salir.

Entrevista 3. Profesional 2.

Redundando en la conveniencia de los programas de tratamiento con equipos interdisciplinares de tratamiento para el mejor abordaje de las toxicomanías, se pone de manifiesto que (con las diferencias propias de los diferentes postulados teóricos) en los centros asistenciales con equipos profesionales las actuaciones son similares. Esa similitud en las intervenciones, derivada de la propia estructura de la

asistencia y de la planificación de las actuaciones a partir de criterios científicos, hace que las acciones terapéuticas en los diferentes programas de tratamiento, puedan tener un carácter aditivo y de continuidad. Es decir, lo que un individuo ha aprendido y los cambios que ha sido capaz de conseguir, si recae y/o prosigue con otro equipo profesional podrá seguir avanzando, a partir de lo aprendido en la anterior experiencia porque, en lo esencial, el funcionamiento del servicio, su estructura y los programas ofertados son cuando no iguales, muy próximos en planificación de objetivos y acciones terapéuticas.

Entonces todos aquellos que tienen unos planteamientos metodológicos de profesionales y unos planteamientos más o menos científicos, tienen unas estructuras y unos planteamientos muy comunes.

Entrevista 3. Profesional 2.

Al fi i al cap tots els professionals diguem el mateix en diferents moments de la vida dels pacients: uns d'una manera, altres d'altra; uns en un estil, altres en altre. Però, bueno, tots tenim els mateixos objetius (...) i clar, l'aprenentatge és entrenament i l'entrenament es repetició.

Entrevista 10. Profesional 5.

En lo relativo al tratamiento, no debemos olvidar que, actualmente, existe un abanico de posibilidades terapéuticas en la intervención ante las toxicomanías que permiten diferentes abordajes en función de las metas terapéuticas que, no necesariamente, contemplen la consecución de la rehabilitación total como los programas de tratamiento con agonistas opiáceos (los más utilizados en el Estado son los de metadona). No obstante, a continuación vamos a hacer una breve descripción de los programas de tratamiento que incluyen entre sus objetivos la consolidación de la abstinencia, junto al cambio de estilo de vida.

En primer lugar, para poder iniciar un programa de tratamiento orientado a la abstinencia el sujeto tiene que estar desintoxicado por lo que, en la mayoría de casos, la intervención comienza con la desintoxicación. La intervención psicológica y social se orienta a conseguir y, especialmente, consolidar la abstinencia a través de estrategias psicológicas y de disponibilidad de recursos sociales que posibiliten la tendencia hacia el cambio en el estilo de vida. En líneas generales, los programas orientados a la

abstinencia son los programas ambulatorios libres de drogas y con antagonistas opiáceos y, los programas residenciales o comunidades terapéuticas. La psicoterapia y la intervención social con un carácter eminentemente comunitario serían los recursos primordiales de apoyo. Las dificultades en el tratamiento de los sujetos diagnosticados de dependencia a opiáceos han dado lugar a numerosas investigaciones relativas a la posible utilidad de combinar las intervenciones psicofarmacológicas y sociales. El fundamento teórico de los antagonistas opiáceos se basa en las hipótesis conductuales de la adicción, en concreto el condicionamiento instrumental u operante el cual jugaría un papel determinante en el inicio y mantenimiento del uso de heroína. El antagonista opiáceo puede bloquear la conducta de búsqueda de droga, es capaz de evitar la aparición de la euforia y el desarrollo de la dependencia.

Los programas en comunidad terapéutica consisten en separar, durante un periodo de tiempo largo, al sujeto de su entorno habitual al considerar que las presiones del entorno le impiden consolidar la abstinencia en un programa libre de drogas y constituye uno de los primeros recursos utilizados en el abordaje de las toxicomanías, en muchas ocasiones con poco rigor y aprovechando el desconcierto inicial. La protección que proporcionan al sujeto dependiente el antagonista y el estar lejos del entorno tiene que constituir un tiempo suficiente para modificar substancialmente diversos aspectos de su estilo de vida que son importantes para mantener la abstinencia. Ambos programas tienen que evolucionar hacia un programa libre de drogas de carácter ambulatorio. En este sentido, se considera, que no hay programas de tratamiento excelentes que sirvan en todos los casos, sino que el programa será bueno en la medida en que se adapte a las necesidades, expectativas y realidad presente del usuario que lo tenga que seguir. Es decir, no son los usuarios los que se tienen que adaptar a un único tipo de programa sino que los programas se intentarán diseñar a partir de la realidad personal y social del sujeto teniendo en cuenta sus propios objetivos de cambio y las vías para alcanzarlos.

Hay tratamientos, hay adictos o drogodependientes y tenemos que ver la forma de hacerlo coincidir, el tratamiento con el momento evolutivo de la persona, de su problemática y eso; intentar hacerlo coincidir pero no hay tratamientos mejores o peores.

Entrevista 1. Profesional 1.

No creo que se pueda decir que este método es válido para todos o el que resuelve el problema en todos los casos.

Entrevista 5. Profesional 2.

Una acertada elección del tratamiento constituye un aspecto de primer orden para el éxito terapéutico. En líneas generales, un programa de tratamiento tendría que cubrir las necesidades del usuario, estar acorde con sus expectativas y adecuarse a su realidad personal y a sus circunstancias. Con esto queremos decir que, la intervención terapéutica tiene que planificarse a partir del establecimiento de objetivos individualizados -a corto y largo plazo, con plazos variables de ejecución y atendiendo a la posibilidad de retrocesos en el curso del cambio- que cubran sus necesidades, cumplan sus expectativas y que sean coherentes con lo que entendemos por objetivos de cambio terapéuticos teniendo en cuenta las posibilidades reales de los sujetos, en ese momento concreto.

Que el paciente y el tratamiento conecten: que sea el tratamiento idóneo, y en el lugar adecuado, y en el momento en que el paciente esté motivado a hacer ese determinado tratamiento.

Entrevista 2. Profesional 1.

Los aspectos relativos al matching (en cuanto elección del recurso terapéutico más adecuado para cada drogodependiente, al objeto de facilitar al máximo su proceso de cambio) son considerados determinantes por los profesionales entrevistados. Una de las variables del matching que consideran más importantes son las relativas a la motivación al cambio. Para que un tratamiento orientado a la abstinencia tenga éxito el individuo tiene que estar preparado y desear seguirlo porque sino, aunque cuente con recursos personales y de apoyo y, el programa de tratamiento sea muy potente, probablemente fracasará en el mantenimiento de la abstinencia. Es decir, por distintas circunstancias y situaciones, una mayor motivación ante cualquiera de los tratamientos influirá de forma muy positiva en el nivel de cumplimiento del mismo, destacando que las expectativas altas en torno a las cualidades del mismo y los resultados a alcanzar serán más positivos y deseables, tanto a corto como a medio plazo.

Yo penso que segons la motivació que té la persona influix molt en que un tipus determinat de tractament psicològic pugui ajudar-los a eixir més prompte del tema.

Entrevista 7. Profesional 3.

Porque el sujeto que no está motivado, o que está poco motivado, aunque el tratamiento sea muy potente, muy eficaz y muy maravilloso, los profesionales sean geniales, pues igual no resulta

Entrevista 5 Profesional 2.

Por otra parte, los profesionales entrevistados indican que padecer patologías psiquiátricas severas constituiría otra variable de matching que podría desaconsejar un programa terapéutico orientado a la abstinencia. Tal como desarrollamos en el capítulo dedicado a los trastornos mentales, la comorbilidad de la dependencia a opiáceos con los trastornos psiquiátricos graves hacen muy difícil mantener la abstinencia. Los criterios que desaconsejarían la inclusión en programas de tratamiento orientados a la abstinencia, al menos como primer abordaje terapéutico serían: sufrir una patología psiquiátrica severa; el no contar con una familia, mínimamente estructurada y cohesionada, dispuesta a apoyar al individuo y al proceso terapéutico y; una historia larga de consumo y dependencia que haya ocasionado graves deterioros psicofísicos, desarraigo social e identificación con el estilo de vida marginal de la toxicomanía.

Los criterios de los programas libres de drogas: la ausencia de patología psiquiátrica severa (...) más apoyo familiar, menos desestructuración..., tienen más probabilidades de conseguir entrar en proyectos más integrales, más ambiciosos o de más exigencia.

Entrevista 1. Profesional 1.

No podemos olvidar, que la toxicomanía constituye un problema de salud que provoca malestar tanto físico, como psicológico y social. Si lo que pretendemos es que el proceso de cambio se complete con éxito, resulta necesario planificar la intervención atendiendo a todos los aspectos pertinentes a las tres áreas. Consideramos, el abordaje en los tres niveles primordial y, consecuentemente, no podemos limitarnos a intervenir sólo en un primer nivel -de carácter más bio-médico, pero que no constituye más que una primera parte o un punto de arranque en el proceso de resolución del problema- si el sujeto está dispuesto a progresar más.

Y es que la toxicomanía es un problema que genera problemas físicos, psicológicos y sociales. Pues, un tratamiento debe contemplar esas tres áreas.

Entrevista 5. Profesional 2.

Si pretendemos que un sujeto heroínmano progrese hacia la consolidación de un cambio de estilo de vida en su medio de vida habitual se considera necesaria la intervención psicológica. No podemos limitarnos a los tratamientos farmacológicos para la desintoxicación y la deshabituación o a separar al individuo durante mucho tiempo de su entorno sin más, porque la abstinencia por sí sola no garantiza los cambios conductuales, cognitivos y emocionales necesarios para vivir en su medio habitual, sin necesidad de tomar drogas. Es decir, si queremos que un individuo sea capaz de abandonar el uso de opiáceos, consolidando un nuevo estilo de vida, es aconsejable la intervención psicoterapéutica que le permita al individuo introducir los cambios personales necesarios.

Los cambios personales se producen a partir de la incorporación progresiva de nuevas pautas de conducta, así como del aprendizaje de nuevas formas de afrontar los problemas personales y los conflictos interpersonales de la vida cotidiana. No obstante, alcanzar todos esos cambios no es fácil y va a requerir un gran esfuerzo y perseverancia por parte de los sujetos y unas relaciones de apoyo. Contar con la ayuda del psicoterapeuta que le acompañe a lo largo del curso del cambio ayudándole a solucionar sus problemas, hacer frente a las dificultades e ir corrigiendo los errores que le facilite el progreso en el curso de su recuperación.

El procés de canvi no se dóna simplement per un tractament farmacològic. En el procés de canvi necessita adependre a reconéixer els estímuls d'abstienència, i reconéixer un estil de vida.,. L'objectiu no és que se rehabiliti de dins de la seua pelleta i estiga bé, ¿no?.

Entrevista 10. Profesional 5.

La acción psicoterapéutica tiene que cumplir la función promotora de cambios progresivos en el individuo durante el curso del tratamiento. Un aspecto fundamental, para poder progresar hacia objetivos de cambio más ambiciosos, es que los motivos de cambio (en su inicio de carácter más externo, derivados de presiones)

vayan evolucionando hacia motivos más internos o personales. Las sesiones de psicoterapia fomentarán ese tránsito progresivo de esa motivación hacia el cambio de vida, en principio más externa, hacia motivos más internos o personales. Ese dejar de responder a las presiones externas para ir convirtiéndose, progresivamente, en necesidad personal a lo largo del tratamiento, es lo que permitirá que el individuo siga progresando y avanzando en su proyecto de cambio.

Hay que pasar a la motivación interna y eso es, un poco también, el trabajo psicoterapéutico: ayudar a la persona (...) para que pase de la motivación externa a la interna.

Entrevista 3. Profesional 1.

El fomento de la autoeficacia, en cuanto promover la percepción de qué es capaz, a pesar de la dificultad del empeño, que les permita perseverar en el intento, aún con los errores o retrocesos que se produzcan, implica otra área de intervención psicológica primordial. Así mismo, promover la autoestima, en el sentido de valorarse a sí mismo y lo que hace por qué aquello que hace es valioso e importante para sí mismo y para su entorno social, constituye una tarea fundamental a desarrollar por los psicólogos. Es decir, el apoyo emocional es un soporte a la autoestima, lo cual repercute en la salud y el bienestar de las personas, por lo que es necesario ayudarles a descubrir y valorar sus propias cualidades y recursos personales que son los que, en último término, le están posibilitando el hacer frente a su problema, y progresar hacia un cambio de estilo de vida.

El apoio psicològic és fonamental per ensenyar a les persones a donar-se conter de les seues possibilitats i de les seues habilitats i les seues aptituds.

Entrevista 10. Profesional 5.

Fundamental para que se consolide el cambio de estilo de vida que esta nueva forma de vida tenga algún interés y sea agradable para el individuo. El esfuerzo tiene que merecer la pena. Es tarea fundamental del psicólogo que el sujeto no se plantee el cambio como un castigo en el que su vida tiene que ser aburrida y monótona sino que se tiene que fomentar la idea de que su vida puede ser divertida e

interesante aunque diferente. Es decir, si queremos que se consoliden los cambios y persista en el intento, progresivamente, el sujeto tiene que sentirse mejor con los cambios, sentir que vale la pena el esfuerzo que está haciendo y anticipar bienestar personal y social,

El tratamiento, o la orientación del tratamiento es llevarle (a una persona), o que una persona vaya hacia un cambio de estilo de vida. Nadie te dice que no te diviertas, pero tendrá que ser de otra manera; la gente con la que estás tiene que ser otra gente, otro grupo.

Entrevista 3. Profesional 2.

Todos los profesionales manifiestan que las variables de personalidad o de formación de los profesionales en cuanto al trato dispensados a los usuarios y las relaciones terapéuticas establecidas, desempeñan un papel determinante en el proceso de rehabilitación de los heroinómanos. El trato y las habilidades de los terapeutas junto al matching constituyen una variable primordial que repercutirán en la buena evolución de los sujetos y en el éxito del tratamiento.

Determina. Una mala acollida, una mala informació, una formació rígida, que no tinga un apoio, que se senten jugats per ser drogodependents determina que el pacient no deposite confiança en l'equip i fa que no faça un procés adequat.

Entrevista 10. Profesional 5.

Segons la nostra personalitat, el nostre caracter i la nostra forma de poder-mos entendre, de poder-nos comunicar, transmetre-los seguretat o inseguretat, esperança o desesperança., i tot això ells també ho capten. M'imagina, que en certa manera, la nostra forma de ser té que influir molt en la seua evolució en el tractament.

Entrevista 7. Profesional 3.

Se considera muy importante, al inicio de cualquier tratamiento, el establecimiento de una buena relación terapéutica con los clientes, que permita poner en práctica todas las técnicas y estrategias terapéuticas con unas mínimas garantías

de concluir la intervención. La aceptación del usuario, la actitud empática y el no juzgar constituyen cualidades necesarias en el desarrollo de la actividad diaria de los profesionales de la salud. El sentirse (el cliente) aceptado y valorado por otra persona (el terapeuta) es, en gran medida, responsable del éxito de la terapia en tanto que la aceptación del otro es incondicional.

Hay una cosa. Independientemente del enfoque teórico, yo creo que el factor humano (el factor profesional humano me estoy refiriendo) es muy importante a la hora de conseguir objetivos de adherencia, de retención... Sin eso para mí no se puede hacer nada por mucha teoría que sepas (...) que de verdad estés con el paciente y, de alguna manera, pase lo que pase..

Entrevista 1. Profesional 1.

Dins del mecanisme de canvi -"jo sé que tinc problemes i, quan vaig al terapeuta o vaig al metge sóc atés i puc esposar les meues dificultats i això m'ajuda a tirar endavant.

Entrevista 10. Profesional 5.

Las cualidades humanas y profesionales de los terapeutas que trabajan en este campo son primordiales porque, por una parte tienen que saber dar un adecuado apoyo emocional a los usuarios, pero al mismo tiempo tienen que mantener una actitud enérgica, ante los posibles intentos de manipulación y chantaje emocional por parte de los mismos.

A la hora de tomar decisiones que tu emocionabilidad no te traicione o no te haga hacer lo que no tienes que hacer.

Entrevista. Profesional 1.

Té que ser un professional preparat en quan a qualitats humanes i no pot ser ni molt dur ni massa dolç. Té que saber estar.

Entrevista 7. Profesional 3.

No podemos olvidar la tendencia que presentan las personas con adicción a la heroína a la manipulación, la mentira, la exigencia, el pedir constante, la teatralidad,

el victimismo, etc. que el profesional tiene que saber canalizar de forma adecuada y no caer en sus juegos manipulativos y presiones. Es decir, es conveniente mantener un equilibrio entre la dispensación de apoyo y el ceder a sus manipulaciones: ser enérgicos dentro de una línea que nos permita mantener y hacer cumplir las normas básicas del servicio y de los programas con firmeza cuando sea necesario, pero manteniendo una disposición al apoyo emocional en la relación terapéutica.

En el sentit que estes persones són molt manipuladores, entonces si te poses en un pla tolerant (...) eixe tipo de joc solen jugar-lo en tot el món. Si el profesional que els tracta no es dóna conter d'este joc psicològic, pot caure en la mateixa trampa i pot estar constantment repetint-se el mateix patró de conducta que ha repetit en la familia.

Entrevista 7. Profesional 3.

Vinculado a la elección del tratamiento más adecuado y a la necesidad de regirse por criterios profesionales en la toma de decisiones, se considera fundamental que los profesionales se adapten al ritmo de progreso y a las posibilidades de cada individuo. En la misma medida que no podemos plantear un programa de tratamiento para un sujeto que no esté preparado, tampoco podemos plantear el mismo orden en la consecución de los objetivos, ni el mismo ritmo. Es decir, el profesional tiene que adaptarse al ritmo y posibilidades de cambio de cada usuario.

El professional se té que adaptar a la realitat -física y psicològica- del pacient que té davant i, també a la realitat social en la que viu". "No pot estar en una situacio de rigidesa de exigir a tots per igual perquè tots no estàn igual de deteriorats.

Entrevista 7. Profesional 3.

En este sentido, otro aspecto fundamental es la necesidad de unidad de criterios entre los miembros del equipo terapéutico. Aunque los equipos que atienden los diferentes servicios son multidisciplinarios, en tanto que cada profesional atiende los aspectos relativos a su área, no podemos obviar el carácter de un gran número de actuaciones que, hace necesaria una unidad de criterios en lo relativo a las normas de funcionamiento del centro y programas de tratamiento y (dentro de la diversidad de

escuelas y tendencias terapéuticas) la utilización de criterios científicos comúnmente aceptados. Es decir, en el seno de un equipo multidisciplinar en el que existen diversidad de roles y diversidad de posturas es necesario que se den unos criterios profesionales mínimos, sin contradicciones que no generen confusión entre los usuarios sobre los objetivos y las estrategias de los programas y las normas de funcionamiento. Que los usuarios perciban las discrepancias de criterios puede hacerles dudar, tanto a ellos como a sus familias, de la profesionalidad de los miembros de equipo y hacer disminuir la confianza en sus habilidades de apoyo y, por otra, pueden facilitar y fomentar las conductas de manipulación, de demanda de atención constante y de chantaje emocional.

Un paciente, un día me dijo: -Lo que más me gustó, de todo el equipo, fue las pocas diferencias que encontré entre los profesionales a la hora de abordar mi problema. De todos los despachos oí lo mismo.

Entrevista 1. Profesional 1.

Redundado en la conveniencia de la unidad de criterios entre los profesionales de un equipo, también se considera importante que todos los profesionales del área asistencial en drogodependencias mantengamos unas posiciones generales comunes en torno a la intervención. No podemos olvidar, que a lo largo de su historia de adicción, los individuos y sus familias pueden pasar por diferentes servicios y el hecho de que se mantengan posiciones similares repercute en una mayor confianza en los profesionales, así como en una mayor seguridad a la hora de tomar decisiones.

Una madre que me decía lo siguiente: -es que a todos los sitios que he ido y a muchos profesionales que os he conocido, para mí he descubierto una cosa, y es que todos me habéis hablado, más o menos en un lenguaje y unos planteamientos, más o menos, comunes que a mi lo que me ha hecho es que no me habéis mareado

Entrevista 3. Profesional 2.

En resumen, a partir de las aportaciones de nuestros interlocutores, podemos constatar la conveniencia de la existencia de una red asistencial

profesionalizada, suficientemente dotada de recursos humanos y materiales, compuesta por equipos multidisciplinares que atiendan a las personas que presentan trastornos por dependencia. La idoneidad del equipo multidisciplinar profesional que atienda las áreas física, psicológica y social frente a la intervención de un solo profesional o de voluntariado. Se considera mucho más eficaz a largo plazo el tratamiento profesional coordinado y en equipo, que el esfuerzo en solitario o las intervenciones que no se rigen por criterios científicos. No obstante, no se cuestiona la posible validez de alguna de estas actuaciones.

Es muy importante un buen funcionamiento de los equipos que se sustente en unos principios científicos comunes que permitan una unidad de criterios y de actuaciones entre los profesionales. Incluso, es importante que esos criterios mínimos de funcionamiento se den entre profesionales de diferentes servicios por la acción acumulativa que puede derivarse de intervenciones en diferentes servicios. Así mismo, consideran que las variables de personalidad, como la formación y experiencia profesional en el campo de las adicciones del personal de los servicios, tienen una repercusión muy importante (en un sentido positivo o negativo) en la evolución de un individuo. Es decir, -aún sin olvidar que el agente del cambio es el sujeto y que su nivel de motivación, sus posibles limitaciones psicofísicas, la falta de apoyo (especialmente el familiar) constituyen factores de primer orden en el proceso de rehabilitación - que las actuaciones de los terapeutas en cuanto potenciales fuentes de ayuda también influyen en el sentido de la evolución de los sujetos. Es necesaria una sólida formación específica de este campo que les permita proporcionar un apoyo emocional auténtico sin que interfiera en la toma de decisiones profesionales y desarrollar unas intervenciones biopsicosociales adecuadas y eficaces.

En lo relativo a los tratamientos, se considera que no hay programas de tratamiento excelentes que sirvan en todos los casos, sino que un tratamiento será bueno en la medida en que se adapte a las necesidades, expectativas y realidad personal del usuario. Es decir, partiendo de la heterogeneidad de esta población, se considera prioritario la asunción desde el ámbito asistencial del principio de individualidad y, consecuentemente, la necesidad de diseñar programas individuales de tratamiento a través de la realización de un diagnóstico diferencial, teniendo en cuenta los objetivos de cambio que se plantea el sujeto y la demanda, concreta respecto al tipo de tratamiento. A la hora de dar respuesta a esta demanda resulta

fundamental contar con un abanico de posibilidades terapéuticas que permita adaptar los objetivos terapéuticos a las necesidades y demanda de los sujetos.

La bondad de cualquier programa de tratamiento dependerá, en gran medida, de la adecuación del mismo a las necesidades y expectativa de los usuarios a partir de la realización, por un equipo de profesionales, preparados de un buen diagnóstico diferencial (físico, psicológico y social). Las cualidades humanas y profesionales, de los diferentes miembros del equipo, constituyen un factor fundamental en la evolución y desenlace de los tratamientos.

4.1.2.3 - El grupo de iguales.

Junto a la familia y la escuela, el grupo de iguales constituye un elemento de primer orden en el proceso de socialización de los individuos. La influencia que ejerce el grupo de amigos/as tiene un carácter temporal. Esto es poco relevante durante la infancia y la edad adulta, pero crucial durante la adolescencia. La selección de amigos se realiza sobre la base de la similitud de rasgos encontrados en los demás y el desarrollo conjunto de aquellas actividades, conductas o valores que los identifican y que conformarían el proceso de socialización. Todo individuo tiene la necesidad de ser aceptado y valorado por su grupo, y a su vez, el grupo asumirá una serie de valores de los que todos sus miembros intentarán ser partícipes.

Durante la transición de niño a adulto, en la etapa de la adolescencia, la pertenencia a un grupo cuyos miembros están pasando por su misma situación y sufriendo cambios psicofísicos similares, ayuda al adolescente a afianzar su identidad e iniciar su proceso de autonomía. El grupo de iguales posibilita un espacio seguro y estable fuera de la familia que favorece: el desarrollo de habilidades sociales en las interacciones; las experiencias y conocimientos que enriquezcan la personalidad; la relación con personas del otro sexo y, al mismo tiempo, les protege de la angustia que provoca la interacción con miembros del otro sexo; y el desarrollo de valores positivos como la solidaridad, la amistad, el compañerismo y la corresponsabilidad. Es decir, a parte de la socialización, la pandilla cumple otras múltiples funciones: el grupo es una importante fuente de información que puede ampliar los campos de interés del joven; le enseña comportamientos diferentes a los que aprendió en la escuela o en la familia;

en el seno del mismo puede comenzar a tomar sus decisiones de igual a igual y a querer establecer diferencias con el mundo de los mayores.

El consumo de drogas se inicia, generalmente, en la adolescencia y no constituye una conducta solitaria, sino una actividad que se realiza habitualmente en grupo. Se trata pues, de conductas grupales que responden a ciertas experiencias o expectativas que el adolescente comparte con sus semejantes. En el proceso de la influencia de iguales incluyen varios mecanismos entre los que se encuentran: el modelado o imitación de la conducta, el refuerzo selectivo de ciertos comportamientos por parte del grupo, la aceptación de los consejos de los compañeros que influyen, indirectamente, a través de la formación de las propias actitudes y preferencias del sujeto. El grupo puede reforzar o incitar hacia el consumo de drogas en función de los hábitos o actitudes del propio grupo. No obstante, no debemos olvidar la importancia que tiene la crianza y la transmisión de valores en la familia tienen en el proceso de socialización temprano, en la conformación de la identidad. Todos estos aspectos también influirán en la elección de los amigos y en que ese consumo pueda llegar a ser problemático y, evolucionar o no hacia una drogodependencia.

Es un hecho constatable, que la presión ejercida por el grupo para que se realicen o no determinadas conductas entre sus miembros, es considerable, y que el consumo o no de drogas durante la adolescencia viene determinada por presiones de grupo. Por tanto, no podemos concluir que la etiología del consumo se halla en los iguales porque las variables que influyen en la elección de grupo también juegan un papel importante en el uso de drogas. No obstante, los grupos tienden a ejercer presiones hacia la conformidad entre sus miembros tratando de engullir las individualidades para favorecer una personalidad conjunta. El conformismo será mayor cuando nos encontramos en un grupo con el que nos sentimos identificados y con el que compartimos nuestros valores y expectativas. A menudo se ha de hacer lo que quiere la mayoría o el líder, a partir de los valores compartidos. La presión del grupo determina, en gran medida las actitudes y conductas.

La pressió d' un grup és la que determina el que la actitud de un xicon, siga una o siga un altra. Vullc dir, el comportament, la predisposició al comportament està determinat per la pressió de grup.

Nadie pone en duda que el grupo de iguales facilita el difícil tránsito de la infancia a la edad adulta cumpliendo un importante papel en el proceso de socialización y en el desarrollo de la personalidad. El grupo o pandilla también condiciona las conductas y actitudes ante el consumo de drogas y, en esa medida, pueden constituir un factor determinante tanto en la génesis como en la resolución de la problemática de las adicciones. Pero, no es menos cierto, que la propia ilegalidad de la heroína, su elevado coste en el mercado negro, las dificultades para obtener dinero para sostener el consumo, su potente y rápida capacidad adictiva, y sus efectos altamente reforzantes (al menos en sus inicios) hace que los individuos heroínómanos, en su mayoría, tiendan a formar subgrupos de tipo marginal en los que el universo de relaciones gira en torno al consumo, a la forma de conseguirlo y costeárselo, tendiendo a abandonar todas las relaciones interpersonales que no están relacionadas con el uso de opiáceos y otras drogas. De alguna manera, salvando diferencias individuales y el prejuicio de la necesaria pertenencia a grupos marginales y de delincuencia por su condición de heroínómano, esa manera común de vivir y comportarse, en que todo gira en torno a las drogas constituye lo que se viene a llamar el estilo de vida del toxicómano. En este sentido, todos los profesionales constatan que para que se consolide un mantenimiento de la abstinencia es “imprescindible” que el individuo toxicómano cambie de estilo de vida y abandone toda relación con el mundo marginal de las drogodependencias.

Es necesario que deje a los colegas, si no lo tiene muy difícil. Yo creo que prácticamente imposible.

Entrevista 3. Profesional 2.

Yo lo veo como condición sine qua num: si no se produce un cambio del grupo de iguales con los que se va mi sensación es que está abocado a la recaída (...) antes o después pero siempre viene la recaída.

Entrevista 9. Profesional 4.

Como se desprende del párrafo anterior, el cambio de estilo de vida va estrechamente unido a la consolidación de la abstinencia. Sin constituir, en ningún caso, una actitud prejuiciosa hacia los colectivos de heroínómanos, sino un hecho constatable, se considera imprescindible la salida de este subgrupo marginal de la

heroína para poder consolidar un cambio de estilo de vida. No obstante, el abandono del grupo de “colegas” resulta a menudo complicado y dificultoso: por una parte, el sujeto puede no desear salir porque ese es su mundo, no conoce otro y, en cierta medida, se siente seguro y por otra, por la dificultad que anticipa ante el establecimiento de nuevas relaciones sociales en el seno de su comunidad. En la medida que el sujeto consigue ir saliendo de ese mundo y progresivamente puede ir estableciendo nuevas relaciones a través de un grupo, colectivo o pandilla, más o menos normalizado en los que el sujeto sea y se sienta aceptado, conseguirá avanzar hacia mayores cuotas de rehabilitación.

Es necesario que cambie de relaciones interpersonales, pues los que lo consiguen son personas que de alguna manera se han sabido aislar de todas esas estructuras de relación.

Entrevista 3. Profesional 2.

La aceptación o reaceptación de antiguos amigos o el no rechazo de grupos donde el chico o la chica haya podido moverse

Entrevista 1. Profesional 1.

Como hemos señalado anteriormente, la presión de grupo desempeña un papel fundamental en el consumo de drogas y, en menor medida, en la posible evolución hacia un consumo abusivo y posterior dependencia. En este sentido, es habitual encontrarnos con usuarios toxicómanos que si se han iniciado en el consumo de drogas de forma experimental y ocasional en su grupo o pandilla, si éste no ha progresado hacia consumos más habituales o abusivos lo han ido abandonando y se han ido incorporando a grupos consumidores habituales o toxicómanos. Cuando no es todo el grupo de amigos el que entra en el mundo de la heroínomanía, sino que un subgrupo queda al margen, esta circunstancia puede facilitar el proceso de deshabitación e inclusión social. Es decir, el tener la posibilidad de volver con los amigos de la infancia (que a menudo les habrán rechazado mientras estuvieron consumiendo) siempre es una tarea más fácil para el individuo que tener que buscar nuevas amistades.

També considere que és molt important perquè la gent, a lo millor que haja tingut una pandilla d'amics que no hagen sigut consumidors, i ell haja escomençat a consumir drogues en un altra pandilla i que després quan s'ho deixa tinga un grup de refèrència de no consumidors, es que té un camí obert, d'altra manera es que ho té tot tancat.

Entrevista 10. Profesional 5.

Además de facilitar la reinserción social, haber tenido un grupo de amigos no consumidores supone que el sujeto ha permanecido un periodo más o menos largo de su vida sin consumir (o sin hacerlo abusivamente) sustancias tóxicas, lo cual le permitió el haber establecido unos vínculos sociales previos a la toxicómana. Si, tal como señalan algunos autores en Bueno (1999) nuestra identidad se va configurando esencialmente por la naturaleza de nuestras relaciones y la naturaleza de nuestra actividad. Cuanto más prolongado sea el tiempo que ha permanecido abstinentemente el individuo habrá progresado más en su proceso madurativo, de configuración de su identidad y desarrollo de su personalidad, sin verse éste mediatizado por los efectos del uso abusivo de heroína y otras sustancias y por el estilo de vida que comporta.

También favorecería el hecho de que, antes que se establezca la dependencia o abuso en el consumo, que el sujeto tenga o haya tenido un grupo de referencia, que haya tenido aficiones.

Entrevista 1. Profesional 1.

Que el ser humano es eminentemente social, así como su tendencia al gregarismo es una cuestión ampliamente demostrada. La necesidad de sentirse aceptado, reconocido y valorado por los demás formaría parte de como ser y sentirse a través de los demás. El self es simultáneamente producto de las relaciones sociales y participante activo de las mismas. En la metáfora del espejo de Cooley (1902) se subraya el origen social de la conciencia humana. Según Cooley el self es un espejo que refleja las evaluaciones de los demás: lo que sabemos de nosotros mismos lo aprendemos de los otros; la imagen de nosotros mismos que nos devuelven los que nos rodean determina la forma en que nos concebimos a nosotros mismos. Si nos reconocemos a través de los otros, el ser capaces de realizar conductas valoradas socialmente siempre repercutirá en un desarrollo positivo de todos los aspectos

vinculados al self (la autoeficacia, el autoconcepto, la autoestima.,etc.). Encontrar o reencontrar unos amigos que nos acepten y faciliten la integración o reintegración, en un mundo de relaciones sociales normalizado, siempre supondrá un vehículo que facilitará la emisión de conductas socialmente aceptadas y consecuentemente, reforzadas por ser valoradas positivamente por su entorno social más próximo. Además del refuerzo social, es importante que el sujeto vaya progresivamente sintiéndose integrado en el grupo, disfrutando de su nueva vida y de las actividades que realiza para que el individuo sienta que merece la pena el esfuerzo que esta realizando y se vea impelido a seguir perseverando en el intento de consolidar su cambio de vida.

Ha sigut important perquè a lo millor.., ells ho diuen. Se senten integrats, se senten altra volta els que eren antes de consumir drogues (...) i que són capaços de disfrutar de les coses que els no consumidors disfruten.

Entrevista 6. Profesional 3.

A menudo, los usuarios plantean muchas dudas en torno a la posibilidad de ser aceptados por grupos de chicos o pandillas no consumidoras cuando los terapeutas les incitan a encontrar nuevos amigos. No obstante, la experiencia pone de manifiesto que, normalmente, no suelen ser rechazados por otros jóvenes, cuando realmente comienzan a cambiar. La nueva pandilla le puede proporcionar al sujeto además de actividades, intereses y conversaciones diferentes, nuevos espacios de encuentro y ocio que, en cierta medida, les mantiene alejados de los ambientes denominados de alto riesgo.

Durant eixe temps que ells han estat consumint s'han apartat però en el moment que ells s'han posat en tractament, que ells han estat bé eixos amics els han apoiat de nou, els han introduït de nou en el seu grup.

Entrevista 6. Profesional 3.

Como hemos señalado anteriormente, el grupo de iguales constituye un espacio seguro y estable de relación entre jóvenes y una de sus funciones sería favorecer la

relación con otras personas del otro sexo conteniendo la angustia que provoca al principio. Si las relaciones que se establecen en el grupo, o en otros ámbitos normalizados, progresan hacia una relación de pareja (siempre que ésta no sea consumidor/ra), redundará con mucha probabilidad, en beneficio de la rehabilitación del sujeto.

A lo millor han trobat novia.

Entrevista 6. Profesional 3.

El tener pareja, siempre que la pareja sea una persona abstinentes. Sí, yo lo puntuaría como una variable a resaltar muy importante. El tener una pareja (...) les puede centrar; les ayuda a centrarse y a evitar espacios o sitios de alto riesgo, ambientes de alto riesgo.

Entrevista 8. Profesional 4.

Resulta evidente que el establecimiento de nuevos lazos sociales diferentes a los del mundo de la drogadicción constituye un indicador cualitativo de integración social. En este sentido, si el objetivo último de la rehabilitación es el cambio de estilo de vida tendente a la integración social, el establecimiento de nuevas relaciones, en su medio social habitual, van a suponer un evidente progreso para la cimentación de una integración social plena.

Estar metido en otro mundo de relación, con otras actitudes, otros planteamientos de vida, otros diálogos (ya no existe la droga como elemento fundamental de comunicación y de diálogo) se habla de otras cosas, por lo tanto, favorece y facilita el que se esté hablando de otras cosas.

Entrevista 5. Profesional 2.

En resumen, podemos decir que todos los profesionales consideran que no podemos hablar de rehabilitación completa si no hay un cambio de estilo de vida en un ambiente abierto (sea o no su comunidad de origen) y que, en este proceso de rehabilitación, juega un papel muy importante el contar con el apoyo social de los iguales. El grupo de iguales, más concretamente la presión del grupo de iguales durante la adolescencia, juega un papel muy importante en el consumo de drogas. No

obstante, ese consumo experimental de drogas en grupo no necesariamente finalizará en una heroínomanía (más bien tenemos que hablar de politoxicomanía) de todos sus miembros. Esto es así porque existen otros factores psicosociales que también participan en que se dé o no la escalada hacia otras drogas y/o hacia un consumo habitual y abusivo, además del inicial uso experimental en el grupo. La presión del grupo es determinante en el inicio del consumo pero la elección de ese grupo está influenciada por toda una serie de variables psicosociales. A menudo, encontramos que el sujeto heroínómano había abandonado su grupo de afiliación natural o inicial para poder establecer relaciones con otros ambientes en los que se realizaban actividades más deseables por el joven, como podría ser la experimentación con drogas.

Generalmente, cuando los sujetos inician un tratamiento y comienzan a evidenciarse los cambios en su conducta, suelen ser bien recibidos y aceptados en los grupos de jóvenes más normalizados. No obstante, el haber participado en colectivos diferentes no vinculados a las drogas, haber formado parte de un grupo de jóvenes, haber establecido mayores cuotas de relaciones interpersonales, previas a la entrada en el mundo de las drogas, junto a un menor nivel de ruptura con estos referentes sociales de integración constituye un aspecto facilitador más para que se consolide el cambio de estilo de vida y, con menos dificultades para ser aceptado en el grupo. Es decir, el conservar o haber tenido relaciones con iguales no adictos siempre constituye, un elemento a favor del sujeto que desea cambiar su estilo de vida. En definitiva, podemos decir que es menos dificultosa la reintegración que la integración social.

4.1.2.4 - La reinserción social

Cuando nos aproximamos al estudio del proceso de rehabilitación de la heroínomanía encontramos que está dividida por tres fases o periodos: la desintoxicación, la deshabituación y la reinserción social. La consolidación de un cambio de estilo de vida constituye el objetivo último de todo tratamiento que incluiría necesariamente, además de la deshabituación del uso de drogas, la reinserción social de los individuos (a menudo cabría hablar de inserción), como último eslabón del proceso de cambio. Desde un punto de vista profesional, para poder hablar de rehabilitación tiene que alcanzarse unas cuotas mínimas de normalización social en un ámbito social abierto. Es decir, hasta que una persona no ha conseguido integrarse socialmente, a través de realizar actividades socialmente aceptadas, sin estar recluido

en un entorno protegido, no podemos convenir que una persona está rehabilitada de su toxicomanía.

El colectivo de toxicómanos no constituye un grupo homogéneo y la diversidad, entre otros factores, viene determinada por el nivel de integración social previa. No obstante, en general, el mundo marginal de la distribución y uso de heroína, el estilo de vida propio de la toxicomanía y la edad temprana del inicio en el uso de drogas propicia que los miembros de este colectivo no hayan participado o lo hayan hecho en escasas ocasiones en actividades socialmente aceptadas, como estudiar o trabajar, lo cual dificultará su integración social excluyéndoles de los beneficios de la sociedad del bienestar. Aunque, en la mayoría de casos, es el estilo de vida propio de la heroínomanía el que conduce a los individuos a la pobreza, la marginación y la exclusión social; no debemos olvidar que muchos heroínómanos han vivido las condiciones de exclusión antes de iniciarse en el uso de opiáceos.

Todos los profesionales entrevistados consideran fundamental la reinserción social de los sujetos para poder completar la rehabilitación de la toxicomanía. Aunque la reinserción constituye la última fase del proceso de superación de la adicción, no significa que en las fases anteriores (desintoxicación y deshabituación) no se planteen objetivos tendentes a ir alcanzando mayores cuotas de normalización y estabilización bio-psico-social. Las actuaciones encaminadas a la integración social de los sujetos se dan, desde el inicio de los tratamientos, dentro de la planificación de los objetivos terapéuticos, a partir de las necesidades personales y de los recursos de apoyo disponibles en la comunidad.

Jo pense que és un pilar fonamental en els tractaments. Es dir, el tractament dels drogodependents sense un apoio de reinserció, un centro de dia, un lloc on poder-los remitir i on poder-los donar l'oportunitat de formació professional pense que es quedar-nos coixos.

Entrevista 6. Profesional 3.

La gent jove que se planta en 20 anys, en 19 anys -que fa un reciclatge i adeprén un ofici. Els mecanismes de reinserció social són determinants i del apoio social i de la red municipal o de la red del barri és fonamental.

Entrevista 10. Profesional 5.

No obstante, tal como ya adelantábamos en el apartado relativo a la red asistencial y los tratamientos, los profesionales entrevistados indican que, donde se observan mayores carencias en la red es en lo relativo a los recursos sociales tendentes a facilitar la reinserción de los heroinómanos que deciden abandonar el mundo de las drogas. Existen muy pocos recursos comunitarios, tanto específicos como inespecíficos, disponibles para la reinserción social de los individuos que han dejado las drogas y se plantean incorporarse a la sociedad. Las dificultades en el área concreta de la inserción laboral son aún mayores y vienen determinadas, en gran medida, por la falta de preparación de los sujetos para competir en un mundo laboral con elevados índices de paro.

“Jo lo que trobe a faltar en el tractament dels drogodependents, és en el període de reinserció (...) quan n’hi haja a lo millor un any o any i mig d’anstinència - no tenen llocs on integrar-se en quan a faena. Els recursos formatius que tenen són molt pocs i ells es troben en la sorpresa de què on van?.El treball està molt mal, però ells ho tenen pitjor”.

Entrevista 7. Profesional 3.

Como se desprende de lo que se ha citado, en la mayoría de casos, los sujetos en etapas avanzadas del proceso de rehabilitación tienen auténticas dificultades para incorporarse al mundo laboral en una sociedad con una alta tasa de paro y un mercado laboral altamente especializado y competitivo. Estos handicaps, propios del momento socioeconómico actual, junto a las dificultades que los individuos tienen que sortear y afrontar a lo largo del curso del cambio, justificarían la necesidad de contar con recursos de empleo protegido, ya sean específicos o inespecíficos, para los individuos que se encuentren en una etapa avanzada de su rehabilitación. Es decir, se considera apropiado establecer pautas de discriminación positiva tendentes a favorecer la integración social de este colectivo, pues se encuentra en una situación de desventaja respecto a la población general.

Muchos pacientes recién desintoxicados, con un tiempo importante de abstinencia con antagonista aunque fuera con apoyo, yo creo que colocarlos

directamente en un mundo laboral hostil, complicado que muchas veces... Es un poco un error.

Entrevista 1. Profesional 1.

A pesar de la complejidad del fenómeno de las drogodependencias por múltiples factores implicados, difíciles de aprehender, existe toda una serie de tópicos en la sociedad que tienden a simplificarlo. En general, se trata de buscar causas y aplicar soluciones a las mismas como si de un fenómeno unicausal se tratara; tanto en lo relativo a la deshabituación de la adicción como en prevenir su incidencia, y uno de estas “recetas mágicas” para acabar con la problemática de la drogadicción hace referencia al desempleo. Es habitual oír en todos los ámbitos de la sociedad: “hay que atacar el desempleo”, “si tuviera trabajo no se drogaria”, “la culpa de que los jóvenes se droguen la tiene el paro”, etc. Es cierto, que el estar desocupado, aburrido y ocioso repercute en que los sujetos estén insatisfechos y que es necesario que realicen actividades, que les mantengan distraídos y apartados del ambiente de las drogas, pero eso no supone que el trabajo, por si solo, constituya un cambio suficiente para completar la rehabilitación.

Apostar por el trabajo como única estrategia tendente a la rehabilitación de los drogodependientes constituye un error que, en gran medida, apoyan la población general, los propios familiares de los toxicómanos y desde algunas estancias (no profesionales) que se dedican a la rehabilitación de toxicómanos

Es una falacia pensar que porque tengan trabajo van a poder mantener el estilo de vida cambiado.

Entrevista 1. Profesional 1.

Mira. La realidad es que esa teoría de: un trabajo facilita el que una persona se mantenga abstinentes y fuera de las toxicomanías eso es relativo.

Entrevista 5. Profesional 2.

Aun partiendo de la necesidad de la creación de recursos sociales tendentes a favorecer la reinserción social de los sujetos que contemplen objetivos

más ambiciosos, relativos a facilitar la consecución de un trabajo remunerado, no debemos caer en el error de pensar que la toxicomanía “se cura” trabajando y que, si no existiera desempleo, no habría problemas de toxicomanía. El tener un trabajo remunerado constituirá un factor favorable para completar la rehabilitación, siempre y cuando el individuo haya madurado y avanzado suficientemente consiguiendo cambios cognitivos y comportamentales tendentes a consolidar un estilo de vida más saludable. En este sentido, se pone de manifiesto que, muy a menudo, el encontrar trabajo demasiado pronto, sin haber progresado suficientemente (por ejemplo, durante la desintoxicación o al inicio de la deshabituación) en la rehabilitación, puede ser contraproducente.

Entonces el trabajo sería un elemento importante después de haber hecho un tratamiento y haber hecho un recorrido y a partir de ahí un trabajo puede ser interesante. Pero no es determinante para mantener la abstinencia.

Entrevista 5. Profesional 2.

El que los sujetos toxicómanos consigan un empleo que le permita incorporarse al mundo laboral, insertarse en la sociedad en la que viven constituye, según los profesionales, un objetivo de primer orden para alcanzar la plena rehabilitación. No obstante, paradójicamente, encontramos que el tener trabajo constituye también uno de los factores de riesgo más altos para una recaída, si el sujeto no ha evolucionado suficientemente en su deshabituación. Todos los profesionales coinciden en que son motivos externos los que hacen que los sujetos se movilicen y busque ayuda para abandonar el uso de drogas: presiones familiares, presiones judiciales, el quedarse sin dinero. , etc. El no disponer de dinero legal para seguir consumiendo o el cansancio de tener que estar cada día pendiente de cómo conseguirlo es lo que hace que se planteen la disyuntiva de dejarlo. Si a las dificultades propias de superar la dependencia, añadimos la solución del motivo por el que habían iniciado el tratamiento (la falta de dinero para costearse el consumo), es muy posible que se produzca una recaída siendo más probable cuanto menos haya progresado en su cambio de estilo de vida. El trabajo remunerado constituye un arma de doble filo: por una parte constituye un eslabón primordial para la integración social

de los toxicómanos y por otra, constituye uno de los factores de riesgo de recaída más importantes que es la disponibilidad de dinero.

Inmediatamente después de un síndrome de abstinencia encontrar un trabajo puede ser negativo porque la persona no ha hecho los cambios suficientes como para poder enfrentarse a lo que viene después del trabajo que es la remuneración, el manejar dinero etc., “Muchas veces eso genera recaídas porque se empieza a manejar dinero, se empieza otra vez a “mantener un contacto con y disponiendo de; mientras que no se ha hecho una superación.

Entrevista 5. Profesional 2.

Como hemos venido desarrollando a lo largo de todo el trabajo, el colectivo de toxicómanos es un grupo heterogéneo que presenta diferentes niveles de exclusión social, que van desde los que se encuentran en una situación de máxima pobreza a los que presentan algunas dificultades de integración que no les permiten participar plenamente en la sociedad. La falta de recursos destinados a la reinserción social de los toxicómanos con dificultades de inclusión (al igual que para otros colectivos, en situación de exclusión) es evidente. No obstante, también encontramos que, a menudo, muchos años de consumo inmersos en el estilo de vida propio de la toxicomanía, dificulta sobremanera la consecución de objetivos de cambio relativos a la normalización social porque son los mismos sujetos los que no pretenden participar totalmente en su comunidad. Podemos decir que, a mayor deterioro bio-psico-social de los sujetos heroínómanos, mayor dificultad para alcanzar una inclusión social plena y más necesidad de planificar actuaciones sociales que propicien el máximo incorporación social y de calidad de vida posible, según los casos.

Hay personas que están muy desestructuradas estamos hablando, a lo mejor de personas ya con treinta y tantos años de consumo, el integrarse en un mundo laboral les va a ser francamente difícil, lo mismo que integrarse en un medio social más o menos normalizado.

Entrevista 3. Profesional 2.

Cuando la conducta adictiva y el estilo de vida propio de la toxicomanía están muy arraigados, implica un nivel de resistencia mayor para iniciar cambios de cualquier índole (muchos años de consumo, no haber conocido otro tipo de vida, provenir de ambientes ligados al uso y/o al tráfico de drogas., etc.) Desconocen hacia dónde orientar su vida porque, en definitiva, ese es el único estilo de vida que conocen. No hay duda que para estos casos en situación de exclusión social severa, que se resisten al cambio es mucho más complicada la intervención social y hace que las intervenciones sean a menudo las intervenciones infructuosas. Tal vez cabría planificar actuaciones diferentes atendiendo a la realidad de los sujetos, y no tanto a las necesidades de la sociedad, destinando más recursos y más específicos que permitiera alcanzar las máximas cuotas posibles de normalización social.

En els més majors n'hi ha més resistència perquè està més constituïda la conducta adictiva i el tipus de vida d'adicte, entones evidentment un .mecanisme de reinserció social adequat facilita que un xicon estiga fora i determina el que se separe del cercle de consumidors i del cercle de comportaments selectius de la gent.

Entrevista 10. Profesional 5.

En resumen, podemos decir que todos los profesionales entrevistados consideran fundamental que se produzca la reinserción/inserción social de los toxicómanos para poder culminar el proceso de cambio en las adicciones. Para poder dar por concluida la intervención social y por finalizada la rehabilitación, los individuos tienen que haberse incorporado a la sociedad en la que viven y participar en ella realizando actividades socialmente aceptadas.

Los profesionales nos aportan, desde su experiencia y conocimientos, toda una serie de consideraciones y puntualizaciones a tener en cuenta cuando hablamos de la inserción social de los heroinómanos: se trata de no constreñir la reinserción social a la incorporación al mundo laboral y, aun siendo muy importante el trabajo, el estar empleado no es el único objetivo de inclusión social, ni tampoco la solución al problema de la dependencia. En este sentido se señala la conveniencia de potenciar al máximo, durante las diferentes etapas de los tratamientos, las actuaciones encaminadas a facilitar una progresiva inserción social. Es más, si el sujeto no ha introducido suficientes cambios en su conducta y en sus cogniciones, el trabajo puede constituir “un arma de doble filo” porque

trabajo supone salario, salario implica dinero y dinero solución de los problemas derivados de la falta del mismo con el consiguiente riesgo de recaída.

Se señala la falta de recursos, tanto específicos como inespecíficos, destinados a la reinserción social, especialmente los destinados a favorecer la integración laboral durante las etapas avanzadas de la deshabituación. En general, se considera que los recursos psicosanitarios destinados a la atención de las drogodependencias, aunque mejorables, son suficientes mientras que los de carácter social están infradotados.

Plantean la necesidad de un empleo protegido previo a la incorporación al mercado laboral libre. El estilo de vida propio de la toxicomanía, la falta de preparación académica y laboral y los problemas de salud derivados de la dependencia hace que los sujetos partan de una situación de desventaja para competir por un puesto de trabajo.

Por último, se menciona la resistencia de muchos toxicómanos para cambiar su estilo de vida como otra dificultad para la intervención social. El deterioro bio-psico-social producido por los efectos de muchos años de consumo de tóxicos, la asunción como propio del estilo de vida del toxicómano, el no haber participado en actividades socialmente aceptadas por provenir de ambientes marginales, hace que el sujeto ni siquiera se plantee cambiar.

4.1.3 - Factores relativos a las sustancias y al consumo.

En este último capítulo, analizaremos la información entorno a la influencia en el proceso de rehabilitación de los aspectos relativos a la sustancia. Las formas de consumo, el inicio en el uso de opiáceos y la propia evolución de la conducta adictiva con relación a sus efectos sobre: el organismo, la psique y la socialización.

Kramer y Cameron en su “Manual sobre dependencia de las drogas” para la Organización mundial de la salud (OMS) definen droga o fármaco como “toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste” y una droga causante de dependencia, como “aquella que puede producir en un organismo vivo un estado de dependencia física, psíquica o de ambos tipos”. Ante la dificultad de precisar los límites del término, especialmente el concepto sociocultural de droga, Berjano y Musitu (1987) definen droga como “toda sustancia que es administrada de forma voluntaria por el sujeto; el sujeto que la consume persigue unos cambios físicos; la sustancia puede provocar en el sujeto una situación de necesidad física y psicológica de seguir consumiéndola; el propio sujeto y el entorno sociocultural

que lo rodea, perciben la sustancia como capaz de provocar los efectos anteriormente descritos en algunos individuos”.

Según Kramer y Cameron (1975), la aparición en una persona determinada de dependencia respecto a una droga en particular dependerá de la interacción entre las características personales, la naturaleza de su medio sociocultural general y las características farmacodinámicas de la droga en cuestión; teniendo en cuenta la cantidad utilizada, la frecuencia del uso y la vía de administración. Así mismo, encontramos que muchos manuales o publicaciones específicas sobre drogas, acostumbran a iniciar sus exposiciones con clasificaciones o aspectos generales sobre las sustancias, el uso abusivo de drogas y sobre los tres elementos que interactúan en el desarrollo de la problemática: el sujeto que la usa, la sustancia consumida y el contexto. Según la importancia que se le atribuya a cada elemento de la tríada (individuo, sustancia, situación) a la hora de explicar el inicio y evolución de la drogadicción se establecerán unas responsabilidades y prioridades de actuación y se propondrán unas estrategias tendentes a la solución de la misma. La acción farmacológica de las diferentes sustancias psicoactivas en los seres vivos constituye, junto con los factores personales y sociales (ambos analizados en los dos apartados anteriores), un elemento de primer orden para tratar de comprender la posterior evolución de los individuos cuando inicien un tratamiento para abandonar el uso de drogas.

La heroína es conocida farmacológicamente como “diacilmorfina” que resulta como consecuencia de la acetilación de la morfina. La forma de administración por excelencia de la heroína es vía endovenosa, no obstante, tras la irrupción del SIDA y otras enfermedades infecciosas se ha pasado a utilizar la vía inhalada (“chinos”), y, en menor medida, esnifada y fumada en cigarrillos. Si la vía utilizada es la endovenosa, podemos decir que la heroína despliega su acción sobre el sistema nervioso central en tres fases más o menos delimitadas de forma consecutiva que van decreciendo progresivamente en duración e intensidad. En primer lugar, aparece una sensación de placer intenso que dura unos pocos segundos y que los adictos han dado en llamar “flash”, a continuación sigue una segunda etapa de dos o tres horas en la que se produce también una sensación placentera, somnolencia y una ausencia total de preocupaciones y finalmente, la fase de bajada durante la cual los efectos van desapareciendo, con lo cual reaparece el contacto con la realidad y nuevamente la necesidad de administrarse otra dosis.

Relativo a la dependencia, según el DSM-IV la dependencia a opiáceos incluye signos y síntomas que reflejan la compulsiva y prolongada autoadministración

de opiáceos consumida con finalidades no médicas. Los síntomas agudos de la abstinencia a opiáceos de acción corta, como la heroína, aparecen entre las 6 y las 24 horas después de la última dosis. Los síntomas de abstinencia deben de provocar un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes en la actividad de los individuos.

Según el DSM - IV, los síntomas de la abstinencia son: humor disfórico; náuseas o vómitos; dolores musculares; lagrimeo o rinorrea; dilatación pupilar, piloerección o sudoración; diarrea; bostezos; fiebre e insomnio que se producen tras la interrupción (o disminución) de un consumo abundante y prolongado (varias semanas o más) o tras la administración de un antagonista opiáceo tras un periodo de consumo. Otros síntomas menos agudos son la ansiedad, disforia, anhedonia, insomnio, anhelo de droga (craving).

Además del síndrome de dependencia y los efectos negativos sobre el sistema nervioso y la conducta, derivados del uso continuado de la heroína, existen otros factores vinculados al uso de la misma que también pueden influir, tanto en el proceso de adicción como en el de cambio: la frecuencia del consumo, la dosis administrada, el tiempo de consumo y el de adicción, el número de otras sustancias, la edad en el inicio del consumo y la vía de administración.

4.1.3.1 - El tiempo de consumo y de dependencia.

Como tiempo de consumo, hacemos referencia al tiempo transcurrido desde que el sujeto entra en contacto con la heroína (inicio en el consumo) al momento en que decide dejarlo y consigue consolidar la abstinencia, mientras que el periodo de dependencia se inicia cuando el individuo comienza a presentar signos y síntomas de dependencia. El periodo de tiempo transcurrido entre el primer consumo y el desarrollo de la dependencia psicológica y física varía de unos clientes a otros. Lo más frecuente es que los primeros signos de dependencia aparezcan, desde unas pocas semanas a unos meses, tras el primer uso cuando el consumo de heroína deja de ser esporádico y pasa a ser habitual. No obstante, queremos señalar que existe un pequeño grupo de heroinómanos en los que el intervalo entre el momento del primer consumo y la aparición de síntomas de abstinencia es considerable, incluso años.

Según los profesionales entrevistados, el tiempo de consumo y de dependencia constituyen también factores de primer orden a la hora de estudiar el proceso de rehabilitación. Resulta evidente, que a menor tiempo de consumo y de dependencia, menor deterioro psicofísico y social. Consecuentemente, sería lógico pensar que a menor tiempo de consumo, menores dificultades para seguir el tratamiento y un mejor pronóstico terapéutico. No obstante, la experiencia demuestra que esto no es así, ya que acudir a un centro no supone en todos los casos demanda de tratamiento y propósitos de cambio: a menor tiempo de consumo, menor problemática experimentada y percibida por el sujeto, con relación a las drogas y mayores los beneficios experimentados con su uso. No debemos olvidar, que el consumo abusivo de drogas constituye una conducta compleja y, en la medida, que sigue siendo reforzada positivamente es muy complicado extinguirlo. Los profesionales han observado que la motivación al cambio, cuando se lleva poco tiempo de consumo, suele ser escasa o nula porque los beneficios experimentados derivados del uso de la sustancia superan a los perjuicios y, si ya existen, estos (displacer producido por la abstinencia y el que toda su vida gire en torno a la obtención de recursos para procurarse la heroína) no se relacionan directamente, ni se atribuyen al uso de drogas.

A menor tiempo, mejor pronóstico (...) menos dependencia psicológica, menos deterioros físicos, psíquicos y sociales (...) pero tiene otra cara, otra lectura, y es que contra menos tiempo lleva el toxicómano, menos se plantea salir.

Entrevista 3. Profesional 2.

Se ha observado que es entre los cuatro y los siete años de consumo, cuando los sujetos comienzan a pensar seriamente en la posibilidad de cambiar. Es durante este periodo de tiempo cuando los problemas y conflictos derivados del uso de drogas les comienzan a abrumar y los beneficios del consumo son cada vez menores. Las consecuencias del consumo no son las esperadas. El refuerzo positivo obtenido en los inicios pasa a ser negativo (el sujeto consume para evitar el malestar, no para obtener placer); el deterioro psicofísico y social es cada vez más evidente y la vida cotidiana más dura; y el nivel de exclusión y rechazo social son progresivamente mayores. En estas circunstancias, es cuando comienzan a establecer relaciones entre

sus problemas y su drogodependencia y comienzan a plantearse introducir cambios en sus vidas.

A partir dels cinc o sis anys la gent comença a plantejar-s'ho seriosament. Fexes claus, entre quint sèptim any, quart sèptim any, eixes son fexes claus a l'hora de dir: -Ja està bé, m'estic deteriorant,, algo té que passar ací pa que jo eixca d'açò- ¿no?

Entrevista 10. Profesional 5.

Resulta evidente que entre cuatro y siete años de consumo abusivo y de dependencia ocasionan un considerable deterioro a nivel tanto físico, como psicológico y social que va a dificultar la rehabilitación. No podemos afirmar que el mayor o menor deterioro sea una consecuencia exclusiva de los años de uso y abuso sino que existen toda una serie de variables que también han influido en el nivel de deterioro del sujeto: la cantidad y la frecuencia del consumo, el nivel de inclusión en mundos marginales vinculados a las drogas, el desarraigo familiar y social, etc. No obstante, los profesionales entrevistados han observado que es en este intervalo de tiempo (4-7 años) donde suele ubicarse ese punto de inflexión en que la motivación al cambio es alta y de carácter eminentemente interno y el nivel de deterioro y dependencia, aunque sea grande, son superables si cuenta con suficientes recursos de apoyo social en los que incluiríamos a la familia, servicios asistenciales y de reinserción, y la propia comunidad.

Cinco años de dependencia, o seis años, que ya no es luna de miel y, tampoco son 15 ni 20, que se entorpece todo el proceso de desarrollo de los 15 a los 40 años.

Entrevista 2. Profesional 1.

De las observaciones de los profesionales, se desprende que es durante este intervalo de tiempo, (entre 4 y 7 años de consumo), cuando algunos sujetos comienzan a estar más motivados hacia el cambio, pero esta afirmación no la podemos traducir en que constituye el mejor momento para plantear el cambio. Resulta evidente que cuanto más pronto decidan iniciar el cambio y demanden ayuda la probabilidad de rehabilitación y de alcanzar objetivos de cambio más ambiciosos es

mucho mayor, pero la paradoja que plantean es que, muy frecuentemente cuando el tiempo de consumo y de dependencia es escaso (menor de 3 o 4 años), en menor medida se plantean abandonar el consumo y cambiar. Es decir, en general, han observado que a menor tiempo de consumo menor motivación al cambio porque el sujeto aún no ha llegado a experimentar y reconocer el rostro menos amable de la adicción. Tal como señalan algunos profesionales, es muy improbable que los sujetos se planteen dejar el consumo cuando están en la etapa de “luna de miel” con las drogas.

Cuando ya puede tener una motivación fuerte han pasado a lo mejor cinco seis o siete años y entonces es cuando aparece la fuerte dependencia psicológica que le va a dificultar salir.

Entrevista 3. Profesional 2.

En resumen, podemos decir que el tiempo de consumo y de dependencia establecida constituye un factor de primer orden a la hora de analizar el proceso de cambio en adicciones. Como podíamos presuponer, el tiempo de consumo no constituye un factor lineal del curso del cambio en el sentido de que a menor tiempo de consumo en el momento de la demanda de tratamiento, mayor probabilidad de éxito terapéutico y a mayor tiempo, mayor dificultad por el progresivo empeoramiento y deterioro de la situación, tanto personal como social, de los individuos. En el caso de los muchos años de uso abusivo (más de siete), la dificultad para cambiar progresa linealmente pero, no disminuye la dificultad de manera lineal cuando el periodo de consumo es poco (menor de cuatro años). Aunque el deterioro psicofísico es menor en las primeras etapas del consumo, los deseos de cambiar y de abandonar el uso de drogas son también menores, y de carácter eminentemente externo, porque los problemas derivados del abuso de la sustancia son escasos y no superan a los beneficios que obtienen con el uso. Un menor tiempo de consumo constituiría un factor positivo, para poder consolidar el cambio de conducta y mantener la abstinencia, siempre que fuera acompañado de motivación para hacerlo.

4.1.3.2 - La adicción a múltiples sustancias o el policonsumo.

Con frecuencia, encontramos que el abuso y la dependencia incluyen muchos tipos de sustancias, bien utilizadas simultáneamente o secuencialmente. Por

policonsumo entendemos la autoadministración simultánea de la heroína además de al menos, otras dos sustancias (sin incluir tabaco y café). El diagnóstico de dependencia a múltiples sustancias según (DSM-III-R) se aplica en el caso de que haya un periodo, como mínimo de seis meses, durante el cual estuvo consumiendo repetidamente tres tipos de sustancias psicoactivas como mínimo (sin incluir la nicotina ni la cafeína), y sin que una sustancia específica predomine sobre las demás.

En la década de los ochenta, la mayoría de los heroinodependientes que acudían a los servicios habían realizado un uso/abuso de drogas secuencial; es decir, se iniciaron con unas sustancias y habían ido cambiando de sustancias hasta llegar al uso de la heroína a la que se hacen adictos (el denominado fenómeno de la escalada de las drogas) mientras que en la década de los noventa la tendencia mayoritaria es el uso simultáneo de diversas sustancias (policonsumo) y en algunos casos las adicciones múltiples. Esta observación del cambio en la forma de consumo entre las décadas constata, entre otras muchas variables, el hecho de que las drogodependencias constituyen un fenómeno, además de complejo cambiante.

Tal como hemos indicado, resulta poco usual en la década de los noventa encontrar individuos heroinómanos que sólo utilicen heroína, por lo que incluso resulta habitual hacer referencia al problema de la “politoxicomanía” en vez de la “toxicomanía”. El menor índice de policonsumo observado en las demandas de tratamiento, durante los años ochenta, repercutía como un factor positivo para el cumplimiento de los tratamientos, siendo mayores las posibilidades de alcanzar y consolidar los cambios: el sistema neurológico y la conducta no estaba tan alterados por el uso simultáneo de diferentes sustancias, con efectos diversos sobre el sistema nervioso central. El no policonsumo constituye un factor protector para la consolidación del mantenimiento de la abstinencia.

Que no havien empastrat massa el seu cap, ni el seu cos en altres drogues. Pràcticament havien passat del consum d'anfetamines al consum d'heroïna. La major part d'eixes persones s'ha mantes.

Entrevista 10. Profesional 5.

Tal como hemos señalado en el párrafo anterior, no es frecuente encontrar usuarios que utilicen una sola sustancia sino que lo habitual es que utilicen diversas y con efectos diferentes sobre el sistema nervioso (acción depresora, estimulante,

alteración de la percepción). El diagnóstico de dependencia múltiple o el policonsumo dificultaran en gran medida el proceso de cambio. Un mayor número de sustancias consumidas, supondría mayores dificultades para lograr el cambio, que aumentaría en el supuesto que se diera más de una dependencia establecida. A más policonsumo y poliadicción, mayor índice de psicopatología y de mayor gravedad que, como ya expusimos en el análisis en los factores personales, entorpecen la posibilidad de cambio.

El diagnóstico de dependencia único o la ausencia de diagnósticos de dependencia múltiples también facilitaría bastante la rehabilitación.

Entrevista 2. Profesional 1.

Además del mayor deterioro psicofísico, derivado del uso de múltiples sustancias como dificultador de la rehabilitación, encontramos otro aspecto fundamental ligado al policonsumo y es la falta de motivación para abandonar el uso de las otras drogas de abuso. A menudo, solo perciben como problemático, el uso de heroína, por lo que no se plantean en absoluto abandonar las otras drogas sino que solo pretenden abandonar “la droga”. Los profesionales consideran necesario que el individuo esté motivado y abandone el uso de todas las sustancias de las que abusa para poder plantear objetivos terapéuticos de cambio tendentes al mantenimiento de la abstinencia y a la consolidación de un estilo de vida más adaptativo.

Que también haya una motivación que se haga extensa, que se generalice al resto de las sustancias de las cuales el chico, pues, abusa o utiliza.

Entrevista 2. Profesional 1.

La mayoría de las veces se centran, interiorizan que el problema es la heroína, que la droga problemática es la heroína cuando su problema son las drogas.

Entrevista 4. Profesional 2.

Es habitual que los sujetos poliabusadores sólo se planteen abandonar el uso de la sustancia que ellos consideran que es la causante de sus problemas, y pretendan seguir haciendo un uso de las demás, que no perciben como peligrosas. Pretender deshacerse del uso de la heroína, siguiendo autoadministrándose habitualmente otras sustancias capaces de generar adicción, supone casi una utopía si pretende mantenerse abstinentes de la heroína. El mantener el consumo de sustancias capaces de generar dependencia o graves alteraciones en la salud psíquica propician la recaída en el uso de opiáceos y el posible desarrollo de la dependencia a otras sustancias de abuso. Se sabe, que a menudo, el efecto de la tolerancia cruzada hace que una persona que tiene dependencia a una sustancia, necesite un tiempo menor para desarrollar dependencia a otra, que en el supuesto de individuos no adictos. Eso explicaría la rapidez con que se desarrolla una dependencia al alcohol entre los que han dejado la heroína, cuando generalmente los síntomas físicos del alcoholismo aparecen tras muchos años de consumo. Así mismo, proseguir en el uso de sustancias también implica que el individuo no ha dejado totalmente el estilo de vida de toxicómano y, continúa utilizando sustancias para cambiar su estado de ánimo y para facilitar las interacciones sociales, con el consiguiente riesgo para la recaída: bien porque no consigue los efectos deseados con dichas sustancias, o bien como medio de aliviar el malestar derivado de “la bajada” de las sustancias estimulantes.

I que la droga principal, potser que molts la manejen, pero la probabilitat de recaiguda se dispara perquè fan ús d'altres drogues i la tolerancia cruça vaja fent que, en alguns moments, l'addició arrastre a la persona altra volta a la droga dominant.

Entrevista 10. Profesional 5.

En resumen, en lo relativo al policonsumo y la adicción múltiple sí podemos establecer una relación lineal en torno a la influencia en el proceso de cambio. A mayor policonsumo (mayor número de sustancias consumidas simultáneamente), aumenta proporcionalmente la dificultad, la cual se incrementa notablemente ante mayor número de diagnóstico de adicción a otras sustancias. Aun teniendo en cuenta las diferencias individuales, que pueden predisponer a unos sujetos más que a otros a sufrir determinadas enfermedades, resulta evidente que el uso de múltiples sustancias aumenta considerablemente el deterioro psicofísico y el riesgo de sufrir trastornos

mentales inducidos por el uso de sustancias psicoactivas. El policonsumo también influye en la motivación ya que, a menudo, los sujetos pretenden dejar la heroína porque la consideran peligrosa pero pretenden seguir utilizando el resto de sustancias. El abuso de otras drogas puede propiciar la recaída en el uso de heroína, la adicción a otra sustancia o ambas. El riesgo de recaída vendría propiciado por dos aspectos: el primero, que no más importante, sería el no haber abandonado totalmente el estilo de vida de toxicómano y estar sometiéndose constantemente a situaciones estimulares de alto riesgo para la recaída y los propios efectos negativos de las otras sustancias consumidas, que pueden hacer necesario volver a utilizar opiáceos para aliviarlos. El riesgo de dependencia a otras sustancias puede ser debido a la tolerancia cruzada o a la predisposición a presentar adicción cuando utilizan sustancias. En definitiva, podemos decir que el número de drogas consumidas simultáneamente influye en la rehabilitación de los heroinómanos: a mayor número de drogas consumidas y mayor números de diagnósticos de dependencia, se incrementan proporcionalmente las dificultades para alcanzar el cambio en el campo de las drogodependencias.

4.1.3.3. El inicio en el uso de drogas.

Se hace referencia a la edad de inicio en el uso de drogas y otros factores vinculados a la misma, al considerar que cumplen un papel fundamental para la consolidación del mantenimiento de la abstinencia. Es decir, conseguir o no rehabilitarse de la adicción a la heroína dependerá, en gran medida, de la edad con la que el individuo se inició en el uso de drogas.

La edad de inicio (sean cuáles sean los motivos del inicio curiosidad, necesidad de ser aceptado, el deseo de experiencias placenteras, etc.) constituye uno de los factores, especialmente relevantes con vistas a la rehabilitación. Los profesionales han constatado que ante un inicio más precoz en el consumo de heroína y en el establecimiento de la dependencia, mayor dificultad para abandonar el consumo y cambiar el estilo de vida. A menor edad, las consecuencias negativas de la dependencia relativas a la salud y, al proceso evolutivo y de crecimiento de los jóvenes, se ven influidos negativamente por los efectos farmacológicos de la sustancia y por los factores asociados, al estilo de vida del adicto.

Cuando la edad de inicio es muy precoz todo el proceso de maduración biológica y psicoafectiva y el propio desarrollo de la personalidad están mediatizados por el uso de opiáceos y el estilo de vida propio de la toxicomanía que incluye el

abandono total y parcial de las actividades socialmente aceptadas como continuar con los estudios o iniciar una actividad laboral e, ir introduciéndose en un mundo de maginalidad y delincuencia, autoexcluyéndose de la participación en su sociedad.

Jo crec que l'edat sí que té que vore. Perquè, normalment, totes aquelles persones (que tenim en tractament) que s'han iniciat molt tempranament, -en una etapa adolescent- en que la personalitat no està ni formà, ni la persona està definida pues clar, tenen un grau d'inmadureça molt més gran, dels que han escomençat a consumir molt més endavant.

Entrevista 7. Profesional 3.

A una edat més temprana d'inici, més psicopatologia, més trastorns de la personalitat, més desapego de la família del grupo d'amics, de les possibilitats de faena, d'adependre un ofici o de seguir en uns estudis.

Entrevista 10. Profesional 5.

Se señala los 13, 14 años (y, por supuesto, menores) como edad cronológica precoz para el inicio en el uso de sustancias psicoactivas, considerándolo también un factor dificultador del proceso de cambio en tanto que está influyendo negativamente, quizás en la etapa de crecimiento psicosocial más importante de los seres humanos: la pubertad-adolescencia. Durante este periodo, los aspectos psicosociales emergentes de la relación del individuo con su entorno y con los otros significativos como: el desarrollo de la identidad, la formación de valores, la ideología y las creencias, el sentimiento de pertenencia a su familia y a su comunidad...etc.; son interferidos substancialmente, por el uso de drogas.

Escomencen en edats molt joves, els sistemes de valors i les creències, els sistemes normatius, la identificació del rol familiar, per a la faena, el sistema educatiu és molt curt en el temps i als 13, 14 anys ja estan consumint drogues.

Entrevista 10. Profesional 1.

En la misma línea, edades más tardías en el inicio del consumo, (entre los 17-19) años facilitarían la rehabilitación. El inicio en el consumo y establecimiento de la dependencia más tardíos implica la posibilidad de haber alcanzado mayores cuotas de integración social, un mayor crecimiento y desarrollo personal y un menor deterioro psicofísico que les permite reconocerse como un “ser social” fuera del mundo de las drogodependencias. Generalmente, han observado que los individuos que finalmente habían conseguido la rehabilitación completa de su adicción a la heroína, no habían iniciado su consumo a edades excesivamente precoces.

Que la edad de inicio en el consumo sea tardía que no sea un consumidor precoz que haya, un poco relacionado con esto, pocos años de dependencia establecida.

Entrevista 2. Profesional 1.

Aquelles primeres demandes, i que després s'han mantés abstinentes, pues, eren persones que estaven prou equilibrades, que el consum de drogues havia escomençat a una edat: 17, 18, 19 anys, no era una edad temprana, massa temprana.

Entrevista 10. Profesional 1.

Directamente relacionado con el factor edad de inicio, encontramos toda una serie de hechos que lo complementarían y explicarían su influencia en el proceso de cambio. Haber establecido un universo de relaciones y actividades socialmente aceptadas, previas a la toxicomanía (laborales, académicas, hobbies, etc.), recordándose y reconociéndose abstinentes siempre constituyen factores protectores directamente relacionados con la edad. A mayor edad en el inicio del consumo, mayor probabilidad de haber progresado más en el proceso de socialización.

Son personas que de alguna manera se dejaron pendientes los estudios (...) contactaron con las drogas y de alguna manera interrumpen ese proceso

Entrevista 1. Profesional 1.

En definitiva, de lo que se trata, es que resulta más fácil retomar lo que se dejó en el camino y tener un referente propio para seguir progresando en el cambio (tener unos estudios iniciados, unos amigos no consumidores, haber trabajado, etc.) que tener que construir totalmente una nueva vida. Presupone tener unos vínculos y unos referentes sociales a los que el sujeto se puede remitir y en los que se puede apoyar cuando se plantea cambiar. Es más, los recursos propios de afrontamiento ante las dificultades, el nivel de esfuerzo y perseverancia que dedicará a la tarea será mayor porque, de alguna forma, el individuo conoce el mundo hacia el que se dirige. En estos casos, la drogadicción puede convertirse en un paréntesis en la vida del individuo (existe un antes y un después), mientras que los que comenzaron muy jóvenes, el antes no existe y tienen que partir de cero. En el primer caso, existe un referente propio y en el segundo, el referente está en “los otros”.

Un paciente que era muy aficionado a la bicicleta antes de consumir drogas y durante los doce años que consumió no la volvió a tocar (...) le ha servido para dejar de drogarse para normalizarse completamente.

Entrevista 1. Profesional 1.

El inicio más tardío permite, con esfuerzo, perseverancia y deseo de cambio, retomar, en mayor o menor medida, la vida previa a la adicción. Por el contrario, en el inicio precoz o muy precoz, cuando proyecta cambiar, el individuo tiene que construirse una vida nueva, sin tener un referente personal al que dirigirse y en el que reconocerse. Todo el proceso de construcción de la identidad y de desarrollo de la personalidad se ha visto mediatizado e influido por los efectos de las sustancias y el estilo de vida propio de la adicción. El etiquetado social y el estilo de vida del toxicómano hacen que el individuo sólo se sienta individuo y sienta que ocupa un lugar en la sociedad, en tanto que toxicómano con todas las connotaciones negativas que esta identificación supone, para poder consolidar un cambio de estilo de vida e una integración social plena en la sociedad.

Perquè són gent que no recorda la seua vida que no haja estat matitzada, en tots els moments, pel consum d'algún tip de drogues.

Entrevista 10. Profesional 5.

Aunque el estereotipo de toxicómano es el de un individuo joven, delincuente (que realiza conductas delictivas para sostener el consumo), con niveles, más o menos altos de exclusión social, encontramos que no se ajusta a todos los casos. Existe un subgrupo de heroínómanos que han sido capaces de sostener el consumo por medio de actividades legales o ayuda de la familia y que es precisamente la necesidad que anticipan inminente de tener que realizar conductas delictivas (al quedarse sin medios legales para sostener el consumo) lo que les moviliza para iniciar un tratamiento para abandonar el uso de drogas. En la medida que los individuos hayan sido capaces de retrotraerse a entrar en este mundo marginal-delictivo, vinculado a la heroíomanía y hayan sido capaces de conservar vínculos con grupos sociales y laborales que les han permitido disponer de recursos monetarios lícitos para sostener el consumo, les resultará más fácil abandonar éste y dejar totalmente el mundo de la toxicomanía porque el nivel de exclusión social es menor. El no haber entrado totalmente en el mundo marginal y conflictivo de la drogodependencia y haber conservado niveles significativos de participación en la sociedad constituye un factor pronóstico favorable para poder completar el proceso de cambio.

Les persones que han estat treballant sempre tenen més probabilitat de deixar les drogues, que els que tenen mitjos, -digam il·lícits de traure peles- pues, més tendència a la delinqüència, i és un factor que facilita les recaigudes.

Entrevista 10. Profesional 5.

En resumen, se pone de manifiesto que existen una serie de aspectos psicosociales relacionados con la edad de inicio en el consumo de drogas en general y de la heroína en particular, de los heroínómanos que van a tener una clara influencia en la posterior consolidación del cambio orientado a la abstinencia. La edad de inicio en el consumo, como aspecto previo al desarrollo de la dependencia a la sustancia, no cabe duda que en función de la etapa evolutiva en que esté ubicado el sujeto, (cuando comience a alterar su sistema nervioso con las sustancias), van a afectar, en mayor o menor, medida las transformaciones necesarias durante el tránsito hacia la edad adulta. La adolescencia constituye un proceso que se produce en un entorno social y cultural concreto, en el que se suceden etapas y acontecimientos, hechos y circunstancias, entre los cuáles algunos son estabilizadores y otros dificultadores. La

dinámica evolutiva propia de la adolescencia en que se están produciendo transformaciones constantes; se desarrollan situaciones complejas en torno a la organización de dichas transformaciones: estructura de la personalidad, de las relaciones sociales, de la manera de entender y comprender la realidad., etc.

Aún no siendo idéntico cronológicamente el proceso madurativo de los seres humanos en todos los casos podemos convenir que, en general, a mayor edad, mayores vivencias y mayor nivel de desarrollo psicosocial. El inicio precoz en el uso de sustancias constituye un acontecimiento negativo que altera la etapa de la adolescencia en tanto que afecta al nivel de conciencia, y esto conlleva el riesgo de que se conviertan en estados de conciencia normales, cuando todavía no se han asentado, por razones de edad, otras vivencias y estados. No todos los momentos de la transición hacia la juventud son iguales; existen etapas más difíciles y complejas. No obstante, a mayor edad, probablemente el proceso de construcción de la identidad (sentido del yo que proporciona una unidad a la personalidad en el transcurso del tiempo) cuando comience a contaminar su conciencia por el uso de drogas, mientras que habrán alcanzado mayores cuotas de integración. Por otra parte, inicios más tardíos presuponen un referente personal y social propio hacia el cual proyectarse, mientras que en los inicios muy tempranos el referente está en “los otros” influyendo negativamente en la percepción de autoeficacia. La identificación con un “yo toxicómano”, acompañado de la asunción de la etiqueta de toxicómano, será mayor en la medida que sea menor la edad de inicio en el consumo. Estos dos aspectos del desarrollo psicosocial, influyen negativamente en el proceso de cambio, e incluso, el propio deseo de cambiar.

En definitiva, la importancia de la edad de inicio en el consumo para la completa rehabilitación de la adicción a opiáceos estriba en la presunción de que los procesos de maduración, crecimiento personal e integración social, generalmente, habrán progresado más sin verse contaminados por el uso de opiáceos y el estilo de vida que conlleva.

4.1.4 - Conclusiones.

Apreciamos que existen toda una serie de factores tanto personales como sociales y los producidos por el uso abusivo y reiterado de drogas que van a influir en que el individuo consiga o no consolidar el cambio y el mantenimiento de la abstinencia. Los factores intervinientes son cambiantes y no actúan de forma aislada

sino que están constantemente influyendo entre sí a lo largo del tiempo y en contextos, que también son cambiantes. Todo esto hace que, a pesar de poder identificar toda una serie de factores intervinientes, resulte realmente difícil predecir cuando un individuo va a ser capaz de superar la adicción a heroína, mantener la abstinencia y cambiar su estilo de vida. No obstante, nos han ido mostrando, a partir de su experiencia, toda una serie de aspectos, situaciones, vinculaciones, etc. que pueden favorecer la rehabilitación o dificultarla y en qué medida. Todos coinciden en que las variables personales (relativas a los sujetos) serían determinantes a la hora de entender la superación del problema, en tanto que consideran que el cambio de conducta obedece, en gran medida, a una decisión personal y a los recursos propios para conseguirlo (pero sin olvidar que lo personal está influido ineludiblemente por lo social).

La motivación al cambio, referido al estado disposicional del individuo toxicómano, tendente a una toma de decisión que le posibilite solucionar su problema de adicción, constituye una de las variables más importantes para vislumbrar el proceso de rehabilitación. El reconocimiento de que existe un problema y de que éste puede ser debido al uso de drogas constituye el mínimo de motivación necesaria para poder plantear una intervención terapéutica con posibilidades de éxito. Un nivel mínimo de motivación para cambiar, que vaya creciendo con los tratamientos o con la evolución propia del individuo y de su problemática, se consideran condición indispensable para poder superar el problema de la heroínomanía.

No obstante, nivel de motivación al cambio alto y de carácter eminentemente interno, al iniciar un tratamiento, no es una condición suficiente para consolidar el cambio, sino que van a ser necesarios otros recursos personales y de apoyo social que la mantengan e incluso la acreciente. Por ejemplo: una baja sensación de autoeficacia, falta de apoyo familiar, intervenciones terapéuticas desafortunadas, la comorbilidad psiquiátrica, etc., pueden hacer fluctuar ese deseo. Es necesario que, progresivamente, vaya sintiendo las consecuencias positivas del abandono del consumo para que la motivación se fortalezca. Es decir, que el esfuerzo que está haciendo se vea recompensado y le merezca la pena porque los cambios y metas que consigue son importantes para él y para su entorno social repercutiendo directamente en el desarrollo de la autoestima.

En la medida que el individuo heroinómano haya vivido mayores periodos de tiempo abstinentes, que haya sido capaz de no desvincularse totalmente de una vida normalizada (tener un trabajo, estudiar, interrelacionarse con no consumidores, etc.), que le permitan tener un referente propio, diferente al de toxicómano, influirá en que la percepción de autoeficacia del individuo para salir del mundo de las drogas sea mayor, permitiéndole perseverar más en su intención alcanzar metas de cambio progresivamente más ambiciosas, para poder volver a vivir de una forma similar a como lo hizo con anterioridad.

La cantidad de esfuerzo y tiempo que un individuo dedicará a solucionar un problema vendrá determinado por su propia percepción de autoeficacia, en tanto que juicio sobre su propia capacidad o habilidades para realizar determinadas conductas necesarias para alcanzar los objetivos deseados, donde las experiencias pasadas serán, en gran medida, las responsables de esa percepción de autoeficacia. Si sus recuerdos se circunscriben al mundo de las drogas (inicio muy precoz, sin periodos o muy cortos de abstinencia y/o vida normalizada, muchos años de consumo) que, prácticamente, los únicos logros de ejecución y de solución de problemas han sido los problemas relacionados con el consumo y la adicción para poder sobrevivir en ese mundo tan conflictivo, su percepción de autoeficacia será baja en lo relativo a sus recursos para salir de ese ambiente y solucionar, realmente, los problemas derivados de la heroínomanía.

Cuando los individuos han puesto en práctica conductas eficaces de solución de problemas a lo largo su vida, su percepción de autoeficacia es mayor en relación al problema de la toxicomanía y también el nivel de compromiso personal y las expectativas de éxito. Los logros alcanzados mediante tratamientos anteriores o mediante los intentos en solitario, (como conductas de afrontamiento ante situaciones de riesgo o alternativas al consumo de drogas) siempre repercutirán en un aumento de la autoeficacia percibida. Para que la motivación al cambio incrementa es necesario que, progresivamente, la percepción de las consecuencias negativas del uso de drogas, sea mayor que las positivas, que se vigorice el sentimiento de autoeficacia acentuándose la creencia en la valía personal como agente del propio cambio, reforzar los objetivos alcanzados para que se consoliden y fomenten la autoestima del individuo puesto que está elicitando conductas socialmente valoradas.

La salud mental representa también una variable importante a la hora de estudiar el proceso de rehabilitación. La patología dual (uno o más trastornos mentales además de la dependencia) dificulta en gran medida la rehabilitación porque incorpora al malestar propio de la privación de las drogas, el malestar de los síntomas del cuadro o cuadros que presente. Los trastornos mentales graves, -ya sean premórbidos o producidos por el uso abusivo de sustancias- van a dificultar, en gran medida, el mantenimiento de la abstinencia. En los casos que presentan síndromes de base psicótica y depresión severa, a menudo, el consumo constituye más una forma de automedicación que de búsqueda de placer: el individuo comienza a utilizar los opiáceos para aliviar el malestar que los síntomas psíquicos le provocan. Las patologías psiquiátricas concomitantes dificultarán siempre la rehabilitación pero, esta dificultad crecerá en la medida de la gravedad de la patología dual. La motivación para renunciar al uso de drogas y los deseos de cambio pueden ser altos cuando presentan comorbilidad psiquiátrica severa, pues además del sufrimiento que emana de la adicción se agregan los derivados por el estado de salud mental, presuponiendo una mejoría con la abstinencia.

Es posible que, en ocasiones consigan la abstinencia; lo complicado está en que la mantengan. Así mismo, los sujetos que padecen trastornos mentales, tienden a ser poco constantes en el seguimiento de los tratamientos farmacológicos y en el de las visitas, tanto en los servicios de toxicomanías como en los centros de salud mental. Quizás cabría replantearse, con este subgrupo -a veces difícil de identificar por la amalgama de síntomas psíquicos y de conductas desadaptadas que presentan- el planteamiento de objetivos de cambio no tan ambiciosos como los de la abstinencia a opiáceos, al menos como primer y único objetivo. Para mejorar las intervenciones y los resultados terapéuticos en general, consideramos fundamental una valoración de la condición del problema y de cuáles son los objetivos más adecuados y sobre todo factibles que puedan alcanzar con el tratamiento.

Ante los casos con comorbilidad psiquiátrica grave proponen el planteamiento de objetivos menos ambiciosos y más a largo plazo, que no incluirían la abstinencia (al menos a corto plazo) proponiendo los programas de mantenimiento con agonistas opiáceos como alternativas de cambio más realistas. Los intentos fracasados, repercutirán negativamente en la autoeficacia y la autoestima de los

sujetos agravándose progresivamente la situación. Ningún profesional hace referencia a la existencia de una personalidad subyacente al trastorno por dependencia. Nadie considera que exista una estructura estable y específica premórbida que derivará en una posterior dependencia. Si que se señala la posibilidad de la existencia de un trastorno de personalidad inducido por el uso de sustancias, porque se han observado un conjunto de síntomas que no reúnen las categorías diagnósticas de los trastornos de personalidad descritos. Encontramos este “trastorno de personalidad inducido por el uso de sustancias” cuando el inicio en el consumo es muy precoz, se realiza uso de múltiples sustancias, el tiempo de consumo es medio o largo, coincidiendo los consumos y el estilo de vida que comporta, con el periodo temporal fundamental en la formación y el desarrollo de la estructura de la personalidad: la adolescencia.

Los diagnósticos de trastorno de personalidad esquizotípica, esquizoide, paranoide, antisocial y límites de la personalidad, junto al de dependencia van a dificultar la eventualidad del mantenimiento de la abstinencia. Se ha observado rasgos de personalidad tales como la baja tolerancia a la frustración y un yo débil también que dificultan la rehabilitación. En general, sufrir trastornos mentales y/o de personalidad de base psicótica, bordelines o disociales siempre van a complicar, en mayor o menor medida, la posibilidad de que el sujeto logre cambiar su estilo de vida y mantener la abstinencia.

Sin caer en el tópico que todos toxicómanos delinquen habitualmente, al menos para costearse la droga, creemos que se requiere hacer un comentario aparte sobre el trastorno antisocial de la personalidad. Cuando el individuo presenta una estructura de conducta estable perversa y de nulo respeto hacia los demás y a las mínimas normas de funcionamiento de la sociedad, que se inició en la infancia y en que el consumo de drogas constituye una conducta desviada más, inmersa en el resto de conductas desadaptadas. La posibilidad de consolidar un cambio de estilo de vida abstinentes es remota porque la propia dinámica de su manera de vivir (al margen de las normas establecidas y las leyes) hace bastante inviable que cambie únicamente la conducta de consumo.

Observamos que, en los casos en que existen criterios diagnósticos de personalidad antisocial o conducta antisocial muy arraigada, sería conveniente

planificar intervenciones de carácter eminentemente social, junto a las intervenciones terapéuticas enfocadas a la heroínomanía, que fueran permitiendo una lenta y progresiva incorporación a la sociedad. Es innegable el agotamiento y el rechazo que generan en la familia, en la comunidad y en los mismos profesionales, los individuos con trastornos mentales y los disociales, debido a sus demandas exigentes, el poco seguimiento de los tratamientos, la dificultad en la relación, etc., todo esto produce, en ocasiones, una falta de atención y en “querer quitárselos de encima”. Quizás cabría reflexionar si los recursos generales y específicos de apoyo social disponibles son los adecuados para este subgrupo de toxicómanos con conductas tan desviadas y si los profesionales que trabajamos en este campo estamos suficientemente preparados para poder intervenir ante cuestiones de carácter psicosocial tan específicas.

Por otro lado, en la medida en que el individuo no haya utilizado, (o lo haya hecho pocas ocasiones) métodos ilícitos de costearse el consumo y haya sido capaz de sufragárselo, obteniendo el dinero mediante actividades legales, el proceso de cambio va a ser mucho menos dificultoso -cuando se lo plantee- porque el nivel de exclusión de la sociedad y el de inclusión en el mundo marginal de la adicción serán mucho menores. Así mismo, la ausencia de psicopatología severa constituye un factor beneficioso para poder consolidar la abstinencia.

La formación de la estructura de la personalidad se va a desarrollar en contacto con los demás significativos; el aprendizaje de los valores y de las conductas socialmente aceptadas se establece en interrelación con su entorno social más próximo: la familia, los demás significativos, la escuela, etc. La familia como elemento socializador de primer orden, cumple un papel primordial en la maduración y el desarrollo de sus miembros más jóvenes pero, la capacidad de aprendizaje no concluye en la adolescencia sino que, en menor medida, la capacidad para aprender nuevas pautas de conducta va a continuar a lo largo de toda la vida y esos cambios de actitud van a seguir siendo mediatizados e influidos por el entorno social. La familia es quien nos prepara para la vida. Quién y cómo somos está en función de la familia en que hemos crecido.

La convivencia en grupos familiares, en donde el padre o algún otro miembro adulto sean consumidores y/o traficantes, donde el consumo y la presencia

de las drogas forma parte de la dinámica familiar va a entorpecer, en gran medida, que el individuo en algún momento, decida rehabilitarse porque el único referente social que posee está vinculado al uso de drogas. Los núcleos familiares muy desestructurados, los que tienen otros miembros de segunda generación consumidores, las que más utilizan las drogas o que muestran más permisividad a su uso, las que tienen problemas de salud mental entre sus miembros y las no cohesionadas son las que van a proporcionar un apoyo de menor calidad al individuo que está intentando superar su problema de adicción. Incluso pueden constituir un elemento obstaculizador del proceso.

Las familias cohesionadas que establecen límites claros, flexibles, consistentes y coherentes con los valores familiares y cuyas relaciones se basan en el afecto constituyen un elemento protector de la salud y un apoyo fundamental para el individuo en deshabituación. El funcionamiento familiar saludable no presupone mayor estatus socioeconómico, nivel cultural o prestigio familiar, sino que tiene que ver más con los valores y las actitudes, en el establecimiento de vínculos familiares, las relaciones de afecto y en una definición de roles claras entre sus miembros. Este tipo de familias es el que más y mejor colabora en los programas de tratamiento y apoyan al individuo en su proceso de cambio, constituyendo un efecto amortiguador ante las dificultades que comportan el abandono del uso de drogas.

A menudo los familiares que acompañan a los usuarios (más aún los que no lo hacen) tienden a delegar en los profesionales la solución del problema que les desborda (al igual que hacen los usuarios toxicómanos) o, por otra parte encontramos a algún o algunos familiares que tratan de ser ellos los actores principales en el proceso de cambio y los que lo dirijan. Tratar de romper esa inclinación sería una de los primeros objetivos de la intervención familiar. Que no aprisionen, que den autonomía a los hijos y que se limiten proporcionar un apoyo de calidad al proyecto de cambio que el sujeto escoja.

No debemos olvidar que, una salud deteriorada es el producto de un desequilibrio provocado por la aparición de signos y señales desordenadas procedentes de las personas importantes para el individuo o de una ausencia de información y modelo que corrijan las desviaciones que se hayan producido y,

consecuentemente, su aparición está vinculada a la existencia de ambientes muy desorganizados. En ocasiones, se ha observado que el sujeto ha conseguido finalmente consolidar la abstinencia cuando ha salido del ámbito familiar para vivir en pareja o con amigos no consumidores. En definitiva, la actuación familiar puede constituir desde un apoyo primordial a un obstáculo para el proceso de cambio, en función del tipo de familia y del tipo de ayuda que proporcione. La calidad del apoyo y la presión familiar resultan factores fundamentales para la rehabilitación.

La presión del grupo durante la adolescencia, a menudo, juega un papel importante en el inicio del consumo de drogas. No obstante, ese consumo experimental de drogas en grupo, no progresa necesariamente hacia una conducta adictiva y posterior dependencia de todos los miembros. Existen otros factores psicosociales que son los que determinarán que alguno/s de los miembros del grupo prosigan hacia nuevas experiencias y con un consumo habitual y abusivo. Cuanto más temprano sea el inicio en el consumo, más precozmente se desarrolla la conducta adictiva y la entrada en los grupos de consumidores habituales, -con la forma de vida que comporta - mayor dificultad para poder consolidar posteriormente el cambio de estilo de vida porque no dispone de un grupo de amigos no consumidores al que dirigirse. Haber participado en colectivos juveniles no vinculados al uso de drogas, haber establecido mayor número de relaciones previas a la entrada en el mundo marginal de las drogas, junto a un menor nivel de ruptura con estos referentes de integración social constituyen variables que facilitarán el cambio de estilo de vida.

Un mayor nivel de integración previo al inicio del tratamiento presupone que la rehabilitación del individuo está más avanzada y, en la medida que el nivel de inclusión social es mayor el cambio de estilo de vida va resultar menos dificultoso. Es decir, factores sociales como conservar amistades no consumidoras, algún nivel de participación en actividades al ocio y tiempo libre alternativas al consumo, continuar realizando actividades socialmente aceptadas, ya sean formativas o laborales van a facilitar el cambio de estilo de vida y la rehabilitación. En contraposición un menor nivel de exclusión, marginalidad y desarraigo social cuando el individuo decida cambiar e iniciar un tratamiento, facilitarán la reintegración social y la rehabilitación. El dominio de un mayor repertorio de recursos personales y de experiencias previas supone una menor necesidad de aprendizaje de nuevas pautas de conducta por parte del sujeto.

La integración laboral constituye un objetivo de integración social deseable y muy valioso, pero no es el único. La entrada en el mundo laboral es más aconsejable cuando el individuo ya ha progresado en su deshabituación, ha consolidado sus deseos de cambiar y ha comenzado a introducir repertorios cognitivos y comportamentales diferentes y diversos. A menudo, la incorporación precipitada al mundo laboral constituye un factor de riesgo para la recaída debido a la disponibilidad de dinero. El desempeñar una actividad productiva constituye un elemento protector de la salud y un factor primordial para la normalización social. Por otra parte, no podemos dar por concluida la intervención social para la rehabilitación de la dependencia a opiáceos sin que los individuos se hayan incorporando progresivamente a la sociedad en la que viven. Un factor esencial para culminar la rehabilitación de las drogodependencias es la reinserción/inserción social de los individuos. El nivel de integración social previo al inicio del tratamiento desempeña un papel fundamental ante la posterior rehabilitación: un mayor nivel de integración social presupone, que el sujeto ya posee toda una serie de estrategias y recursos personales necesarios para la reinserción y normalización social.

En lo relativo a la red asistencial, consideramos necesario la existencia de una red asistencial profesionalizada suficientemente dotada de recursos humanos y materiales que esté compuesta por equipos multidisciplinares que atiendan las áreas física, psicológica y social. Un buen funcionamiento de los equipos que se sustente en principios científicos comunes, que permitan una mínima unidad de criterios y actuaciones entre los diferentes profesionales de la red asistencial.

Aunque el agente del cambio es el propio sujeto, tanto el funcionamiento de los equipos de tratamiento como las actuaciones individuales de los profesionales dimanadas de sus variables de personalidad, de formación y experiencia van a influir en la evolución de los usuarios drogodependientes en tanto que son potenciales fuentes de apoyo. El establecimiento de una buena relación terapéutica, la experiencia profesional y la preparación en el campo de las adicciones, el respeto mutuo y el apoyo emocional se consideran aspectos primordiales a la hora de poner en práctica las actuaciones biopsicosociales más adecuadas y eficaces. Así mismo, actuaciones profesionales desafortunadas pueden retrasar el inicio del proceso de cambio o dificultarlo.

Ningún programa de tratamiento es la panacea para superar la adicción a la heroína. No existen, programas excelentes en todos los casos, sino que un tratamiento funcionará en la medida que se adapte a las necesidades, expectativas y realidad personal del usuario. El principio de individualidad en las intervenciones, es fundamental para propiciar el éxito terapéutico. Es necesario, que en cada caso, se haga una valoración de la naturaleza del problema e identificar los factores concretos que pueden facilitar o entorpecer la consecución de objetivos para poder planificar los objetivos terapéuticos más adecuados y factibles, atendiendo a la demanda de los usuarios

Todas las etapas y las actuaciones del programa de tratamiento tienen su importancia en la posterior consolidación o no del mantenimiento de la abstinencia. Por ejemplo: la acogida y la desintoxicación constituyen aspectos pequeños dentro del amplio margen de actuaciones necesaria para completar el tratamiento, pero no es menos cierto que los buenos resultados de las mismas cimentarán la continuación del proceso y posibilitarán el desarrollo de las actuaciones posteriores más propias de la fase de deshabitación. Los profesionales consideran que sería iluso pensar que la rehabilitación es debida a la actuación acertada de un equipo profesional o a la bondad de un determinado programa de tratamiento. Resulta evidente que la mayoría de usuarios han iniciado o seguido tratamiento con anterioridad (ya sea en otros servicios o en el mismo) y que durante los intentos previos del individuo por cambiar, ha ido incorporando nuevas habilidades conductuales, cognitivos y emocionales que favorecerán la posterior rehabilitación. Tanto los intentos en solitario como los tratamientos previos van a tener alguna repercusión, de carácter positivo en el tratamiento definitivo.

Los factores psicológicos y sociales influyen mucho más en la respuesta de abstinencia, en el mantenimiento de la misma y en la consolidación de un cambio de estilo de vida, que los factores vinculados a la sustancia. Variables relativas a la sustancia tan estudiadas y de tal relevancia como la de dosis diaria o la vía de administración de la sustancia no son mencionadas como factores significativos para la consolidación del mantenimiento de la abstinencia. Quizás, estas variables, pueden influir más en fases iniciales de los tratamientos como la desintoxicación, que en las

fases más avanzadas como la deshabituación o la reinserción que son las que van a ir cimentando el mantenimiento de la abstinencia.

Los factores vinculados a la sustancia que participar en la consolidación del cambio de estilo de vida con abstinencia son: el tiempo de consumo, el número simultáneo de drogas consumidas o adicción a múltiples sustancias y la edad de inicio en el consumo. No obstante, las variables relativas a las sustancias se hallan fuertemente mediatizada e interrelacionadas con aspectos psicosociales que son los que, en gran medida, le confieren su importancia en el proceso de cambio. En lo relativo al tiempo de consumo, tanto muchos años de consumo abusivo, como poco tiempo influirán negativamente en las posibilidades de que el individuo consiga consolidar el cambio. Un menor tiempo de consumo implica una menor motivación al cambio derivada de una menor percepción de la problemática o de no atribuirla al uso abusivo o a la dependencia de opiáceos y al estilo de vida que conlleva.

Dado el carácter dinámico de la motivación, las dificultades asociadas al poco tiempo de consumo, se circunscriben al momento concreto de la demanda de tratamiento. Habitualmente, a medida que aumenta el tiempo de consumo el deterioro biopsicosocial va incrementándose. Ese mayor índice de deterioro, probablemente repercutirá en una mayor percepción de problemática y deseo de cambio pero, al mismo tiempo hará que las dificultades para poder culminar el proceso de cambio o alcanzar objetivos de cambio más ambiciosos, sean cada vez menores.

Al policonsumo se le atribuye una influencia de carácter más lineal: a mayor número de sustancias consumidas simultáneamente, mayor influencia de carácter negativo en la rehabilitación. Generalmente, ante un mayor policonsumo, que en algunos casos pueden constituir poliadicción, mayor probabilidad de sufrir trastornos mentales inducidos por el uso de sustancias con las connotaciones negativas que estos trastornos confieren a la rehabilitación. Otro aspecto negativo del policonsumo es la falta de motivación a abandonar el uso de todas las drogas que usan. Los sujetos tienden a focalizar la problemática en la droga dominante (heroína), que es la que consideran peligrosa minimizando los riesgos del uso de las otras sustancias con el consiguiente riesgo de recaída que supone bien por los efectos de las otras sustancias, bien por no abandonar totalmente el mundo de las drogas.

La edad de inicio en el consumo se considera importante porque los procesos de crecimiento personal y de socialización de los individuos se van a ver más

o menos influenciados en función de la edad en que el individuo se incorpore al mundo de las drogas. En general, la influencia de este factor tendrá un carácter más negativo cuanto más precoz sea la edad de inicio porque el proceso de maduración del individuo se ha desarrollado mayormente bajo los efectos de la sustancia e inmerso dentro de la forma de vida propia de la toxicomanía. Edades más tempranas de inicio en el consumo, mayor número de diagnósticos de adicción y policonsumo, poco tiempo de consumo y de problemática percibida y, a mayor tiempo de evolución de la conducta adictiva mayores dificultades en torno a la rehabilitación; mientras que inicios más tardíos, menos tiempo de consumo (siempre que el sujeto este motivado al cambio) y el no utilizar o depender de diversas sustancias pueden constituir factores pronóstico de carácter más favorable.

No apreciamos discrepancias en cuanto a la información proporcionada por los profesionales de la psicología entrevistados, respecto a los factores intervinientes en el proceso de rehabilitación de la adicción a la heroína. En ningún caso, un profesional aporta un aspecto como facilitador y otro lo hace como como dificultador. Sí que advertimos algunas divergencias en torno al grado o nivel al nivel de participación de los diferentes elementos aportados y su posible evolución e interacción. Algunos profesionales tienden a efectuar más matizaciones y reflexiones sobre los aspectos que consideran de mayor interés, otros se inclinan más por los ejemplos e incluso, se ofrecen sugerencias y alternativas terapéuticas, cuando los factores negativos son numerosos y graves.

Los diferentes factores que son aportados como intervinientes en el proceso de cambio, no se circunscriben a los periodos de tratamiento, ni siquiera al periodo de consumo sino que atienden todo el ciclo vital del individuo. Para poder aventurar cuáles serían los condicionantes sociales y las peculiaridades de los sujetos con mayores probabilidades para conseguir una rehabilitación total, tenemos que atender a: variables intervinientes durante los periodos previos al consumo; los inicios y el desarrollo de la dependencia; los tratamientos (tanto los anteriores como el actual) y lo acaecido una vez dado por finalizada la intervención.

No es posible establecer un perfil de la persona que finalmente conseguirá rehabilitarse porque los factores tanto positivos como negativos, que concurren en que

en un momento dado un individuo este preparado y dispuesto para cambiar, son siempre producto de una evolución de las características personales al interactuar con el entorno. Algunos de los aspectos negativos de la infancia, la adolescencia y el periodo de consumo habrán arraigado de tal manera en la configuración de su personalidad y en su salud (física, psíquica y social) que influirán directamente en el estado del individuo cuando solicita tratamiento. No debemos olvidar, que los aspectos negativos externos que participan en la maduración del ser humano, pueden ser similares, pero nunca iguales y están actuando sobre seres vivos diferentes, por lo que los individuos que hallaremos en el futuro no van a ser idénticos.

Más que establecer un perfil podemos determinar un historial, unas circunstancias tanto personales como sociales concretas (en un momento de la evolución de la conducta adictiva) que interactúan consiguiendo un equilibrio compensado entre sus deseos de cambio, sus recursos personales y los recursos de apoyo que le permitan progresar hasta la rehabilitación. Es decir, los cambios de conducta reflejan una interacción compleja entre los factores sociales y psicológicos, por lo que resulta imposible predecir la modificación de una conducta. No obstante, la existencia de muchos factores propiciatorios hará que las posibilidades sean mayores en él supuesto que el individuo se plantee seriamente dejar el consumo y abandonar el estilo de vida de heroinómano y, por el contrario, a más factores negativos mayor dificultad para consolidar el cambio, incluso dándose la premisa de deseo de cambiar.

En ningún caso se mencionan factores o aspectos incapacitantes, su testimonio siempre gira en torno a diferentes niveles de dificultad o de facilidad para que el heroinómano consiga progresar y culminar el proceso de cambio, en función de la gravedad o de la acumulación de factores considerados negativos. Las redes de apoyo social -específicas e inespecíficas- y las estructuras de apoyo más próximas (especialmente la familia y los iguales) van a tener una función fundamental en el proceso de rehabilitación y van a ser más necesarias en la medida que el deterioro biopsicosocial del individuo sea mayor. Algunos apuntan a los programas de objetivos intermedios (que no contemplan la consecución de la abstinencia, al menos como primer objetivo, pero que le pueden permitir al individuo alcanzar objetivos de cambio personal y social igualmente deseables) para aquellos casos que les resulte muy dificultoso la consolidación y el mantenimiento de la abstinencia.

4.2 - Análisis de las historias de vida.

Los relatos de vida de las personas que han sido capaces de superar su adicción a la heroína y consolidar un cambio de estilo de vida nos han permitido obtener una información valiosa en torno a los hechos o acontecimientos que han caracterizado sus vidas. El compartir con nosotros su experiencia vital nos posibilita profundizar en el conocimiento de los aspectos (tanto sociales como personales) que puedan haber facilitado su rehabilitación y la consolidación de un estilo de vida saludable. En definitiva, se trata de analizar todas las experiencias vitales narradas por los participantes que nos posibiliten aprehender la evolución de sus vidas (tanto en los periodos de consumo y dependencia como en los previos y posteriores) que nos permitan aportar un poco de luz al conocimiento del complejo proceso de la adicción a la heroína y la superación.

Analizaremos la información en torno a las experiencias y vivencias de diferentes etapas evolutivas: las previas al consumo (infancia y adolescencia) y los inicios del consumo para posteriormente pasar a la etapa de consumo y dependencia (en las que incluiremos los tratamientos previos), el periodo de deshabituación y, finalmente la etapa de normalización social. Con este análisis también pretendemos aproximarnos al conocimiento del modelo social imperante y la evolución del fenómeno de las drogodependencias durante el periodo en que tuvo lugar la experiencia.

4.2.1. - Etapa anterior al uso de opiáceos.

Este primer apartado va destinado a profundizar en el conocimiento de los aspectos psicosociales pertenecientes al periodo evolutivo previo al uso de opiáceos: la familia, el grupo de iguales, la escuela y el inicio en el uso de sustancias. A través de las narraciones analizaremos las vivencias, comportamientos y sentimientos de nuestros interlocutores relativos a esta primera etapa de su vida tan trascendental para la formación de la personalidad. Señalar que el punto de inflexión para adentrarnos en el análisis del siguiente periodo de desarrollo vendrá dado por el inicio en el uso de opiáceos. El uso de otras sustancias lo incluimos en este apartado debido a que la dependencia objeto de nuestro estudio, es la adicción a la heroína (se dé o no policonsumo y/o politoxicomanía) y porque consideramos el uso de otras sustancias como un factor desencadenante más del posterior abuso y dependencia a opiáceos.

4.2.1.1 – La familia y la crianza.

Nadie pone en duda que el clima familiar en el que se mueve un individuo es decisivo para configurar su personalidad, sus actitudes, su autoconcepto y su forma de interrelacionarse con el mundo social y cultural en el que se halla inmerso. La posible influencia de otros contextos sociales pasa por el tamiz familiar ampliando o disminuyendo sus efectos positivos o negativos.

Cuando nos hemos adentrado en el estudio de las drogodependencias y sus causas nos encontramos con toda una serie de factores de riesgo vinculados entre los que se encuentra la familia. A un factor de riesgo no lo podemos considerar de

forma aislada, sino que necesariamente tiene que ser considerado en interacción recíproca y dinámica con otros factores. No debemos confundir factor de riesgo con causa o etiología. Hay que tener en cuenta tal como señala Comas (1992) que el uso de drogas es en última instancia una conducta individual, pero que está condicionada por una multitud y combinación de factores tanto individuales como sociales. En este primer apartado analizaremos la dinámica y estructura familiar y estudiaremos los aspectos familiares que pudieran constituir un factor de riesgos para el inicio en el uso de sustancias.

En todos los casos, la infancia se desarrolla en el seno de familias nucleares formadas por los padres y hermanos. Aunque encontramos diferencias en cuanto al estatus socioeconómico entre las familias de los participantes, no hemos dado con ninguna familia que se encontrara en una situación de pobreza extrema, marginada o excluida socialmente. Ninguno de nuestros interlocutores se crió en barrios marginales, conflictivos o con índices de pobreza o delincuencia considerables. No encontramos situaciones de desempleo de modo que todos los padres trabajan, ya sea por cuenta propia o ajena. Las participantes femeninas hacen referencia al trabajo de las madres fuera del hogar. Señalar que en ambos casos, los padres trabajaban por cuenta propia y las madres trabajaban con ellos. El motivo del trabajo de ellas no sería en ningún caso para el sostenimiento de las necesidades mínimas, sino para mejorar la situación económica familiar y ayudar al marido, por lo que no podemos hablar de sensación de fracaso de los varones, por no poder sostener la familia, como era habitual en la época.

Mi padre siempre estaba trabajando con mi madre (ella le ayudaba en el despacho) eran unos momentos en los que él trabajaba bastante por el tema político y todo eso.

Támara.

Con las diferencias esperadas podríamos decir que, en el contexto y la situación de la época, la estructura y el funcionamiento familiar sería normalizado en todos los casos. No se dan casos de violencia en el seno de la familia, ni se producen malos tratos, ni se fomentan las conductas violentas. De lo narrado se desprende que las relaciones entre los progenitores, con diferentes estilos, eran buenas. Podemos decir que se da un nivel de cohesión familiar adecuado en todas las familias que

difiere en la intensidad de la misma entre unas y otras. No hay ningún caso de separación paterna y no se nombran ni se entrevén situaciones de mala relación conyugal. Las normas familiares pueden ser más o menos rígidas y se ejerce más o menos control según los hijos, pero no encontramos situaciones de inconsistencia de normas. Así mismo, con diferentes estilos educativos y diferentes normas de convivencia se desprende que existe el suficiente acuerdo y unidad de criterios entre los padres en las directrices educativas de los hijos.

Imagino que sí, porque si están de acuerdo ahora (...) o sea, si me tiene que apoyar uno me apoyan los dos. Entonces, si hubiese habido diferencias entonces ahora sería igual.

Jose

Convenir que la familia constituye el agente primario de socialización y su función esencial es potenciar la socialización de los hijos. La socialización familiar la constituyen el conjunto de estrategias que utilizan los padres para influir en los hijos e inculcarles una serie de valores y de normas culturales que guíen su conducta social (Molpeceres, 1991) Cuando hay una opción y un deseo por transmitir unos valores, normas, hábitos, etc. nos encontramos ante una socialización manifiesta, siendo esta latente cuando se transmite a través del modelado paterno y del estilo de vida familiar.

A partir de las aportaciones nos aproximaremos al conocimiento del estilo educativo imperante en las diferentes familias. Desde la psicología social se definen los dos caminos para la educación: el apoyo y el control. El apoyo es la conducta manifestada por un padre o una madre hacia su hijo/a promoviendo sentimientos de comodidad y agrado en presencia de ambos y confirmándole que es básicamente aceptado, estimado y respetado como persona lo que hace que se sienta integrado en la familia. El control se refiere al tipo y grado de intensidad de la influencia de los padres. La familia tiene que satisfacer en cada hijo las necesidades específicas de apoyo y control que necesite al objeto de fomentar los sentimientos de pertenencia e individualización indispensables para una adecuada socialización.

En general, vemos que los varones no tienen malos recuerdos de su infancia mientras que las mujeres sí. Tanto Lucas como Juan tienen recuerdos de una infancia especialmente protegida y feliz. Se crían en una gran ciudad. Estaban refugiados en un “nido familiar” muy cálido y apenas tenían experiencias fuera de su

entorno familiar donde se sentían protegidos, queridos y arropados por sus familias. En ambos casos, podemos decir que la percepción de la función del apoyo familiar sería la propicia durante la infancia. No obstante, no debemos olvidar que la sobreprotección familiar incrementa el sentimiento de pertenencia y la seguridad durante la niñez, pero puede dificultar el posterior proceso de individualización.

En breves palabras, mi infancia la recuerdo bastante divertida y bastante bonita. Éramos una familia muy unida. Especialmente protegida, eso sí que es verdad. (...) Sí que es verdad -que ahora lo pienso- que yo estaba mejor en casa que en otro sitio.

Lucas.

Muy mimado y muy protegido. Vivía siempre en ambiente familiar. No recuerdo, no tengo recuerdos de amigos así, fuera de lo que es, eh., mi familia.

Juan.

El otro varón pormenoriza circunstancias especialmente felices, pero sí se desprende de sus palabras que tuvo una infancia agradable. No hace referencia a una especial protección y resulta evidente que su crianza no se construyó al ámbito del hogar. Al crecer en un pueblo, donde las interacciones sociales son más intensas y el sentimiento comunitario prima sobre el individual, su crianza no estuvo tan restringida a las relaciones familiares y, en general, hizo más “vida en la calle”. Él considera que fue educado de forma similar a otros niños de su entorno, siguiendo las directrices imperantes en la época.

Una forma de educar bastante distinta a la que es hoy en día. Entonces ellos me educaron a su manera lo que pasa es que yo, pues era muy borde, muy rebelde y nada.

José

Sin poder inferir una infancia desdichada y lamentable inmersa en familias desestructuradas y especialmente conflictivas, no es menos cierto que las dos mujeres entrevistadas manifiestan algunos aspectos de insatisfacción con la etapa infantil.

Támara adopta una actitud más crítica y plantea mayores situaciones y circunstancias de malestar. Se desprende falta de apoyo de los padres y un escaso control que, a menudo, delegaban y era ejercido por la hermana mediana ya que los padres trabajaban los dos fuera del hogar.

Pues mi padre nunca estaba y mi madre tampoco porque trabajaban como negros. Entonces, eh. , realmente estábamos en manos de mi hermana Ernestina, que es la mediana y ya la cosa se empezó a descontrolar un poco.

Támara.

Se da un control rígido pero escaso, falta de muestras de afecto y comunicación por la ausencia de los padres. Percibe una progresiva pérdida de la cohesión y un desmembramiento familiar en la medida que los hermanos mayores abandonan el hogar y se independizan. La adaptación a los cambios en la estructura familiar, en la que el número de miembros es cada vez menor y los padres están ausentes por motivos laborales. Su rol respondería en parte al del “niño perdido” en la familia alcohólica (Cunillera y Feixas 1989) en el que el niño, a menudo, el más joven (como Támara) desarrolla una gran capacidad para mantenerse al margen de todo porque sabe que lo mejor es estar lo suficientemente lejos física psíquicamente de su familia para no dañarse. Muchas veces estos niños buscan relaciones íntimas fuera de su familia. En nuestro caso la búsqueda de familias alternativas obedece más a sentimiento de abandono, de falta de atención, de muestras de afecto, y de una guía útil para desenvolverse en la vida en un entorno social y cultural en el que imperaban unos valores muy diferentes a los familiares, que a un alejamiento por no dañarse de la influencia de la dinámica familiar.

Sí que me he sentido desamparada muchas veces. (...) que yo me haya montado mis familias alternativas, pues sí, me las he montado incluso con amigos de mis padres.

Támara.

Las quejas de Margarida hacen referencia a la percepción de un trato injusto o al menos no equitativo en comparación a su hermana mayor. Este

sentimiento tiene su origen en la aplicación de la disciplina por parte de los padres. Tras una experiencia traumática durante la niñez, la hermana mayor comienza a presentar problemas psíquicas saltándose habitualmente las reglas familiares de convivencia con conductas desadaptadas y conflictivas difíciles de atajar. Estas conductas (por prescripción facultativa) no eran recriminadas, ni castigadas por los padres mientras que, conductas similares, a ella no le estaban toleradas y se le recriminaban. Se lamenta de la confusión que esta circunstancia le supuso y el sentimiento de ser menos querida por sus progenitores.

No es que ho pagara jo, sino que la meua germana feia a lo millor lo mateix i no li deien res (...) Però de giconina jo no ho entenia i jo sempre estava en el rotllo eixe de jo.., com que no me volien.

Margarida.

Como hemos señalado anteriormente, concurre una línea de acuerdo y de unidad de criterios suficientes entre los padres respecto a las directrices educativas de los hijos, y que los límites que caracterizan la relación y los roles son claros. Nuestros informadores también hacen referencia a una actitud más permisiva y encubridora por parte de las madres. No obstante, en ninguna coyuntura podemos hablar de sobreprotección y sobreindulgencia materna frente a una figura paterna débil y/o ausente.

Mi madre, pues me imagino que como todas las madres que encubren un poco más a los hijos ¿no?, cuando has hecho alguna historia. Pero, no sé. Siempre.. , yo respeto muchísimo, y los pongo a los dos igual.

José.

Los modelos paternos en cuanto a las actitudes, las conductas y los estilos de vida ante el alcohol y las drogas en nuestro caso particular influyen en gran manera en los hijos. El uso/abuso de drogas, tanto legales como ilegales en la familia constituyen un factor de riesgo. No es solamente el hecho de sino también él por qué y en que circunstancias o situaciones se producen. Respecto al uso de drogas sólo encontramos conductas reseñables en situaciones relacionadas con el uso de alcohol en las narraciones de las dos mujeres. Támara refiere un uso abusivo de alcohol por parte de su padre, al tiempo que habla de accesibilidad a los licores desde su más tierna infancia, cuando hizo uso de licores en cantidades considerables para su edad, así como la no censura del uso en dosis moderadas y en circunstancias especiales.

El siempre tomaba coñac después de comer y yo me chupaba el dedo. (...) Mi hermano tuvo una novia austríaca y trajo, hace mucho tiempo licor de ese (de estos snacks de eso que le llaman) y yo me acuerdo que me pegaba cada tanganazo sin que nadie me viese. Pero siendo bastante pequeña.

Támara.

La otra mujer alude el alcoholismo de su padre del que ella es conocedora por referencias: la madre se lo había contado y por el hecho de que el padre fue uno de los miembros fundadores de la Asociación de Alcohólicos Rehabilitados de su comunidad. Narra que no fue consciente del alcoholismo del padre porque nunca percibió malestar en el seno familiar. El padre se rehabilitó siendo pequeña: la madre ocultó en lo posible la situación y nunca se percató de conductas agresivas que generaran excesivo conflicto en el seno familiar.

Mon pare antes, quan erem xicotets, bevia però ma mare això sempre ho ha tingut.., mai he vist a mon pare beure ni res ¿no? I ja te dic, una vegada que li xillà a ma mare -que jo no estava- ma mare l'agarrà a ell i el tirà de casa. I des d'entonces va ser quan obrigué l'associació d'anti alcohòlics i s'ho deixà enseguida, ja no tornà a beure més ¿no?.

Margarida.

Como hemos señalado anteriormente, el tipo de familia en todos los casos es nuclear. No obstante, Támara durante su más tierna infancia, también convivió con su abuela paterna de la que apenas guarda recuerdos; pero la imagen que le ha llegado, tanto por sus recuerdos como por referencias de familiares, es la de era una mujer poco afectuosa, amargada y altiva.

Con mis abuelas prácticamente no las he conocido a pesar de que una de ellas vivía aquí ¿sabes?. Hace 26 años que murió cuando yo tenía cinco o seis años. (...) De pequeña yo la recuerdo sentada en su silloncito con unos petucos que llevaba, unas zapatillas que llevaba características con cremallera y ser una persona con un rictus de mala hostia de.. , y muy poco cariñosa. Pero por lo visto era así de siempre, ves las fotos antiguas de ella y la cara de mala hostia la tiene. Támara

No ha habido migraciones familiares, excepto en el caso de José en el que sus padres emigraron siendo él muy niño, por lo que no presupone un impacto personal al no tener que dejar amigos y compañeros. No refiere problemas de desarraigo ni de marginalidad social. Tanto en el caso de Támara como en el de Juan se produce un cambio de domicilio familiar a barrios diferentes dentro de la misma ciudad; en ambos casos a barrios obreros de inferior categoría y más periféricos, pero no marginales. Las repercusiones son diferentes porque en el caso de Juan fue durante el periodo de la pubertad/adolescencia produciéndose un cambio de colegio, mientras que Támara nace cuando la familia se ha trasladado al nuevo barrio.

Un barrio donde había mucha gente de la raza calé, mucha gente obrera y otro tipo de cosa. La gente, compañeros muy espabilados ¿no?. Yo los veía hacer cosas y me veía así muy diferente.

Juan.

Támara, a pesar de no tener recuerdos propios del anterior domicilio familiar, habla sobre él como si lo hubiese conocido, con un sentimiento de nostalgia del pasado. Percibe el estilo de vida familiar más agradable, que el nivel de cohesión familiar era mayor y, en definitiva, que la dinámica familiar hubiese sido más de su agrado, que la que a ella le tocó vivir. Se percibe un tono de melancolía, por no haber vivido en la otra casa con todos los hermanos y con los padres más tiempo en el hogar y más pendientes de sus hijos.

Entonces sí que tenían una vida más familiar de lo que comento (bien, ya sé que no estaba pero por lo que cuentan mis hermanos). Entonces, pues iban muchos amigos suyos allí, mucha gente intelectual, así de...Pues hacían una cosa que eh. , por las tardes, los fines de semana por la tarde quedaban para leer teatro o poesía, no sé que. Muy así. (...) Entonces cuando se cambiaron aquí fue cuando iba a nacer yo.

Támara.

Podemos convenir, partiendo de la teoría de sistemas, que la familia es un sistema abierto en el sentido que las interacciones entre sus elementos y el tipo de organización que mantienen no se encuentra aislada, sino que se encuentra en

interacción con otros sistemas de su entorno inmediato y con el sistema sociocultural total. Es decir, la familia es un sistema permeable pero el nivel de permeabilidad es diferente según los casos. La familia posee un elemento fundacional, constituido por los valores propios de la familia y otro normativo, que consiste en el establecimiento de los límites que regulan los comportamientos y diferencian los roles que identifican a sus miembros. Todas las familias transmiten sus valores a través de la educación de los hijos. Además de lamentar una mayor cohesión familiar Támara plantea una disonancia cognitiva en su infancia y adolescencia producto de las diferencias existentes entre los valores familiares y los valores imperantes en la sociedad de la época. Los padres tratan de que prevalezcan sus valores protegiéndoles al máximo posible de las interacciones sociales diametralmente opuestas y que entran en conflicto con su ideología. Se trata, en general, de dar una educación laica (en una sociedad guiada por la moral católica) en los que los valores de solidaridad, altruismo, austeridad, igualdad, la cultura, etc. prevalecieran frente a una sociedad que va superando los efectos de pobreza de la guerra civil y la postguerra que comienza a enriquecerse y a ser más consumista.

De la realidad que había en casa a la que había en la calle pues, era diferente. Pues, eso ya te creaba un poco de confusión y más que te llevaran al colegio más pijo de Valencia.

Támara.

En las historias restantes no aparece explícitamente esta disonancia entre los valores familiares y los imperantes en la sociedad de la época, en la pre-adolescencia. Resulta evidente que todas las familias tratan de preservar sus propios valores, pero el estilo propio educativo y el no entrar en contradicción frontal con los imperantes hace que no fueran percibidos de la misma forma durante su infancia. No obstante, la pubertad y la adolescencia junto a otras circunstancias hacen que se produzcan cambios en la percepción del entorno y de uno mismo. El proceso transformador en el ámbito físico, psicológico y social supone que el adolescente tendrá que ir asimilando los cambios de forma personal e intransferible, saliendo del nido protector que ha tenido en los padres, para ir logrando una mayor independencia y autonomía. Por ejemplo, en el caso de Juan y Lucas cuando, finalmente, salen del protegido entorno familiar descubren un mundo diferente al que conocían en sus

familias y adoptan una actitud rebelde pudiendo replantearse los valores paternos tratando de buscar su propia "filosofía de vida". Jose y Margarida no plantean ningún cambio significativo en la percepción del entorno (lo cual no significa que no se produjeran cambios) quizás por haber tenido una infancia no tan protegida y ni tan limitadas las relaciones al ámbito de lo familiar.

Son muy diferentes. Yo venía de un..., de otra educación ¿no?, que no era más buena, no. Porque todo lo contrario más cerrada; lo que había entonces en España ¿no?

Juan.

Gente del instituto, con gustos así de música, pues parecidos. Hicimos un grupete de música, llegamos a hacer: tocamos en alguna verbena en alguna fiesta de amigos y tal.

Lucas.

En los apartados anteriores, hemos hecho un breve recorrido sobre las tipologías familiares tratando de profundizar en el estilo educativo familiar, especialmente, en lo que respecta a la transmisión de valores por parte de los padres y las relaciones entre ellos. Es decir, nos hemos centrado en el funcionamiento de los subsistemas conyugal, parental y filial y, ahora pretendemos adentrarnos en el análisis de las relaciones con los hermanos (subsistema fraterno). No encontramos ningún hijo mayor, todos son los hijos pequeños excepto Lucas que es el menor de los chicos (tiene una hermana menor) y Juan que es el mediano de tres varones. Apreciamos como la diferencia de edad juega un papel importante en el tipo de relación que se establece: si la diferencia de edad es considerable (más de 5 o 6 años de diferencia) la relación (al menos en la infancia), no es realmente fraterna debido a que el nivel de maduración, intereses, actividades, etc tienen poco en común. Cuando la diferencia de edad es considerable la recuerdan como que no existía relación de hermanos o que era mala si los mayores adoptaban una actitud dominante o manipuladora o, si asumían el rol paterno.

Con los mayores (...) ya tenía una diferencia de edad; pues de seis años con la mayor y cuatro o cinco con la segunda y con éstos tuve menos relación. Y, sí

que recuerdo que (...) con el mayor me llevaba bastante mal, teníamos muchas peleas continuamente y tal.

Lucas

Con mis hermanos mayores me llevo bastantes años. (...) Mi hermana Julia cuando acabó la carrera se casó, tenía yo 7 u 8 años, debía tener. Se casó y se fue y mi hermano ya se había ido antes”(...) Porque yo no quería quedarme y menos con mi hermana Ernestina.

Támara.

Todos mencionan buenas relaciones con los hermanos de edades más cercanas. Incluso Margarida, que como vimos anteriormente, se sentía discriminada y menos querida por los padres que su hermana y, a pesar de que peleaban mucho (tanto verbal, como físicamente) tenían una relación de hermanas en la que compartían juegos e intimidades. De alguna forma se confirma que la afinidad entre los hermanos próximos en edad es mayor estableciéndose auténticas relaciones fraternas. Se dan mayores vínculos y complicidad por tener intereses más parejos.

Con mi hermana mayor siempre me he llevado estupendamente. (...) Las peleas entre críos, tienes siete u ocho años y era un poco mayor que yo (me lleva cuatro años.)

Jose.

S'estàvem cardant però sempre se buscabem ¿no?. Quan no estavem una o l'altra enseguida se cridavem.

Margarida.

Otra particularidad que comparten las dos mujeres, es la de tener antecedentes fraternos de uso de opiáceos. Al igual que el uso de drogas y alcohol de los padres constituye un factor de riesgo para el consumo, también lo es el consumo, de los hermanos. Las relaciones entre hermanos, además de facilitar el aprendizaje de las relaciones entre iguales y el establecimiento de incorporación de límites en sus

relaciones y en las relaciones con los demás, constituyen un modelo de conducta y estilo de vida.

Mi hermana Isabel, que es la que va antes que yo, tiene cuatro años más que yo, era la..., todo lo contrario de nosotros. (...) pues, ella a todo lo contrario y pues, como más barriobajero de aquí de la zona esta y como más subversivo, pero no a nivel político sino muy marginal Entonces yo iba un poco a rebujo de lo que hacía ella.

Támara

Pues que se juntaren tots, i què passà, pues que probaren la..., probaren el xutar-se ¿no? I el meu germà estigué molt poquet de temps.

Margarida.

Evidentemente, la familia es una estructura en movimiento que se ve influida por su propia evolución temporal y por los acontecimientos internos y externos al propio sistema: los niños se convierten en adolescentes, nacen nuevos bebés, puede cambiar de domicilio o la situación económica, óbito de miembros, cambia el entorno social, etc. La adaptabilidad del sistema familiar supone la capacidad de modificar sus roles interpersonales, las normas de interacción y la estructura de poder como respuesta a los diferentes cambios

Mis dos hermanos vivieron más eh..., el..., los dos en casa y otra cosa. Y con mis abuelas y todo eso – que yo, prácticamente a mis abuelas no las he conocido-

Támara.

La adolescencia, como etapa de transición normal e inevitable entre la infancia y la edad adulta, constituye un periodo de cambios y transformaciones en el ámbito físico, psicológico y social que puede ser conflictivo. Estas transformaciones van a estar influidas por factores sociales, culturales, familiares y personales que las van a apresurar o contener. El adolescente ya no es un niño, pero todavía no es un adulto. Durante esta etapa se produce un rechazo aparente de los modelos paternos

que han sido válidos durante la infancia y se produce una búsqueda de nuevos modelos (héroes o ídolos). Encontramos que son los que han tenido una infancia más protegida los que refieren mayores dificultades para abandonar el nido familiar. El proceso natural hacia la autonomía plena, a través de la búsqueda de la propia identidad y la afirmación de la personalidad, pueden generar conflicto intergeneracional, pero cuando ese cambio es más brusco y radical por haber sido más sumiso y haber tenido un estilo de vida muy “dentro de la familia” este choque es más evidente.

Y nada, en mi casa como salía mucho y ya no hacía tanto caso, empezaban a meterme la bronca. (...) Llamaba a casa: –“estoy bien”-, pero intentaba hacer mi vida, porque era como veía que hacían mucha gente de mi edad. En mi casa, pues nada, se enfadaban porque salía.

Juan.

La familia es un sistema dinámico en el que se producen cambios y estos pueden ser debidos a la evolución natural, o producto de acontecimientos desgraciados o adversos. Sin lugar a dudas, el fallecimiento de un progenitor constituye un golpe emocional para cualquier ser humano, pero cuando se produce durante la infancia o adolescencia el estrés es tan considerable que las repercusiones pueden ser dramáticas: desamparo, soledad, melancolía, tristeza, etc. En el caso de Lucas, el inicio de la adolescencia y comenzar a salir más del entorno familiar coincide temporalmente con la enfermedad y posterior fallecimiento de la madre que había sido la principal artífice de su infancia cálida y feliz.

Y esos tres años fueron muy malos, fueron muy tristes en la familia, porque me imagino que eso pasará en todas las familias, la madre es el elemento de más unión ¿no? Especialmente mi madre (...) Mi madre ya te he contado que fue el primer golpe, así duro que te llevas en la vida (...) Recuerdo muchísima gente en casa durante esos días pero también recuerdo que me encontraba muy solo. Fue una experiencia fatal

Lucas.

La prolongada enfermedad y la pérdida de un miembro tan primordial en la familia, como es la madre desorganiza toda la estructura familiar y el funcionamiento familiar se modifica repercutiendo en las emociones de cada uno de sus miembros. Los sentimientos están a flor de piel y la incertidumbre se va apoderando de sus miembros, especialmente de los más jóvenes que, a menudo observan que algo grave está ocurriendo, pero desconocen el alcance y las repercusiones reales de los mismos.

Además la muerte de mi madre fue especialmente triste porque se puso enferma. Yo, la verdad en aquel momento no sabía lo que tenía luego me enteré (...) pero estuvo tres años o tres años y medio mal.

Lucas.

Encontramos que la enfermedad y fallecimiento de los progenitores supone una relajación de las normas y en el establecimiento de límites de las conductas inapropiadas. Los límites que caracterizan las relaciones familiares son más difusos y se relaja el control paternal orientado a hacer cumplir las normas familiares porque la atención familiar se focaliza más hacia enfermo o en la elaboración del duelo por la pérdida. Así mismo, estos trances familiares también restringen la función de apoyo de los padres tan necesaria, junto a la de control, para promover los sentimientos de pertenencia e individualización indispensables para una adecuada socialización.

Pues claro mon pare l' hora i tot això, teniem que estar sempre a la mateixa hora, que no mos deixava eixir molt ¿saps?. Dona, eixir sí però molt tard no. I ja va ser quan va morir ell que me soltí més ¿no?, com veia a ma mare que estava feta pols i clar la xiqueta era el seu això i com ella se la quedava, pues jo me'n anava.

Margarida.

En resumen, no podemos catalogar los ambientes familiares, en los que se desarrollaron nuestros interlocutores como substancialmente conflictivos o patológicos. No obstante, a partir de las disfunciones halladas en las interacciones familiares, podemos establecer dos patrones de familias que comparten las siguientes características: por una parte en las familias de las mujeres encontramos algunas patologías como alcoholismo y/o uso abusivo de alcohol paterno, alteraciones psicológicas, toxicomanía y/o uso abusivo de psicotropos en los hermanos mayores, lo cual en algún momento supuso un desplazamiento de la problemática de unos a otros. Sin embargo, no encontramos una disposición en el grupo familiar, en el que el funcionamiento patológico, se disipa a través de los desplazamientos de síntomas que presentan miembros, haciendo que la atención familiar se movilice de un miembro a otro imponiendo un estrechamiento de los vínculos familiares. Así mismo, ambas son las más pequeñas de los hermanos, estuvieron menos protegidas, gozaron de mayores cuotas de libertad siendo más habitual, la ausencia de los padres por motivos laborales. Los padres de las dos enferman o fallecen cuando tienen alrededor de dieciocho años (en este extremo también coincide Lucas), evidenciándose una relajación en las funciones de control y de apoyo.

Por otra parte, hallamos, que en general, las familias de los varones adoptan actitudes más protectoras que las de las mujeres, siendo el número de interacciones sociales escaso en el caso de Lucas y Juan. No obstante, en ningún caso, podemos inferir que la toxicomanía constituya un síntoma de desequilibrio en el sistema familiar, contingente a las dificultades vinculadas a la búsqueda de independencia y autonomía de los muchachos respecto a los padres o de los padres respecto a ellos. Lucas pierde a sus dos progenitores entre los dieciséis y veinte años con las dramáticas repercusiones familiares y personales (sufrimiento emocional, soledad, incertidumbre, desconcierto y frustración) que la enfermedad y defunción de la madre y el padre significaron.

Desde la perspectiva de la infancia y adolescencia de nuestros interlocutores, el análisis de las narraciones también nos ha permitido advertir cómo el modelo de familias ha cambiado en las tres últimas décadas. El número de hijos era mayor que en las familias actuales (que es de uno o dos hijos por pareja), los jóvenes se independizaban pronto, mientras que en la actualidad cada vez se retrasa más esa salida del domicilio paterno, situándose alrededor de los treinta años e incluso más. En la nuestros días es mucho más habitual que las madres trabajen fuera del hogar y la existencia de familias monoparentales por separación o divorcio.

4.2.1.2 - La escuela y el grupo de iguales.

El grupo de iguales y la escuela (junto a la familia) influyen en gran medida, en su desarrollo del niño y del adolescente, al ser mediadores decisivos en su formación y socialización y, constituyen los más poderosos agentes educativos. A diferencia de la familia y del grupo de iguales, observamos que el carácter educador y socializador de la escuela es intencionado. Es decir, la escuela es una institución concebida con el fin de formar y educar a los más jóvenes de la sociedad.

Resulta fundamental que los valores, actitudes, habilidades y conductas que se consideren importantes en la escuela sean también importantes para la comunidad por lo que resulta imprescindible asegurar la comunicación entre la escuela, la familia y demás instituciones sociales en aras de una mayor coherencia. A menudo, la escuela se encuentra con los mismos condicionantes que la familia u otras instituciones de la sociedad y transmiten unos valores y unas pautas de comportamiento que son reflejo de la organización y de la actuación de toda la sociedad. No obstante, la propia dinámica de los cambios en las diferentes instituciones influye en la organización social.

Respecto a la comunidad escolar, a menudo, encontramos una cierta tendencia al conservadurismo pedagógico y a buscar protección en la seguridad que comporta la experiencia en la utilización de las estrategias educativas conocidas, así como la tendencia a la rigidez de los planes de estudios. El método de enseñanza utilizado en la escuela también influye indirectamente en el consumo de drogas porque constituye un factor importante en la conformación de la personalidad del niño. Por ejemplo, la clase magistral durante la infancia que fomenta la docilidad y el escaso espíritu crítico del alumno, pueden propiciar rasgos de personalidad dependiente, que combinados con otros factores psicosociales, pueden facilitar el desarrollo de una drogodependencia u otras problemáticas vinculadas a las presiones de grupo.

Todos nuestros interlocutores estuvieron escolarizados, como mínimo, durante el periodo de enseñanza obligatoria. Para los padres, la formación escolar constituía un valor importante y nadie refiere haber tenido que dejar de acudir a la escuela por tener que realizar tareas domésticas o trabajos en negocios familiares. En esta época, el estudio era un privilegio (al menos los estudios medios y superiores) por la situación económica precaria de la mayoría de familias que impedía a muchos jóvenes estudiar o si lo hacían tenían que simultanear el trabajo con el estudio. El derecho al estudio de los hijos de los obreros constituía una reivindicación juvenil de ese momento histórico en el que la gran mayoría de los hijos de los trabajadores estaban condenados a entrar en el sistema productivo sin poder acceder al sistema educativo. En este sentido, encontramos que todos nuestros interlocutores tuvieron la posibilidad de haber seguido estudiando durante más tiempo del que lo hicieron, a pesar de que todos eran hijos de trabajadores con niveles de renta más o menos elevada pero que otorgaban un gran valor a la educación.

Me ofreció un trabajo y me dije: me dejo de estudiar, me voy a poner a trabajar y voy a hacer lo que yo quiera. En mi casa, como era menor, empezaron a meterme la bronca: que si tal, que si cual, y que nada, que..., que qué hacía, que yo tenía que terminar el instituto.

Juan.

Son los padres los que eligen el tipo de educación que quieren que reciban sus hijos y, en mayor o menor medida, en función de las posibilidades económicas y del valor que la familia otorga a la formación académica, escogerán el centro escolar al

que van a confiarles su educación. Excepto José, todos fueron matriculados en centros privados o concertados que los padres consideraron que serían los más apropiados para cumplir la función educativa de la forma más acorde a sus expectativas sobre la enseñanza.

El primero era un colegio de curas, un colegio de pago pero podía ir gente con subvenciones de la CENS y movidas que había en la época del franquismo y todo eso.

Juan.

Advertimos como los padres, en la medida que están satisfechos con el tipo de enseñanza impartida, van confiando sucesivamente la educación del resto de sus hijos a los mismos centros escolares.

Fuimos a un colegio muy de familia (...) crearon un colegio entre un grupo de padres y bueno mi padre estaba muy ilusionado en el proyecto y nos fue metiendo a todos.

Lucas.

Destacar que durante esta época (años 70), no eran habituales los colegios mixtos y en los casos en que el centro escolar era mixto no lo eran las clases. Abundaban centros privados de diferentes órdenes religiosas, muy vinculadas a la docencia, que gozaban de gran prestigio. Es decir, los niños y las niñas iban a colegios o a clases en que todos eran del mismo sexo y cuando el colegio era mixto, si había más de una aula por curso, se tendía a distribuir por sexos. Cuando tenían que compartir un aula se trataba de repartir el espacio de forma que estuvieran separados los niños y las niñas e incluso, era frecuente que los patios de recreo fueran diferentes. Así mismo, dentro de los planes de estudio se contemplaban algunas asignaturas diferentes según el sexo de los alumnos (por ejemplo la tecnología para los chicos y las labores de costura para las chicas) y la existencia de asignaturas comunes, como la gimnasia en las que el programa académico también se diferenciaba por sexos.

Les monges a les que no sabíem, sempre mos posaven en una tauleta darrere i mos donaven qualsevol coseta pa que s'entretinguérem i donaven classe a les altres.

Margarida.

Como ya señalábamos con anterioridad, los valores e ideales sociopolíticos de la familia de Támara no eran coincidentes con los del entramado socio cultural de la época. Estos padres cultivan una ideología de índole socialista y liberal, están comprometidos políticamente en contra de la dictadura, son contrarios a los valores predominantes más propios del sistema capitalista, muestran un gran apego a lo artístico y cultural en detrimento de lo material y, abogan por una concepción laica de la sociedad. Al igual que el resto de los padres, la elección de colegio también está mediatizada por el deseo de preservar sus propios valores. No obstante, vemos como al ser sus expectativas educativas opuestas a los existentes en el sistema educativo de la época, las posibilidades de elegir entre diferentes centros escolares son menores al ser muy escasos los colegios que se ajustaban a sus expectativas educativas: educación mixta, laica y, en definitiva, menos influidos por las directrices del régimen franquista.

A todos nos llevaron al colegio F. porque era el único mixto y porque era el único donde no daban religión y por una serie de circunstancias.

Támara.

Como indicamos anteriormente, la mayor parte de la etapa escolar de todos nuestros participantes fue durante la década de los setenta. Durante esta época los métodos de enseñanza estaban más orientados a la instrucción, a través de la transmisión de conocimientos que, en general, no fomentaban ni el espíritu crítico, ni la creatividad de los alumnos. Los planes de estudios eran rígidos y era frecuente el castigo físico como estrategia educativa al objeto de incrementar el interés por el estudio y la disciplina. Estas actuaciones, en general, y especialmente en los ambientes de menor formación, no eran censuradas por los padres, más bien al contrario, era visto como una medida disciplinaria que repercutiría en una mejorara de los resultados académicos y, frecuentemente, los propios padres solicitaban este tipo de castigo si el alumno no prestaba suficiente atención o tenía dificultades para aprender. En definitiva, los

métodos pedagógicos de la época daban por bueno el refrán popular: “la letra con sangre entra”.

Y aunque hubo cosas muy buenas, divertidas y magníficas pero también recuerdo cosas muy malas: Broncas de profesores muy enfadados, muy pegones y bueno, historias de esas.

Lucas.

No obstante, encontramos que no todos los padres estaban de acuerdo con los métodos educativos coercitivos (al menos, si éstos eran excesivos) y, en concreto excepto Margarida y Lucas nadie, menciona situaciones personales de castigo físico o bien porque no se daban o porque no fueron significantes. En esta línea, encontramos como el padre de Margarida la cambia del colegio porque la educación que recibía no cumplía sus expectativas del tipo de educación esmerada que pretendía y por emplear el castigo físico como forma de incrementar el aprendizaje y de extinguir conductas inapropiadas en el aula.

Després me canviaren de col.lege perquè les monges me cardaben molt, i clar que me deixaven de costat perquè com jo no feia cas ni res; però era ja perquè no me..., no me feia ningú cas, pues jo ja anava al meu rotllo.

Margarida.

La sociedad es dinámica y los cambios se ven influidos por multitud de factores que interactúan y se influyen mutuamente. Cambian las instituciones y el funcionamiento de las mismas, las leyes, los gobiernos, los grupos sociales, la situación económica, los valores imperantes, etc. El sentido, la intensidad y la celeridad de las transformaciones sociales son variables y se ven reflejados en el funcionamiento de los diferentes estamentos y en los comportamientos individuales. En esta línea los cambios que se van produciendo en la sociedad también se van viendo reflejados en el ámbito académico porque con los cambios sociales, los alumnos que acuden son diferentes y el entorno social también. Tal como hemos señalado con anterioridad, todos los padres llevan a los hijos a los mismos colegios sin ser conscientes que la institución escolar también se ve influida por los cambios sociales que en el periodo de la transición al final de la década de los setenta son

abundantes y rápidos. Támara hace referencia explícita a este extremo al percibir que el ambiente y las condiciones y el ambiente del colegio que eligieron sus padres para sus hermanos mayores (unos 10 años mayores que ella), ya no es el mismo que encuentran ella y la hermana que le precede.

Porque no es el mismo colegio F. que conocieron mis hermanos a los que conocí yo (...) todos hijos de nuevos ricos que decía yo, del pelotazo ese de los constructores (...) cuando ella iba al colegio todos eran pobres, hasta el rico era pobre porque era la post - guerra más o menos y luego con todo el rollo de la riada.

Támara.

Observamos como, excepto José, todos nuestros interlocutores cambiaron de colegio durante la infancia. El de Juan estuvo motivado por el cambio de domicilio de la familia y el de los demás, fue debido a cuestiones académicas. El sentido de los cambios siempre fue de colegios privados o concertados a centros públicos y, en los dos casos, se pone de manifiesto que fueron los responsables del propio centro los que invitaron o presionaron a los alumnos y a la familia para que los cambiaran de colegio. Podemos inferir que los colegios privados quieren preservar su prestigio y no quieren en sus aulas a alumnos “problemáticos” que puedan ejercer malas influencias en los compañeros, generar mal ambiente en el aula y que descendan las medias del rendimiento académico del centro.

Acabé sexto de EGB, que ya iba fatal. De notas y eso fatal y eso que..., pues que si me iba del colegio me lo aprobaban todo.

Támara.

El segundo de BUP no lo terminé, y al final, se puede decir que me echaron del colegio. Realmente lo que hicieron fue recomendarle a mi hermano mayor (...) que me sacará del colegio porque era un mal ejemplo.

Lucas.

Los cambios que fueron debidos a motivos académicos no significaron, en ningún caso, un revulsivo para mejorar los resultados académicos, más bien lo

contrario, ya que la actitud y la conducta ante el aprendizaje no se modificó en el sentido esperado. Un hecho en el que coinciden todos es que en el colegio privado había más control sobre la asistencia a clase, un seguimiento individualizado exhaustivo y continuado de los progresos de los alumnos y la comunicación con la familia era habitual, mientras que en el colegio público se gozaba de mayor permisividad y el control individual a través de tutorías de la asistencia y de los progresos académicos era escaso.

Para acabar el bachiller necesité seis años y esa época también la recuerdo muy triste porque salir de un colegio privado muy delicado (...) saltas a un instituto público donde cada uno es cada uno y cada uno se las apaña.

Lucas.

Vaig repetir tres vegades sext, l'últim curs no apartguí es pot dir els nou mesos.

Margarida.

No obstante, a pesar de las circunstancias narradas, no podemos inferir que la evolución a peor, en los resultados académicos y en la conducta de los muchachos sea una consecuencia exclusiva del menor control de los colegios públicos. En concreto, observamos como cuando el cambio del colegio privado al público no viene motivado por problemas escolares previos, no supone un empeoramiento en los resultados académicos y de la conducta. Juan no refiere problemas académicos, cuando a los nueve años cambia de colegio, aunque también haga referencia a gozar de mayor libertad y menor control en el colegio público, sino cuando inicia la enseñanza secundaria y comienza a cuestionar sus propios valores.

Hasta los catorce años que cambié al instituto, incluso cuando entré en el instituto era, entre comillas, un facha ¿sabes? de mentalidad supercerril que sólo conocía mi casa.

Juan

El fracaso escolar constituye uno de los factores de riesgo en el uso abusivo de drogas y un síntoma del mismo. ¿Es el fracaso escolar el que lleva al uso de drogas o es el inicio en el uso de drogas el que provoca que aumenten las dificultades académicas? Vemos como todos nuestros interlocutores tuvieron problemas en la escuela, con cambios de colegio, repetición de cursos o con abandono temprano de la escuela nada más finalizar la enseñanza obligatoria. No obstante, al hilo de nuestras narraciones, encontramos que los problemas de conducta y académicos son previos, en mayor a menor medida, al inicio del uso de sustancias tóxicas. Quizás, el inicio en el uso de sustancias prohibidas, ya sea legales o ilegales, vienen más motivadas por variables de personalidad, por acontecimientos estresantes o, por coincidir con la adolescencia que es una etapa vital de cambios y transformaciones en el que, a menudo, se tiende a transgredir las normas siendo el uso de sustancias una forma más de transgresión.

Lo único que pasa es que yo (como ya te comenté la otra vez) pues era muy borde, muy rebelde.

José.

Entonces, aquí se montó un número de estos de no te menees y me cambiaron a otro colegio. No es que ahí ya empezara el consumo, pero sí que, pues ya fumaba cigarrillos.

Támara.

Apreciamos como las dificultades en la escuela, tanto a nivel comportamental como de aprendizaje, comienzan o se hace más tangibles con la adolescencia coincidiendo con los cambios físicos, psíquicos y sociales que se experimentan durante el tránsito de la infancia a la edad adulta. Durante este periodo de la vida, cumple una función primordial en la socialización, el grupo de iguales en detrimento de la influencia paterna y de la escuela. El grupo de iguales representa una importante fuente de información para el adolescente, a menudo, diferente o en contraste de la proporcionada por los adultos, ampliando su espectro de intereses. El grupo muestra comportamientos diferentes a los de la familia y la escuela. Es en “la pandilla” donde puede comenzar a tomar sus propias decisiones de igual a igual y también es en esta coyuntura en la que comenzará a buscar una

filosofía de vida para la que, a menudo, no encuentra ayuda por parte de los adultos de la familia y la escuela. Frecuentemente, es en la escuela donde comienzan esas relaciones de igualdad con los compañeros de clase y de colegio.

Primero los amigos del colegio, luego he tenido eso.., más la adolescencia y los amigos de salir. Van pasando los años y vas cambiando de amigos, a lo mejor has mantenido alguno de cuando eras pequeño o cuando tenía quince o dieciséis años.

Jose.

No debemos olvidar, la tendencia al gregarismo y la necesidad de ser aceptado y valorado dentro de su grupo, por parte de los seres humanos. El grupo, se apropia de una serie de valores de los que todos sus miembros intentaran ser participes. En el proceso de influencia del grupo incluyen varios mecanismos como el modelado o imitación de la conducta del grupo, el refuerzo selectivo de determinados comportamientos por parte del grupo, la aceptación de los valores imperantes a través de los consejos entre los compañeros que influyen indirectamente en la formación de las actitudes y en las preferencias propias del individuo.

Gente del Instituto con gustos así de música parecidos. Hicimos un grupete de música, llegamos a hacer, tocamos en alguna verbena, en alguna fiesta de amigos y tal.(...) Es una época bonita porque éramos bastante inocentones.

Lucas.

...yo me iba, me llevaba mis cosas, me iba a ver a mis compañeros, me iba a ver.., no sé. Me voy. Llamaba a casa. Estoy bien. Pero intentaba hacer mi vida porque era como veía que hacía mucha gente de mi edad.

Juan.

A menudo, las primeras relaciones de iguales se mantienen con los compañeros de clase o del colegio. El grupo de compañeros, con el que uno se siente más identificado, acostumbra a ser el origen de los primeros “amigos” que realmente el

niño elige. Quizá por primera vez pueden elegir quienes son sus compañeros de juegos en el colegio y a menudo fuera del mismo, sin la tutela de los padres. En lo relativo al absentismo escolar, promovido por los alumnos, como expresión máxima de rebelión ante una actividad insatisfactoria no constituye, generalmente, una acción solitaria. Resulta evidente, que el incumplimiento de la obligación de acudir a clase o ausentarse del centro escolar durante algunas horas se realiza junto con otros compañeros de la misma clase o del mismo centro escolar.

Era un recinto abierto, no era como el colegio, que era... y allí me pelaba las clases (...) íbamos poco a clase, estábamos en el bar jugando a las maquinetas y tal, o nos íbamos a una casa que nos habían prestado que teníamos el local de ensayo.

Lucas.

Sí claro, se juntavem i, “- au- pues, au ací”. Igual anavem al costat d’una sequia a fer res perque..., però el cas era no anar al col.legi.

Margarida.

Hemos señalado que, las primeras relaciones e influencias de los iguales se dan, a menudo, con los compañeros de clase. Los primeros “amigos” suelen ser también los compañeros de clase u otros niños de la comunidad (chicos del mismo barrio o del mismo municipio donde pasan la mayor parte del tiempo libre) que, a menudo suelen coincidir, si se acude a un centro escolar del propio ámbito comunitario. No obstante, encontramos como los problemas de adaptación de Támara al sistema educativo también se vieron influidos por las dificultades que tuvo para conectar e interactuar con los compañeros de los colegios. Hace referencia a dificultades de integración en las aulas por un sentimiento de estar fuera de lugar y de ser diferente del resto de compañeros.

Yo nunca he encajado en ningún sitio, en el Colegio Francés porque no era lo suficientemente pija y en el otro porque era excesivamente pija para lo que había”

Támara.

En resumen, todos nuestros interlocutores estuvieron escolarizados, como mínimo, durante la enseñanza obligatoria, siendo la institución escolar (como entidad educativa) y la formación académica muy valoradas por sus familias. Los padres son los que eligen el centro escolar al que van a confiar la formación de sus hijos en función del espíritu educativo, la calidad de la enseñanza, el prestigio del centro y de sus recursos económicos. Cuatro de nuestras familias eligieron colegios privados o concertados en primeras instancia y los cambios de colegio siempre fueron de colegio privado o concertado a centros públicos. Todos tuvieron dificultades en la escuela que derivaron en, un más o menos temprano, abandono de los estudios con o sin cambios del centro escolar. Se constata una relajación del control de la asistencia a clase y de la supervisión del aprendizaje y, una atención al alumno menos individualizada en el segundo colegio que repercutió en un empeoramiento de la situación por la mayor facilidad para el absentismo escolar. Cuando el cambio no fue debido a motivos académicos, la relajación del control no influyó en la evolución académica del alumno por lo que no podemos inferir que sea el menor control ejercido en centros públicos, sino que constituye un continuo en el proceso iniciado de mala integración en la escuela que pudo incrementarse, por el menor control externo.

El análisis de la estructura y funcionamiento del sistema escolar nos permite obtener una representación de este periodo de nuestra historia reciente. La mayor parte de su proceso educativo devino durante la década de los setenta coincidiendo con los últimos años de la dictadura y el periodo de transición hacia el estado democrático. La enseñanza obligatoria era hasta los catorce años, siendo ésta la edad legal para poder comenzar la actividad laboral, pasando a ser los dieciséis años al principio de la década de los ochenta. La formación académica, media y superior, era un privilegio al que un porcentaje muy escaso de hijos de obreros tenían acceso y si lo hacían, simultaneaban estudio y trabajo. No era habitual la enseñanza mixta. Cuando el colegio era mixto y había más de un aula por nivel era frecuente hacer la distribución de los alumnos en función del sexo.

Así mismo, encontramos que dentro de los programas educativos de cada curso existían algunas asignaturas diferentes para chicos y chicas y otras en que se diferenciaban los contenidos y las actividades de las mismas en función del sexo. Con la Constitución en la mano, estas prácticas fueron consideradas discriminatorias por razón de sexo, se unificaron los programas educativos con tendencia al espíritu de la

coeducación y se dejó de subvencionar con dinero público a los centros no mixtos. El castigo físico solía ser el método preferido para modificar la conducta y mejorar los resultados académicos (estrategia prohibida explícitamente en la legislación educativa actual).

La forma de aprendizaje más habitual era la memorística y el objetivo era la adquisición y acumulación de conocimientos, estando los programas educativos muy influidos por la ideología del régimen franquista. No se fomentaba la creatividad, el aprendizaje por descubrimiento y la formación de opinión, sino más bien el adoctrinamiento. Actualmente, aun con todos los avances pedagógicos implantados, todavía persiste la tendencia a la seguridad de la clase magistral y a la transmisión de conocimientos.

Hemos querido introducir en este punto los aspectos relativos al grupo de iguales y a la escuela porque, a menudo, es en ésta donde encontramos a los primeros amigos. Observamos cómo el absentismo escolar no constituye una acción solitaria, sino que el no acudir o ausentarse de clase se realiza con otros compañeros de clase con los que comparten ese tiempo realizando otras actividades.

Durante todo el proceso madurativo, que coincide con la adolescencia, la pandilla cumple una función esencial en el proceso de socialización del joven en detrimento de la influencia de los adultos con los que se relaciona. Este proceso de influencia del grupo se da, principalmente, a través del modelado, el refuerzo conductual y la información intragrupo al intervenir en la formación de las actitudes y las preferencias individuales. En nuestro caso, vemos como los primeros amigos con los que establecen relación de igualdad, fuera de la supervisión de los padres, a menudo, los consiguen en la escuela. En el próximo apartado, analizaremos otros aspectos vinculados al grupo de iguales y a su función en el proceso de socialización.

4.2.1.3 – La adolescencia y el inicio en el uso de sustancias.

Como ya indicamos anteriormente, podemos definir la adolescencia como un proceso de transición entre la infancia y la vida adulta. Esta etapa evolutiva de transición integra un conjunto de años que se inicia con los cambios físicos que se experimentan durante la pubertad y cuya edad de finalización no está claramente delimitada: termina cuando el ser humano ya tiene la madurez suficiente para incorporarse al mundo de los adultos. A pesar de haberse completado los cambios físicos propios de la pubertad, la adolescencia no finaliza hasta que no se produce la

madurez psicológica, la cual implica autonomía e independencia emocional y económica de los padres.

La duración de este periodo es profundamente variable en cada momento histórico y en los diferentes medios sociales se pueden tener adolescencias diferentes. Las culturas anglosajonas tienen una denominación específica para los adolescentes que acota, de alguna manera, el espacio temporal que comprende, son los años teen (thirteen, sixteen, nineteen). El reconocimiento de los teenagers (jóvenes entre los trece y los diecinueve años) les confiere una cierta existencia social específica, aspecto que no comparten con las culturas latinas. Siguiendo a Funes (1990), podemos hablar de la adolescencia como un proceso – en el que por lo tanto, hay una dinámica evolutiva- que se da en un marco social e histórico concreto; en el que se suceden etapas y acontecimientos, hechos y circunstancias, algunos de los cuales serán estabilizadores y otros problematizadores, pero con capacidad de generar recorridos diferentes.

El proceso de transición estará condicionado por numerosos y diferentes acontecimientos. Las circunstancias peculiares y más o menos negativas en la adolescencia de cada uno de nuestros interlocutores nos permitirá hacer un primer análisis de esta etapa evolutiva. Al estrés peculiar de la adolescencia, cabe añadir situaciones especialmente traumáticas que van a marcar sus vidas. Aunque nadie de los que refieren acontecimientos especialmente negativos, relacionan estos hechos con el devenir de su vida, sí ponen de manifiesto el fuerte impacto emocional que supuso en su momento. En primer lugar, y por considerarla la experiencia más dramática analizaremos el impacto de enfermedades y muerte de progenitores. La propia dinámica de la larga enfermedad y posterior fallecimiento de la madre de Lucas implica la pérdida de un referente protector y, también cálido, del nexo de cohesión familiar. Cuando nos narra los sentimientos y sensaciones experimentados en esos momentos, observamos como su estado emocional sería compatible con un trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido.

Yo me recuerdo allí, en el hospital. Se la llevaron al quirófano, se despidió de todos uno a uno, (bueno sin cosas raras ¿no?) nos dió un beso a cada uno, nos cogió de la mano y tal, se la llevaron en una camilla y ya no la volvimos a ver. (...) Recuerdo muchísima gente en casa durante esos días pero también recuerdo que me encontraba muy solo. Fue una experiencia fatal. (...) Y

luego, lo que vino después también fue fatal porque no te amoldas a la nueva vida. Yo no tenía ninguna ilusión en estudiar, como ya te he dicho antes, entonces no me podía apoyar ahí.

Lucas.

Con la pérdida de la madre, el nexo de la cohesión familiar se rompe, pasan de ser una familia muy unida y protegida a ser una familia diseminada y falta de protección y cobijo. En plena adolescencia contempla como los hermanos mayores van separándose tanto emocional como físicamente del entorno hogareño. El proceso de independización de la familia ya se había iniciado en los hermanos y, probablemente, el fallecimiento de la madre precipitó su salida del domicilio incrementando en nuestro interlocutor esa sensación de vacío provocada por la ausencia de la madre. A este duro golpe emocional le siguió, tres años después, el fallecimiento del padre tras año y medio de enfermedad.

Cuando faltó mi madre, esa época la recuerdo terrible en casa. Ninguno supimos superar la situación (...) luego los hermanos se desperdigaron bastante, cada uno tiró por un lado y, bueno, yo me quedé en casa pero empecé a tener problemas en el colegio (...) Mi padre, pues se hundió bastante; al poco tiempo al año o año y medio de morir mi madre le dio un infarto y ya además de la tristeza estaba delicado de salud.(...) A la muerte de mi madre, pues mi padre estaba bastante tristón y eso: de hecho le sobrevivió tres años.

Lucas.

Las enfermedades de los padres y su posterior óbito influyeron significativamente en el proceso evolutivo de tres de nuestros interlocutores. El sufrimiento y el daño emocional provocados por las enfermedades y los duelos fueron considerables porque a la angustia por la separación del ser querido cabe añadir los provocados por los cambios en la estructura y el funcionamiento del sistema familiar. La estructura y los roles familiares se modifican haciendo necesaria una readaptación al funcionamiento actual del sistema. El universo de relaciones entre los miembros de los diferentes subsistemas varían al tener que ir reubicándose dentro de la dinámica

familiar y la atención de los miembros se focaliza en la persona enferma. Así mismo, la aflicción por el dolor de la enfermedad o la pérdida del ser querido hace que el padre que queda se relaje en el ejercicio de las funciones de control.

I ja va ser quan va morir ell que me soltí més ¿no?; com veia a ma mare que estava feta pols, i claró la xiqueta era el seu això i com ella se la quedava pues jo me n'anava.

Margarida.

Cambió todo mucho, mucho porque ya , pues había que estar muy pendientes de él (...) mi padre estaba muy..., vamos, ella se ocupaba de él.

Támara.

Es ésta una etapa de transformaciones psicosociales complejas que no son uniformes en los diferentes momentos de la transición y que, como ya hemos señalado, se verán condicionadas por diferentes sucesos más o menos graves: en la conformación de la personalidad, en las relaciones sociales, en la manera de entender y comprender la realidad, etc. El joven adolescente necesita conocerse a sí mismo para saber cuáles son sus gustos, su carácter, su lugar en la sociedad, sus limitaciones, sus virtudes y sus defectos. Los padres comienzan a temer perder la influencia y el control sobre los hijos y a que no sepa ejercer la libertad o no sea lo bastante responsable y cometa alguna imprudencia

Y empecé a notar un montón de cosas y a decirme: "bueno, ahora que ya soy adulto de verdad, ahora que ya empiezo a salir voy a ver cosas de verdad" y empecé a ir a mítines del partido comunista, del partido socialista, de no se cuantos un poco a querer ver por mi cosas, a querer ver, a querer ver, a querer ver.

Juan

Algunos padres se comportan como si no quisieran que los hijos no se hicieran independientes y autónomos, resistiéndose a concederles mayores parcelas de libertad y de responsabilidad. El adolescente, que hasta entonces se había refugiado en el nido familiar, comienza a cuestionarse los valores paternos y a buscar

un sentido propio a la vida. Son frecuentes las reacciones de rebeldía o de rechazo hacia las normas establecidas y hacia sus propios padres, buscando valores más auténticos e identificados con ellos. Advertimos como las dificultades y los enfrentamientos entre padres e hijos, durante el proceso de distanciamiento, son mayores cuando las familias son más sobreprotectoras y más cerradas y los hijos han mantenido una actitud dócil, complaciente y de satisfacción en el seno familiar durante la infancia, que en las familias más permeables en que ha habido mayor cantidad y variedad de interacciones sociales y el control ejercido ha sido menos estricto.

Mi padre no estaba nada de acuerdo con que yo tocara en un grupo de música, ni que mis perspectivas de futuro fueran esas, no le gustaba la manera en que iba vestido, como llevaba el pelo, en fin todas esas cosas.

Lucas.

En mi casa como salía mucho y ya no hacía tanto caso empezaban a meterme la bronca. Que sales, a no dejarme salir. Yo me iba me llevaba mis cosas, me iba a ver a mis compañeros, me iba a ver no sé.

Juan.

El joven adolescente necesita conocerse y para esto tiene que tener la suficiente independencia para tomar sus propias decisiones, elegir sus amistades, estudios o trabajo, su forma de vida y su inclinación sexual. Los adolescentes están en una etapa de evolución y cambio agudo en su proyecto de vida hacia la madurez psicosocial. Las nuevas sensaciones y sentimientos que va experimentando le llenarán de dudas y conflictos, creándole mucha inseguridad. Durante la pubertad y la adolescencia también se producen cambios hormonales, la maduración de los órganos sexuales y los cambios psicofísico. Surge y despierta el impulso sexual, un sentimiento hasta entonces desconocido, produciendo sentimientos de desorientación y confusión entorno a la forma más adecuada de orientar su conducta. El impulso sexual moviliza al adolescente a salir del entorno familiar, al objeto de establecer lazos de amistad enriquecedores que puedan facilitar posibles relaciones sexuales.

Y bueno, mientras eres joven estás perfectamente, cuando empiezas a interesarte por las chicas y tal, tendrás que salir ¿no?

Lucas.

Podemos decir que, el despertar de la sexualidad hace que los adolescentes se sientan confusos sobre esa cuestión porque, a menudo, es un tema tabú, del que los adultos no hablan o si lo hacen se limitan a los aspectos biológicos y de reproducción. Necesitan conocer cuáles son los valores que han de dirigir su conducta y, frecuentemente, no saben como canalizar sus impulsos de forma apropiada y las respuestas las van encontrando a través de sus iguales. Pero, cuando el joven se da cuenta que su inclinación sexual es diferente a la de la mayoría y además, esa inclinación es vista como una enfermedad o, peor aún, como una amoralidad por los valores sociales imperantes, la desorientación es aún mayor. Cuando el adolescente descubre que su inclinación sexual es hacia personas de su mismo sexo, lo cual le hace diferente de sus iguales, y no puede obtener su apoyo y complicidad en este aspecto. Como hemos señalado anteriormente, la aceptación del grupo es primordial en estas edades y, para evitar el rechazo, hay que seguir los cánones imperantes en el mismo o tratar disimular o incluso negar la propia homosexualidad.

*Lo que pasa, que la crisis no sale hasta que te das cuenta que tienes tendencias sexuales diferentes a los demás y más en aquella época (...)
Incluso renegar de mi sexualidad ¿sabes? Durante mucho tiempo intentar salir con chicas, de llevar otro rollo..,*

Juan.

Los sentimientos de desorientación y confusión, propios del despertar del impulso sexual y entorno a la forma más adecuada de canalizar de forma positiva la conducta que permite disfrutar del propio cuerpo sin complicaciones, derivan a menudo en embarazos no deseados entre las jóvenes adolescentes. Resulta evidente que la maduración de los genitales y el impulso sexual movilizan al adolescente a establecer lazos de amistad y/o relaciones de afecto que pueden culminar en encuentros sexuales. No obstante, la actividad sexual entre adolescentes todavía sigue siendo vista como poco correcta en nuestra sociedad, por supuesto mucho más en el

momento de la adolescencia de nuestros interlocutores (década de los 80). A menudo, cuando se proporciona información o educación sexual a los jóvenes, ésta se circunscribe a la anatomía del aparato reproductor, métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual. Existe una ambivalencia en nuestra cultura, respecto a la sexualidad en los adolescentes: por una parte, se les reconoce como sexualmente maduros pero, al mismo tiempo, se disimula o no se acepta que sean sexualmente activos. La actividad sexual entre “las jóvenes” todavía se considera menos pertinente por lo que, a menudo, aunque se tenga información sobre contracepción, puede que algunos de ellos no se utilicen por dificultades para acceder a los mismos sin reconocer ante los adultos que se es sexualmente activo.

I després coneguí al pare de la xiqueta, i res, i enseguida me quedí embarassà; va ser quan ja vingué tot.

Margarida.

Vemos como se inician en el uso de sustancias legales (alcohol y tabaco) siendo la edad de inicio difícil de precisar para, posteriormente, pasar al consumo de las sustancias ilegales. La edad media del inicio en el uso de drogas ilegales se situaría los catorce años, con un intervalo que iría de los doce a los dieciseis años en todos los casos. Aun en el caso de que las sustancias sean legales, su utilización es transgresora por no estar esta conducta aprobada para los más jóvenes. El consumo de drogas en los adolescentes no constituye una conducta solitaria, sino una actividad en grupo que responde a ciertas experiencias o expectativas que comparte con sus semejantes más próximos. Observamos como, en diferentes circunstancias y de diferente manera, todos nuestros informantes se inician en el uso de drogas durante la adolescencia con grupos de amigos.

Cuando se fueron a Francia yo me fui allí a pasar los 15 días y ella tenía un hijo (y yo debía tener once o doce años) tenía un hijo tres o cuatro años mayor que yo y ahí fue donde empecé a fumar porros (...) Yo, pues no sé, iba con una gente, la verdad es que en los quince días me lo pasé muy bien.

Támara.

Es un hecho que la aceptación del grupo y de los iguales es algo fundamental para el adolescente y la forma de conseguirlo es siguiendo las pautas que marca el líder o los líderes del grupo. En los grupos de jóvenes no se recompensan la originalidad o la defensa de los propios criterios, sino que es más frecuente ser castigado con burlas y ridiculizaciones de la conducta y muy pocos chicos tienen la fuerza suficiente para soportarlo, tendiendo a difuminar su personalidad con la del grupo. No obstante, ninguno de nuestros interlocutores refiere haberse sentido presionado por sus amigos para utilizar drogas sino que la plantean como una decisión voluntaria, fruto de una búsqueda de nuevas experiencias y como una forma de diversión.

Primero empezamos a beber, yo hasta entonces a lo mejor no me había emborrachado en la vida (...) bueno, me contaron mis amigos que si tomabas una pastilla y además te bebías una cerveza te ponías más a gusto ¿no? Empezamos a tomar, a fumar chocolate y, bueno, es una época, ahora la recuerdo bastante divertida también.

Lucas.

Todos nuestros interlocutores se inician en el uso de drogas en grupo pero existen algunas diferencias cómo entran en contacto con los mismos. Mientras que Lucas se inició con su grupo de iguales, el resto se inician en otros grupos por diferentes motivos. José comienza a consumir drogas ilegales cuando inicia la actividad laboral, a los catorce años, con los compañeros de trabajo; y las dos mujeres entrevistadas también se inician en el uso de drogas con amigos pero no con su grupo de iguales sino con grupos de jóvenes de más edad. En concreto, Margarida en la discoteca con su hermano mayor y los amigos de éste, y Támara con el grupo de amigos del hijo de unos amigos de sus padres con quien va a pasar unos días de vacaciones.

Perquè sí, jo escomencí en speed o el extasis, la coca però res.., però a eixir molt prompte perquè me n'anava en el meu germà a la discoteca i tots eren majors, tots se'n feien i jo també.

Margarida.

Cómo hemos ido desarrollando, durante esta etapa de la vida el joven se afanará por conocerse a sí mismo, ¿quién es y cómo es? y averiguar cuál es su concepto y su actitud hacia el mundo que le envuelve, ¿cómo es y cuál es su lugar en este mundo?. La búsqueda de la identidad y del lugar que uno ocupa en la sociedad son problemas que el joven tendrá que resolver durante este periodo evolutivo de maduración psicosocial. Cuando el autodescubrimiento de una parte importante de nuestra identidad, muestra “anormalidad” y produce rechazo social, el ser humano se moviliza para encontrar iguales que acepten y compartan nuestras inquietudes. Su condición de homosexual hace que Juan busque y encuentre en el mundo de la noche, en cuyo ambiente comienza a utilizar las diferentes sustancias, algunas respuestas que no encontraba en el entramado social más próximo: el darse cuenta que no era único y la posibilidad de establecer relaciones sexuales.

Derivó luego en mi toxicomanía, en mi búsqueda de valerme, de no querer asumir. Igual que no asumí, como más tarde tuve el concepto que era un vicio, de que para encontrar gente como yo tenía que estar en las discotecas y por la noche. (...) que te han dicho que por ahí, que también hay gente como tú en salas de fiesta de noche.

Juan.

Los profesionales entrevistados apuntaban a la comorbilidad psiquiátrica como uno de los factores dificultadores del mantenimiento de la abstinencia y de la consolidación del cambio de estilo de vida. A menor psicopatología mejor pronóstico. En este sentido, hacían mención a que cuando existe un trastorno primario (anterior al uso de drogas) el uso de drogas puede constituir una forma de automedicación que alivia los síntomas del trastorno. Con el análisis de las historias no encontramos en ningún caso trastornos psíquicos previos al establecimiento de la dependencia, por lo que el uso de sustancias no responde a los principios de la hipótesis de automedicación. Nadie presentó durante la infancia y la adolescencia ningún trastorno psíquico y solamente Támara recuerda haber acudido a un psicólogo por problemas académicos y por padecer dolores de cabeza.

Me llevaron a un psicólogo por eso porque no estudiaba nada, no hacía nada, me pelaba las clases (...) me dolía mucho la cabeza y nada, fuimos al oculista, al dentista, al otorrino que al final dijeron que eran nervios.

Támara.

Como ya hemos visto, ninguno de nuestros interlocutores parte de una situación de exclusión social. Así mismo, observamos que conservan niveles de normalización social aceptables y que el uso de sustancias tiene un carácter eminentemente lúdico constituyendo, a menudo, conductas de rebeldía y autoafirmación de su personalidad frente a las normas sociales. Es decir, a pesar de haberse iniciado en el uso de drogas y tener muchos problemas de relación con los padres por su conducta transgresora, todos ellos se encuentran aceptablemente integrados en la medida que conservan tasas razonables de adaptación social, de rendimiento laboral y académico, y mantienen una red de relaciones normalizadas. Entre los catorce y los dieciséis años todos inician alguna actividad laboral, excepto Lucas que sigue estudiando hasta los 19 años consiguiendo, al fin, obtener el COU.

Hice tres segundo de BUP, dos terceros y dos COUs. Para acabar el bachiller necesité seis años (...) Llegué a terminar el COU. Hice el selectivo lo aprobé y ya dejé de estudiar entonces.

Lucas.

Quan tinguí la xiqueta (...) ma mare se la quedà, perquè jo treballava”.

Margarida.

Otro aspecto que denotan un buen nivel de integración social, además de actividades laborales o académicas, lo constituye el hecho de que mantienen una red de relaciones interpersonales, al margen del uso de drogas. Vemos como tienen inquietudes que les movilizan a salir de su entorno para conocerse a sí mismos e ir descubriendo sus preferencias, sus gustos al margen de sus familias. Disfrutan con otro tipo de actividades y aficiones que han ido descubriendo en la medida que se han ido abriendo a otras dimensiones sociales. A menudo, algunas de las cosas que les interesan también eran manifestaciones de rebeldía y eran contempladas como

transgresoras: o bien por no coincidir con los valores familiares o sociales imperantes en la época, o porque la actividad iba acompañada del abandono de los estudios. En ninguno de los casos analizados se desprende que el uso/abuso de drogas respondía al aburrimiento y a la falta de intereses en sus vidas.

Además de la música, pues sí, gustos.., gustos de todo un poco, desde literatura a cómics.

Lucas.

He visto varias veces que cortometrajes y cosas así. O sea que hacen mucho teatro y a mí todo eso siempre me ha gustado (...) Porque estaba allí con gente de todo el mundo, y a mí es que me gusta mucho la diversidad cultural, ¿no? Saber como viven unos de allá, otros de aquí y todo eso.

Támara

Ninguno de nuestros interlocutores tiene recuerdos de este periodo de uso/abuso de drogas como problemático o especialmente conflictivo, más bien al contrario lo valoran como divertido y de crecimiento personal. Es decir, el uso de drogas constituía una conducta transgresora más como llevar el pelo largo, dejar los estudios, salir de noche, etc., que les creaba conflictos con los adultos. Mantenían unos niveles de camaradería y complicidad con los amigos satisfactoria y consideran que sus vidas no se hubiesen visto significativamente afectadas si no se hubiesen adentrado, posteriormente, en el mundo de heroína.

Que de ser una fiesta, porque éramos todos una vasca, que estabas de fiesta y era muy bonito. Cuando íbamos de fiesta en el ochenta y cuatro era todo muy bonito”.

José.

En resumen, apreciamos que, como la mayoría de adolescentes, nuestros interlocutores, se habían refugiado hasta entonces en el nido familiar y a, medida que van creciendo, comienzan a cuestionarse los valores paternos y a buscar un sentido propio a la vida, su filosofía de vida. Son frecuentes, explícita o implícitamente, las reacciones de rebeldía o de rechazo hacia las normas establecidas y hacia sus propios

padres buscando valores más auténticos. Observamos, que el conflicto generacional es más agudo, cuanto más sobreprotectora es la familia. En general, lo padres cuyo temor les hace comportarse como si no quisieran que los hijos se hicieran independientes y autónomos, resistiéndose a concederles más mayores parcelas de responsabilidad.

El inicio en el uso de drogas responde a un carácter experimental, se da con grupos de amigos, inmerso en un ambiente eminentemente lúdico y, responde más a conductas de rebeldía ante las normas establecidas y de autoafirmación de la personalidad, que a conductas de automedicación para afrontar las dificultades de la vida cotidiana. A pesar de las dificultades propias de esta etapa (a nivel tanto físico como psíquico y social) y de los acontecimientos estresantes vividas durante la adolescencia (fallecimientos y enfermedades paternas, embarazos, cambios de domicilio, etc.) que, evidentemente, les influyeron emocionalmente, no constituyeron factores que indiquen que el uso de sustancias obedecía, preferentemente, a: conductas de huida de la realidad sentida como desbordante, respuestas de ansiedad ante las demandas sociales cotidianas, déficits en habilidades de solución de problemas, dificultad para controlar los impulsos y la baja tolerancia a la frustración que, tal como indicaban los profesionales, suelen presentar estas personas. En el caso de Juan, encontramos que durante el proceso de conformación de la identidad descubre que su inclinación sexual es diferente a la de la mayoría y se siente rechazado por la sociedad, se moviliza para encontrar iguales que acepten y compartan sus inclinaciones, encontrándose con que en esos ambientes era habitual el uso de drogas. Todos mantienen un buen nivel de integración social: trabajan o estudian, mantienen aficiones o tienen inquietudes culturales y sociales.

4.2.1.4 – Conclusión.

La infancia de nuestros interlocutores no se desarrolla en ambientes socialmente excluidos, ni en familias especialmente patológicas. Aunque podemos inferir disfunciones familiares, todos crecieron en familias con un nivel de cohesión aceptable, cuyas relaciones se basaban fundamentalmente en el afecto. Dos de nuestros interlocutores rememoran una niñez eminentemente feliz en un seno familiar cálido y muy protegido, mientras que las dos chicas no refieren tanta armonía familiar, ni manifestaciones de afecto en el seno familiar como los varones. Tanto Támara como José se definen a sí mismos como rebeldes desde el principio, en tanto que Lucas y

Juan comienzan a mostrar actitudes de rebeldía con la adolescencia y, finalmente, Margarida considera que nunca ha sido rebelde, sino más bien dócil y fácilmente influenciado. Son las dos mujeres entrevistadas, las únicas que tienen antecedentes paternos de uso abusivo de alcohol o alcoholismo y de uso de opiáceos por parte de hermanos mayores. Durante el periodo analizado, vemos cómo el funcionamiento y la estructura familiar también van cambiando influidos por los cambios sociales y por los experimentados dentro del propio sistema. Las historias también nos muestran cómo ha evolucionado el modelo de familia en las tres últimas décadas, pasando de un único modelo de familia nuclear, socialmente aceptado y formado por parejas heterosexuales casadas (para toda la vida) al reconocimiento de familias monoparentales por divorcio o por libre elección o a las parejas de hecho heterosexuales u homosexuales. Todas las familias estudiadas son de dos o más hijos, no existe ninguna familia con padres divorciados o separados, y los hijos se independizaban de la familia al llegar a la edad adulta mientras que, en la actualidad, se tienen uno o dos hijos por pareja, los jóvenes retrasan cada vez más la salida del hogar y ya no resulta tan insólito, - tras la ley del divorcio - por ejemplo, las familias formadas por una pareja en las que ambos aportan hijos de otras relaciones o matrimonios anteriores.

La formación académica y la educación de los hijos fueron valoradas, en gran medida por las familias. De hecho, todos estuvieron escolarizados durante el periodo de enseñanza obligatoria (que en aquel momento era hasta los 14 años) y, excepto José, todos asistieron en primera instancia a centros privados o concertados y después tuvieron la oportunidad de seguir estudios medios. No obstante, la experiencia académica no fue satisfactoria en ningún caso y el fracaso escolar fue una constante: las repeticiones de curso, los cambios de colegios y los malos resultados académicos culminaron en abandonos de estudios más o menos tempranos y en la entrada en el mundo laboral. Todo esto sucedió en un momento histórico en que la igualdad de oportunidades para la educación era muy limitada y el acceso a estudios superiores aún seguía siendo un privilegio de las clases más acomodadas, aunque en menor medida que en las décadas precedentes.

Podemos convenir que la personalidad se construye a lo largo del proceso de socialización de los individuos, jugando el entorno social un papel primordial.

Durante la primera infancia, la familia constituye casi el único agente educativo pasando, posteriormente, a compartir esta responsabilidad con la escuela y más tarde, durante la fase de pubertad-adolescencia adquiere un papel fundamental el grupo de iguales en detrimento de los padres y los profesores. Los procesos de influencia de los iguales se inician en la mayoría de ocasiones en la escuela con los compañeros de curso, no obstante, advertimos que sólo Lucas se inicia en el uso de sustancias con sus amigos y compañeros del Instituto de Enseñanza Secundaria.

Observamos como el consumo de drogas anterior al uso de opiáceos tiene, en todos los casos, un carácter eminentemente experimental, está inmerso en ambientes lúdicos y se realiza en grupos de amigos o colegas. Ninguno consumía habitualmente en solitario, ni refiere sintomatología ni conductas que nos permita inferir síntomas o trastornos psíquicos que pudieran mitigar con el uso de las sustancias o rasgos de personalidad especialmente patológicos. No apreciamos psicopatología previa al inicio del uso de sustancias ni conductas especialmente desviadas. De hecho, cabe destacar que nadie recuerda estos años como difíciles o problemáticos, sino como muy divertidos, solidarios, con inquietudes osciles, aficiones, etc. que les satisfacían y que, en la actualidad, recuerdan con agrado. Así mismo, el nivel de integración social durante esta etapa es aceptable y se materializa a través del desarrollo de actividades tanto laborales o académicas como culturales o recreativas al margen del uso de drogas.

4.2. 2 - Etapa de la adicción a opiáceos.

El momento histórico en que se da la toxicomanía intensa, coincide con la década de los ochenta. La década en la que ubicamos el periodo más agudo de adicción de nuestros interlocutores es cuando ya se da fase expansiva y la problemática adquiere el carácter de auténtica epidemia. El acceso de grupos socialmente marginados o excluidos y de grupos de delincuencia tradicional y de minorías étnicas, hizo que tanto en el tráfico como en el consumo, se produzca un incremento de la problemática social ligada, la mayoría de las veces, a la inseguridad ciudadana. Estos cambios vinieron propiciados por entorno económico desfavorable impuesto por una crisis económica, con elevadas tasas de desempleo y en un marco político de transición a la democracia bastante incierto, en el que se produce un incremento en el consumo de drogas ilegales.

Previamente el despegue industrial en España (fruto de cambios profundos en la estructura económica, demográfica, en el sistema de valores y en los estilos de vida) hizo que desembocará en una eclosión en el consumo abusivo, tipo consumista, de alcohol, tabaco y fármacos durante los años sesenta.

El periodo temporal y la duración de la adicción activa no son totalmente coincidentes en todos los casos, ni a menudo pueden ser precisados con exactitud, así como el año en que se inician en el uso de heroína. Sí podemos saber que, en todos los casos, se iniciaron en el uso de opiáceos a lo largo de la década de los ochenta y abandonaron su consumo durante la década de los noventa y que la duración del tiempo de dependencia estaría entre cinco y diez años. No obstante, como iremos desarrollando en este apartado la entrada en el mundo de la heroína supuso cambios agudos en su estilo de vida, con una rápida degradación en sus niveles de inclusión social, que fueron más o menos profundos según los casos.

4.2.2.1 – El inicio y las características del uso de opiáceos.

La información obtenida, a través de las historias, nos proporciona toda una amalgama de pormenores que nos permiten establecer una serie de similitudes y algunas diferencias en la manera en que fueron adentrándose en el mundo de la heroína. Todos habían comenzado con el uso previo de otras sustancias, adentrándose progresivamente en el mundo de la heroína entre los dieciocho y los veintiún años. Aunque el inicio en el uso de sustancias fue más o menos precoz, no apreciamos que no altera substancialmente la etapa de la adolescencia o determinara el proceso de socialización y construcción de la identidad, lo cual les permitió mantener unos niveles de adaptación social aceptables si no hubiesen progresado hacia el uso de la heroína. Sí observamos que se produce una alteración en la conciencia y un cambio radical en las actitudes, en la conducta, en las inquietudes culturales y recreativas, en los vínculos familiares y en el universo de relaciones sociales, a partir del uso de heroína que los propios individuos destacan.

Pero claro con la dependencia esta aún fue mucho peor porque empiezan los problemas económicos fuertes, gordos de tener que conseguir dinero diario y todo eso. Y luego, a parte pues claro si estás en esta vida te olvidas de todo

porque no puedes compaginarla con otras cosas. No puedes compaginarla con estudios, ni con amistades, ni con nada.

Lucas.

Mucha gente me conocía -muy buen rollo con la droga o porque estaba yo muy bien en esa época- conecté con mucha gente, con distintas personas. Me lo pasé muy bien. Sin embargo, cuando conocí el caballo fue no salir del piso durante dos o tres años.

Juan.

Los motivos por los se iniciaron en el uso de heroína están vinculados con el uso abusivo previo de otras sustancias; no obstante, podemos establecer dos vías diferenciadas de incursión. Una vía sería la sustitución de sustancias, por las dificultades de acceso a la que estaban utilizando, bien por cambios en el mercado ilegal, por modas o por decomisos o bien porque se controla la dispensación de ciertos fármacos cuya venta era libre. Durante la década de los ochenta la alarma social por el uso de drogas ya se ha desatado y, en un Estado donde el acceso a los fármacos no estaba controlado, comienza un control exhaustivo sobre el medicamento y a prohibirse la venta sin receta médica de muchas sustancias estimulantes o relajantes que se expendían sin control sanitario y, a menudo, las redadas y los decomisos de estupefacientes hacen que los mercados se queden desabastecidos de algunas sustancias de uso y que aumenten los precios. Refieren, que en ese momento, no tenían un conocimiento exacto de los efectos de la heroína y que se la ofrecieron los amigos como un sustituto.

Luego, pues me imagino que se pusieron duras las autoridades con este tipo de fármacos y tal y empezó a ser muy difícil conseguirlo en las farmacias y alguien en algún momento comentaría que la heroína sustituía a esto y que hacía el mismo efecto

Lucas.

La otra vía de entrada en el mundo de la heroína esta vinculada a los efectos y al abuso de otras sustancias. Sí conocían su poder adictivo, los efectos nocivos sobre la salud producidos por su uso y los cambios en el estilo de vida que

experimentaban personas de su entorno que eran dependientes. Dado el conocimiento del peligro, refieren que tenían el firme propósito de no utilizarla pero, finalmente, recurren a ella para mitigar los efectos adversos de “la bajada” de las sustancias estimulantes. La conducta humana es tan compleja que no puede ser explicada por el propósito, intención o actitud de los individuos y, por lo tanto, la información por sí sola no es suficiente para evitar la conducta.

Entonces ya te digo, yo la heroína la tenía como muy.., me daba mucho miedo por lo que había visto en mucha gente (...) pues qué pasaba, que llegaba un momento en que había que descansar, no podías estar todo el fin de semana, entonces para descansar pues nos hacíamos alguna raya de eso.

Támara.

Yo empecé con el hachís y con las anfetaminas, luego, seguidamente fueron las mescalinas ¿no? Y después fue coca y para la bajada heroína.

José.

Otra puerta de entrada en el mundo de la heroína sería la conformación de grupo. Tanto si hay un uso abusivo previo de drogas como si no lo hay; realizar las mismas conductas que los amigos o la pareja aumenta la cohesión y el sentimiento de pertenencia. El tener una pareja consumidora es el camino por el que muchas mujeres se han iniciado en el consumo de heroína, porque su pareja consumía, como es el caso de Margarida. También es frecuente comenzar el consumo al mismo tiempo que la pareja como en el caso que nos refiere Juan. No obstante, todos nuestros interlocutores mantienen que no se sintieron presionados por los demás, sino que la decisión viene más motivada por otros factores como la necesidad (derivada de los efectos de las sustancias que ya tomaban), por la curiosidad, por la conformidad de grupo o la por combinación de varios de ellos.

I m'ho digué a mí, i me fa: -però tu no te'n prengues que a mí m'han dit que açó té.. Pues, lo que passa: pues jo vullc provar-ho" (...) és més quan s'enterà el pare de la xiqueta que me n'havia fet s'enfadà molt, ell sabia lo que era ¿no?"

Margarida.

Dejó de haber esta droga (y no sé porque circunstancias), y un día -estaba yo enamorado de un compañero y nada, yo estaba enamorado de él y me daba lo mismo lo que hacer- y, me propuso irnos de acampada a tomar caballo, a experimentar.

Juan.

Tres de nuestros informantes hacen referencia a que el inicio en el consumo de opiáceos coincidió cronológicamente con acontecimientos estresantes que desequilibran la estructura y el funcionamiento familiar. En concreto, el fallecimiento de los padres respectivos en dos casos (en uno de ellos la madre también había fallecido tres años antes) y la intervención quirúrgica, por enfermedad grave del padre en el otro. Al dolor emocional y al desconcierto y desamparo por la situación cabe añadir una relajación en el control paternal, cambios en los límites que caracterizaban las relaciones, la delimitación de los roles familiares son más difusos y la función de apoyo emocional se restringe considerablemente.

Excepto que yo cuando murió mi padre ya había tomado tiritraque alguna vez y alguna vez heroína, después de la muerte de mi padre..., después de la muerte de mi padre en mi casa no quedaba nadie, ¿no? (...) una tía soltera que intentaba, la pobre mujer, sustituir todo lo que faltaba y no pudo en la vida claro, ni se lo exigimos, aunque ella quiso dar todo lo que pudo.

Lucas.

Aunque la forma de administración por excelencia de la heroína es la vía endovenosa, vemos como inicialmente, la toman esnifada. Esto es así a pesar que en aquellos momentos la infección por el VIH y las formas de contagio era bastante desconocida. Esta conducta inicial, probablemente, viene motivada por el miedo a las agujas por la percepción de autoagresión que suponía la inyección en vena, la imagen de deterioro que ofrecía el yonqui y la sensación de que era un paso más hacia el estilo de vida más marginal que comportaba la toxicomanía. Posteriormente, por diferentes motivos que estarían relacionados con la aparición de los síntomas de la dependencia y las dificultades económicas para sostener el consumo y también por experimentar los efectos más intensos que se obtienen por vena, acabaron utilizando la vía endovenosa, que es la forma de administración más habitual de los

heroinómanos de la década de los ochenta. La irrupción de la infección por el VIH (SIDA) y otras enfermedades infecciosas que muchos toxicómanos habían contraído por compartir las jeringuillas, debido a la gran dificultad que existía para adquirirlas, hizo que los que se iniciaban en el consumo, lo hicieran mayoritariamente a través de la vía inhalada (chinos) y, que algunos toxicómanos que ya habían utilizado la aguja, abandonaran la administración endovenosa. Ninguno de nuestros interlocutores hace referencia a que cambiara la forma de administración por este extremo.

Pero bueno un tratamiento muy light, porque realmente no estaba muy enganchada (me hacía poquito y por la nariz). Después yo empecé a pincharme, eso de pincharse era lo último.

Támara.

Las historias también rebelan la naturaleza secuencial que tiene el abuso de las sustancias y no el policonsumo. Cuando se da la autoadministración simultánea a la heroína de, al menos, otras dos sustancias posemos hablar de policonsumo; y si se reúnen criterios de dependencia, politoxicomanía o dependencia a múltiples sustancias; por otra parte hablamos de uso secuencial cuando se va cambiando de sustancia de abuso. Aunque la lista de drogas que han utilizado nuestros interlocutores es considerable (alcohol, cannabis, LSD, mescalinas, etc.) y variada observamos que no era habitual el policonsumo. En la medida que van entrando en el mundo de la heroína, la tendencia es ir abandonando el uso de la mayoría de las otras sustancias y, aunque en momentos puntuales, pueden tomar psicofármacos (cuando no tienen acceso a la heroína) o usar simultáneamente cocaína o hachís, en ningún caso podemos hablar de policonsumo porque el periodo de uso era corto y circunstancial o eran menos de tres, las sustancias consumidas conjuntamente.

Chocolate ya dejé de hacerlo –tampoco tenía dinero pero tampoco me gustaba ya, solo me gustaba el ciego, digamos que te produce la heroína- por supuesto ni ácidos, ni pastillas, ni nada y la última época mezclaba algo con cocaína también. Se puso de moda, entre la gente que vendía el caballo vender cocaína, entonces comprabas mil pesetas de caballo y mil pesetas de cocaína y lo mezclabas.

Lucas.

El tiempo de consumo es el periodo que transcurre desde que el sujeto entra en contacto con la heroína (inicio en el consumo) hasta el momento en que

decide dejarlo y consigue consolidar la abstinencia. Cabe distinguirla del periodo de dependencia, que comienza cuando aparecen los signos y síntomas de dependencia a opiáceos que pueden aparecer a los pocos días de realizar el primer consumo o varios meses después, en función de la frecuencia inicial de uso y que constituye otra variable de interés en lo relativo a la historia de la toxicomanía. Sin embargo, la información obtenida, no nos permite matizar con exactitud estas dos variables porque, a menudo, nuestros interlocutores no las diferencian y tampoco pueden precisar los espacios temporales después del largo tiempo transcurrido. No obstante, sí vemos que algunos de los informantes hablan de que transcurre un periodo de tiempo corto desde que la prueban hasta que ya la consumían a diario (lo cual nos permite inferir que existían síntomas de abstinencia) mientras que otros mencionan periodos más largos de uso esporádico y/o de mantener la vía esnifada de administración.

Al año de estar haciéndonos rayas y de ver como el compañero que estaba allí se pinchaba, un buen día le dijimos que queríamos que nos pinchara, que queríamos probarlo ¿no?, y a partir de ahí creo que ya todos los días comencé a pincharme.

Juan.

No obstante, sin poder precisar si era con síntomas de abstinencia o no, refieren periodos de consumo entre los seis años, el que menos, y nueve o diez los que más tiempo estuvieron consumiendo heroína y viviendo el estilo de vida propio del toxicómano. El tiempo de consumo también constituye una variable importante para la posterior rehabilitación porque a mayor tiempo de consumo mayor deterioro psicofísico, mayor consolidación del estilo de vida de toxicómano y mayores niveles de marginación social. Pero al mismo tiempo, cuando el tiempo de permanencia es escaso supone no haber experimentado todavía en toda su crudeza las consecuencias adversas de la toxicomanía, lo cual repercute directamente en una menor motivación para dejar el uso de drogas y plantearse el cambio.

En el ochenta y cuatro. Si no recuerdo mal creo que fue en el ochenta y cuatro (...) O sea la recaída de heroína ¿no? (...) empecé a consumir heroína. Al final, acabando el año, en Navidad del noventa y uno y salí en Semana

Santa del noventa y dos (que fueron las olimpiadas de Barcelona, me acuerdo perfectamente) y hasta hoy en día.

José.

Podemos determinar, que el punto realmente álgido de la historia toxicológica de nuestros entrevistados comienza con su contacto con la heroína y, especialmente, cuando comienzan a administrársela por vía endovenosa. Mientras que durante el periodo de la vía esnifada todavía tiene unas connotaciones de inicio, la frecuencia de uso no es diaria y el estilo de vida todavía es similar a la etapa de uso de las otras drogas. El comenzar a utilizar la aguja supone un cambio radical tanto en el ámbito personal como social.

Y yo creo que fue a partir de ahí, un poco más hacia delante cuando ya me empecé a pinchar. Entonces ya la cosa se descontroló totalmente, totalmente. Entonces ya me empecé a pinchar, ya la cabeza pues no., no se paraba mucho a pensar en nada.

Támara.

Como ya hemos dicho, todos nuestros interlocutores provienen de familias socialmente integradas, aceptablemente cohesionadas, cuyas relaciones se basaban en el afecto fundamentalmente, con recursos materiales suficientes y con oportunidades educativas que no aprovecharon en su momento. No obstante, con posterioridad a la entrada en el mundo de la heroína, podemos establecer, a partir de la evolución de estilos de vida, dos tipos de heroinómanos: el desviado o descarriado y el marginal-delincuente. En el grupo a los que hemos denominado “descarriados” a pesar de que los cambios que se van produciendo en sus estilos de vida son considerables, la tendencia al aislamiento social y a constreñir su universo de relaciones al mundo de la heroína aún conservan ciertas tasas de integración social, en algunos ámbitos como el laboral y el familiar.

Me lo pasé muy bien. Sin embargo, cuando conocí el caballo, fue no salir de un piso durante dos o tres años. Empecé a pasar chocolate para poder mantenerme la heroína. No delinquía, no me veía malo, me veía pues eso, - mira, ahí metido en el mismo rollo. Dejé de ver a la gente, deje todo.

Juan.

Conductas, actitudes y valores como la camaradería, la solidaridad, la generosidad y la amistad con mayúsculas dan paso al aislamiento, al “colegueo” y al egoísmo, incluso con los viejos amigos.

Y además, que eso sí que es verdad, que también abandonas la música, -ya no tocas música ni nada- entonces la única relación es la relación de yonqui ¿no? De quedar juntos para ir a comprar. Luego eso también se deteriora porque la amistad no vale tampoco. Entonces si uno tiene dinero y el otro no tiene, se enfada con el que tiene: invítame y esas cosas. La amistad se va al carajo corriendo

Lucas.

A este grupo les hemos denominado descarriados o desviados, porque a pesar de drogarse, cambiar sustancialmente su estilo de vida, no entran en un proceso de exclusión social. Podemos decir, que se encuentran razonablemente integrados y son, parcialmente, capaces de sostenerse el consumo a través de actividades socialmente aceptadas, como el desempeño laboral durante periodos de tiempo, más o menos, prolongados.

Lo único que sé que a los cuatro años, cuando salió la historia laboral esa tenía cotizados doce años y dije: para la vida que he llevado un montón de... Lo que pasa es que eran seis meses, un año ¿sabes? que nunca.., siempre he estado trabajando. Que haya trabajado más, o que haya rendido más en un trabajo o menos, entonces eso ya es aparte, pero que siempre.

José

Cuando la dependencia está ya instaurada, comienza el problema de la obtención del dinero para sostenerse el consumo, lo cuál hace que sus vidas comiencen a girar en torno a este y a cómo obtener el dinero para costearlo. Esto nos hace reflexionar que sí el producto no fuese tan caro y su acceso tan complicado el proceso de degradación en el que entraron hubiese sido, sin duda, menor. Podemos establecer diferentes formas socialmente rechazadas de obtener el dinero que iría desde los hurtos y los robos con violencia a peticiones y exigencias de dinero (en domicilios de familiares y en la calle), pasando por los robos sin violencia, el “trapicheo” (venta a pequeña escala de sustancias para sostenerse el consumo), la prostitución, estafas, falsificaciones, etc. En nuestro estudio, son el trabajo, el “trapicheo” y exigencia de dinero y hurtos a la familia las formas más habituales de obtenerlo para sostener el consumo, los primeros años de la dependencia.

Robar en casa robé mucho, a toda mi familia, a todos mis hermanos, a mis tías. Las joyas de la familia, todas esas cosas es lo primero que cayó. Cuando en mi casa no pude sacar pues, afortunadamente, con mi trabajo más o menos pude mantenerme y con trapicheos en la calle. Pues eso ir a comprarles a algunos, hacerles una rasca, cosas así.

Lucas

La tolerancia de la heroína, en cuanto “proceso por el cual el organismo se habitúa al uso continuado de una sustancia, con el que para conseguir los mismos efectos a nivel orgánico y psicológico que conseguían anteriormente con una dosis mínima, ahora el individuo tiene que tomar una dosis mayor” (Berjano y Musitu 1987), provoca un aumento paulatino de la dosis de sustancia, con el fin de conseguir los mismos efectos. La necesidad de aumentar progresivamente la dosis de la sustancia, implica el tener que agudizar el ingenio para obtener cada vez más dinero para comprarla. El anticipar y tratar de evitar el temido síndrome de abstinencia les puede impulsar a realizar conductas que pueden chocar con su sistema de valores (engañar, chantajear, hurtar, amenazar, etc.) para obtener dinero y zafarse del control familiar

Y estuve trabajando en varios sitios, pues trabajando de secretaria en una asociación de juristas, no sé que. Pero claro, que pasa que una vez robé un talón, en otra no sé que, claro al final me tiraron, normal (···) Porque primero

les conté una historia, de que sí les iban a secuestrar al niño y no sé que, en plan muy mala. O sea muy mala, porque como pienso que saca lo peor de ti, y.. O sea, todos tenemos una barrera ética moral, como la quieras llamar, entonces cuando se rompe esa barrera eres malísimo. Entonces yo era muy mala..

Támara.

Conjuntamente al deterioro psicofísico producido por el uso continuado de la sustancia, la adulteración de la misma y la poca higiene del uso observamos como su vida social se restringe y todo su mundo gira en torno a cómo obtener la droga y el dinero para pagarla. Al realizarse la distribución del producto a través de redes ilegales, el precio del mismo es desorbitado en el mercado negro y la necesidad de proseguir el consumo provoca que las formas ilícitas para costearse el consumo vayan aumentando en número y en gravedad.

Yo no delinquía, me podía pagar la heroína porque mi padre me dio trabajo en la fábrica, entonces entre lo poco que le quitaba y lo que me pagaba y tal, pues no tenía que delinquir. Delinquía cuando ya necesitaba muchas dosis; necesitaba pues eso, un gramo de cocaína y un gramo de caballo que son veintipico mil pesetas, te buscas la vida, haces algo.

Juan.

Durante esta época comenzó a generarse la alarma social en torno a los “drogadictos” producto, en parte, por el incremento de delitos menores con violencia que protagonizaban este colectivo. La “droga” junto al terrorismo, el desempleo y la inseguridad ciudadana constituían la mayor preocupación de los españoles, tendiéndose a instituir la serie paro/toxicomanía/delincuencia con ciertas connotaciones de causalidad (el desempleo provoca el consumo y la adicción la comisión de delitos). La sensación de amenaza e inseguridad que vivían los ciudadanos se vio acrecentada por la imagen social del fenómeno de las drogodependencias influida en gran medida, por los medios de comunicación y que consolida el estereotipo del “toxicómano”. Aunque no podemos decir que el grupo que hemos denominado descarriados o desviados no cometieran conductas delictivas, sí observamos cómo la mayoría no tiene un carácter violento que pudiera

generar temor o inseguridad. Las características del grupo que hemos denominado toxicómano -delincuente si que respondería al estereotipo de toxicómano. No obstante, resulta difícil establecer si la conducta delictiva es producto de la toxicomanía o si el uso de drogas constituye una conducta desviada más, en una carrera delictiva previa. Las características de este subgrupo las obtenemos solamente a partir de las aportaciones de Margarida. Aunque proviene de un medio social normalizado, el establecer una relación amorosa con un chico que provenía de un ambiente más desarraigado socialmente y conflictivo, con una familia patológica (padre alcohólico y maltratador), que fue maltratado durante su infancia, física y psíquicamente, y que durante la adolescencia estuvo bajo el cuidado de la abuela, nos permite analizar de forma indirecta otro tipo de toxicómano de procedencia marginal, que la arrastra a un mundo diferente al suyo de origen.

Son pare es també un psicòpata perdut perquè quan eren xicotets.., a ellos sa mare quan li donava, el pare els pegava als xiquets perquè ell no volia ni que mamaren ni que sa mare els donara besos. Es més, quan eren xiconinos, quan comprava el menjar quan els castigava, els castigava una setmana sense menjar i els ensenyava els filets del fiambre o algo i els tenia sense menjar.

Margarida.

No pretendemos establecer si este sujeto presenta un trastorno antisocial de la personalidad, por una parte, por la dificultad que en sí entraña el realizar el diagnóstico cuando va asociado al trastorno por uso de sustancias, y más aún, el hacerlo a partir de las aportaciones de una tercera persona, aunque ésta suela definirlo como psicópata, y por otra porque tampoco lo consideremos prioritario para nuestra investigación. No obstante, la información obtenida de manera indirecta si nos permite establecer un perfil de toxicómano sustancialmente diferente del anterior. Es bastante usual (aunque no estrictamente necesario) entre los adictos a opiáceos, que durante los periodos de consumo puedan realizar delitos contra la propiedad, impelidos por la necesidad de obtener dinero para sufragarse el consumo y evitar el síndrome cuando ya no tenían otras vías para obtenerlo, no obstante existen una serie de matices y aspectos diferenciadores: manutención general a través del dinero

obtenido por medios delictivos, tenencia de armas de fuego, una conducta general violenta y agresiva y, un estilo de vida marginal sin domicilio estable.

Pues se'n anarem..., jo me'n aní de ma casa, no viviem en ningún puesto, viviem per ahí perquè com ell sempre estava robant –que si cotxes, que si nos se que- pues viviem aixina. Molt mal ¿no? Jo igual dormia en un cotxe, un altre día en casa d'uns amics –amics igual que mosatros drogaddictes.

Margarida.

En este supuesto, a la vida propia del toxicómano que gira en torno a la droga y a como obtenerla, cabe añadir una actitud agresiva ante la vida, una exclusión social; sin trabajo ni domicilio fijo, actos delictivos con violencia y las frecuentes detenciones y estancias en prisión. Estas conductas provocaron gran alarma social y contribuyeron a la formación del estereotipo de toxicómano, como individuo necesariamente delincuente y cuya conducta se veían necesariamente impelida por el síndrome de abstinencia.

O portar jo un cotxe i ell un altre, robats i jo tenia que seguir-lo a ell, però clar de la forma que conduia ell a mi me donava por, i una vegà no puguí alcançar-lo ¿no? I conforme me va vore s'estampà un cotxe contra l'altre, total perquè no aní raere d'ell ¿no?"

Margarida.

Margarida que procede de un ambiente normalizado, desemboca en un círculo marginal y de delincuencia durante los aproximadamente diez años en que estuvo “enganchada” a la heroína. Este proceso tiene su inicio sobre los diecisiete años cuando conoce a su pareja quedando embarazada de él al poco tiempo, siendo madre a los dieciocho años. Durante el embarazo y el nacimiento de la hija la relación se enfría considerablemente pero la retoman tras el fallecimiento del padre, abandonando el domicilio familiar junto con la hija, a la cual dejó, posteriormente, al cuidado de la madre cuando observó que su estilo de vida no era el apropiado para la niña y por la conducta agresiva del padre (no física) que despertaban temor en la niña y, posteriormente, también le dio la custodia. Cuando rompe los lazos familiares es

cuando comienza a tomar heroína y a adentrarse en el entramado del mundo más sórdido de ésta. A pesar de su conducta y de su estilo de vida nunca se sintió participe ni integrada en esa dinámica y los sentimientos de culpa por sus acciones y los deseos de escapar de la situación eran frecuentes.

Jo no els feia però jo estava en el cotxe en ell ¿no? i clar quan deien; -una pareja-, si l'agarraven a ell pues la pareja que anava en ell era jo ¿no?. I res, però a mi me donava igual perquè pa estar en el carrer jo estava millor en la carcel

Margarida.

A pesar del maltrato que es sometida y el estar realizando acciones que van en contra de sus principios morales y éticos le resulta muy difícil escapar de la situación debido, principalmente, a la agresividad y violencia que esgrimía su pareja que le hacían creíbles las amenazas sobre su integridad física y la de su familia. Al temor que sentía por las amenazas, se añaden las consecuencias desfavorables que sufrió en alguna ocasión que intentó escaparse y también, en alguna medida, por el amor que sentía por su pareja que le hacía albergar la esperanza que podía cambiar.

Sí, perquè jo estava amenaçà, porque resulta que com ell tenia pistoles recor... una recortà. ¿No sé si saps lo que és? Pues tenia sis tirs i sempre me deia: Esto es una para tu madre, otra para tu padre i el último para la chiquilla. No. El último para mí (···) Bueno el rotllo es que jo li tenia molta por ¿no? I jo no deia res en ma casa i a tragar. Perquè una vegà també, me'n aní i me pegà un tir per raere. No me tocà, però clar jo veia això i veia coses que feia en altra gent.

Margarida.

Su inicio en el uso de heroína tuvo connotaciones de curiosidad y conformación al grupo, pero, al mismo tiempo, su uso también le ayudaba a poder afrontar las duras condiciones de su vida durante este periodo de tiempo. Durante el progreso hacía una condición marginación social, cabe añadir el maltrato físico y psíquico de que fue objeto que hizo de ella una persona sumisa y obediente para evitar las agresiones que devino en una muy baja auto-estima y con sentimiento de

baja auto-eficacia, dependencia emocional y en el sentirse totalmente anulada como persona, a la que no se le permitía decidir ni participar en las decisiones pero a la que se culpabilizaba, a menudo, cuando algo no salía bien. Así mismo, observamos la tendencia propia de este tipo de mujeres al tratar de justificar la conducta de su pareja y a tener la esperanza de que cambien.

A mi no me deixava fer res, jo soles feia lo que ell me deia, i com jo sempre feia lo que ell me deia, pues i si a lo millor jo parlava o... -Calla perquè jo tot ho feia mal ¿no?

Margarida.

En síntesis, observamos que se inician en el uso de heroína entre los dieciocho y los veintiún años habiendo abusado previamente, entre otras, de las siguientes sustancias: tabaco, alcohol, hachís, L.S.D, mescalina y cocaína. Las dos vías de acceso al uso de opiáceos están vinculadas al abuso previo de otras sustancias: las *dificultades de acceso* a las sustancias de uso, bien por cambios en el mercado ilegal, por modas o por decomisos; o bien porque se controla la dispensación de ciertos fármacos cuya venta es libre y para mitigar los efectos adversos de “la bajada” de las sustancias estimulantes. Así mismo, la conformación de grupo, en cuanto tendencia a realizar las mismas conductas que los amigos, aumenta la cohesión y el sentimiento de pertenencia que constituye otra puerta de entrada en el mundo de las drogas, en general, y la heroína en particular. Además en algunos casos, coincidió con un acontecimiento familiar traumático por fallecimiento o enfermedad grave de alguno de los progenitores.

En lo relativo a las características en la utilización de la sustancia, advertimos como *la forma de administración* por la que optan, en primera instancia, es la esnifada para, posteriormente, cambiar a la vía endovenosa, por motivos eminentemente económicos, una vez que aparecen los síntomas del síndrome de abstinencia. Esta elección inicial está más vinculada al temor ancestral a las agujas y las connotaciones de autoagresión junto con el aspecto deteriorado y marginado que ofrecía el yonqui, que a los problemas de salud que se desencadenaron durante esa época por el contagio de infecciones por compartir jeringuillas, especialmente con la irrupción del VIH - SIDA. En todos los casos, tienden a una *utilización secuencial de las sustancias* y no policonsumo. No es habitual la utilización de más de dos

sustancias simultáneamente, sino que se tiende a ir abandonando el uso de las otras sustancias. El intervalo de tiempo en que ubicamos a todos nuestros interlocutores en el mundo de la heroína se sitúa entre seis/siete años el que menos y nueve o diez años los que más. El punto álgido de su historia toxicológica se inicio cuando comienzan a autoadministrársela por vía endovenosa.

Ninguno de nuestros interlocutores refiere trastornos psíquicos agudos previos o posteriores al consumo abusivo, ni inferimos trastornos de personalidad. En cuanto al estilo de vida y la tasa de integración social durante este periodo, observamos diferencias entre Margarida que se ve inmersa en una progresiva degradación social y desemboca en un mundo marginal de delincuencia habitual y, el resto de interlocutores conservan aceptables tasas de integración con el desempeño de actividades socialmente aceptadas. Estas diferencias en cuanto al nivel de integración social nos permite establecer dos tipologías de toxicómano: el desviado o descarriado y el marginal-delincuente. En el primer grupo se produce un cambio en su mundo de relaciones con una tendencia al aislamiento social y a una relajación en los valores que regían sus vidas que les lleva a realizar conductas reprobables e, incluso, delictivas pero siendo capaces de conservar aceptables tasas de integración social, especialmente a través del trabajo. Los sujetos que responden a las características del marginal-delincuente, generalmente, ya proceden de ambientes desfavorecidos o marginales en los que el uso de drogas viene a agravar estas circunstancias. En estos casos, las conductas delictivas no tienen como único fin sostener el consumo, sino que es la única fuente de ingresos, no hay un domicilio fijo e incluso, se puede vivir en la calle o en un coche donde las condiciones higiénicas y alimenticias son precarias.

4.2.2.2 – Evolución del proceso de adicción.

Ya hemos mencionado que la heroína irrumpe en la vida de nuestros entrevistados cuando éstos ya tienen establecidas unas relaciones más o menos sólidas con otro tipo de sustancias, tanto legales como ilegales, mantienen unos contactos habituales con el submundo de “la droga”, con una incidencia atenuada por conservar unas ciertas relaciones de carácter comunitario e integración social, incluso durante el periodo de adicción a opiáceos. No obstante, encontramos algunos periodos de consumo más compulsivos y de conductas más desadaptadas que incidirán en una mayor deterioro psicosocial con mayores connotaciones de marginalidad. En este

apartado, vamos a analizar la evolución propia de la toxicomanía, atendiendo secuencialmente a los acontecimientos que la envuelven, utilizando como hilo conductor los intentos de cambio (con o sin tratamiento).

La etapa de toxicomanía no constituye un continuo, en el que un momento dado, los individuos comienzan a consumir heroína y van progresando hacia mayores consumos y mayores niveles de degradación social hasta llegar a un punto en que dejan de tomar y abandonan ese estilo de vida. Este periodo se caracteriza por la existencia de altibajos, con relación a momentos más álgidos de consumo y de mayor deterioro bio-psico-social intercalados con periodos de abstinencia o consumo menos intenso en cantidad o frecuencia. Estaríamos en la línea de los resultados aportados por Funes y Romaní (1985) desde lo que hemos creído ver en nuestra investigación parece patente que ni siquiera se puede hablar de consumo y recuperación como etapas separables

Podemos decir, que el proceso de cambio en cada uno de nuestros interlocutores es único y particular; no obstante observamos que existen numerosos aspectos que comparten todos o algunos de ellos, que nos permitirán enriquecer el conocimiento sobre el fenómeno y que iremos desgranando en las siguientes páginas. Desde cualquier modelo de cambio se asume que el proceso de cambio se inicia en el momento, en que alguien se percata de la existencia del problema hasta que éste deja de existir. Observamos cómo existe un primer ciclo más o menos prolongado en que no existe percepción del problema o, al menos, los beneficios del consumo son significativamente mayores que los perjuicios. Los primeros indicios de que algo va mal, se producen cuando advierten los síntomas de la dependencia física, cuando comienzan a tener dificultades para obtener dinero y/o cuando el conflicto familiar generado por su conducta hace que el control y la presión se agudicen.

La rehabilitación de la heroínomanía constituye un proceso en el que se van produciendo cambios cognitivos y comportamentales a partir de numerosas presiones, tanto internas como externas, que el individuo experimenta. Como ya hemos dicho, no constituye un proceso lineal sino que se producen avances y retrocesos que hacen que encontremos periodos de consumo más o menos prolongados y agudos, intercalados con periodos de abstinencia más o menos dilatados en los que adoptan un estilo de vida más saludable y alcanzan cotas mayores de normalización social. Estas fases de inflexión, en último término, responden a un intento, temporal o con carácter indefinido, de abandonar la carrera toxicológica. Esto suele producirse

siguiendo un tratamiento o puede responder a un intento de autocambio. Es frecuente, que en los intentos de autodesintoxicación se perpetren (tomando o no medicamentos) con separación de su medio habitual, como estrategia para conseguirlo y que de hecho consiguen durante periodos cortos de tiempo. Esta actitud puede responder, o bien a la creencia social dominante, en cuanto a que el foco de la problemática se encontraba en el ambiente; o al haber experimentado el ambiente como un factor de riesgo, que interfería en su propósito de cambiar de vida.

Entonces llegué allí, y nada, pues sí me desenganché tal y cual. Pero pasó el tiempo, allí estuve cinco meses más o menos, estuve trabajando en una empresa de mensajería, yo estaba en un teléfono, luego por la tarde trabajaba con la chica esta (...) y también huyendo de la situación como estaba pues montó una tienda en Tarifa entonces no se como fue la cosa que acabé yéndome con ella a tarifa. Pero yo no sé que pintaba allí, todavía no lo sé.

Támara.

Estos intentos de autodesintoxicación o autodeshabituación son más frecuentes al inicio de la etapa tóxica y, frecuentemente se suelen utilizar psicofármacos para mitigar el síndrome de abstinencia. Es habitual que haya más de un intento de estas características porque la realidad es que consiguen escapar de situaciones conflictivas y agobiantes y obtienen periodos de descanso en los que disfrutan de una cierta calma y tranquilidad. No consumen, o si lo hacen es en menor cantidad y frecuencia, se escapan de la vigilancia y las presiones de familias y obtienen beneficios en los ámbitos personales y sociales.

Total que al final se n'anarem i se n'anarem a Barcelona, allí sa mare mos ajudà molt, se comprarem un cotxe i tot, però res. (...) Estaguí una temporaeta –me pareix que estiguí vuit mesos – però al final també... (...) Com teniem que vindre a València a que ell cobrara, quan venièm a València se pegavem el festivalet ¿no? d'anar a per droga i tot el rotllo.

Margarida.

De forma indirecta, a partir de las aportaciones de nuestras interlocutoras en torno a sus hermanos, podemos adentrarnos en el análisis del autocambio en las adicciones. Nos narran su percepción de las circunstancias que concurrieron en el abandono del uso de heroína y en cambiar el estilo de vida sin necesidad de una intervención externa, a través de un tratamiento formal. En ambos casos, este cambio se produjo durante las etapas iniciales de la adicción. La desintoxicación forzosa debida al ingreso en prisión, el choque emocional de dicho ingreso acompañada de un cambio de actitud ante las drogas y el estilo de vida que comporta, favorecido por el seguimiento de los programas sociolaborales impartidos en el centro penitenciario para facilitar la reinserción social, fueron las circunstancias que concurrieron en uno de los casos.

Pues això que ho proves, que eres jove i ho proves i resulta que el meu germà va fer un atracó –que no tenia ni idea- però ell com els amics.., lo que passa la influencia dels amics. Perquè agarrà uns amics molt, molt.., pues no se, pues tots serien mals ¿no? però no eren del seu tipo. I a ell el tancaren i quan ixqué de la carcel, ixque pues que ja havia estudiat de tot electron.., que ho havia fet tot. I ixqué ja un home que volia casar-se i tot i ell tenia el seu treball d'electricista, que ell tenia un bon treball.

Margarida.

Mientras que en el otro caso, es la decisión de tener un hijo en la adolescencia (cuando la opinión familiar aconsejaba o era más proclive a la interrupción del embarazo) la circunstancia que desencadena el inicio del cambio. Este ejercicio de libertad vino acompañado de una asunción de responsabilidad: en un primer momento por el cuidado de su salud durante el embarazo por preservar la del feto y, posteriormente, por el compromiso de la crianza del hijo, que introdujo un cambio radical en su estilo de vida.

Que si lo voy a tener que si no lo voy a tener, que si no se qué, que si no se cuantos. Entonces decidió que no lo tenía. Entonces mi padre le dijo que con lo que decidas una cosa o otra te vamos a ayudar. Entonces se tenía que ir a Holanda a abortar (...) total que de la noche a la mañana la tía desaparece, se fue a casa de mi hermano, que lo quería tener y no se atrevía a decírselo

a mi padre (...) entonces mi hermana cambió radical de vida, o sea que hizo un cambio de esos radical: de ahora soy amantísima madre no sé que y de aquí no me.., luego se casó y está casada.

Támara.

Durante el periodo adictivo, son frecuente los intentos de cambiar o de mitigar los efectos adversos del consumo y es también donde entran en contacto con diversos servicios asistenciales. Los periodos de abstinencia o de disminución del consumo los consiguen realizando algún tipo de tratamiento o intervención externa con connotaciones terapéuticas. La elección de los centros donde se van a llevar a cabo los primeros tratamientos lo realiza la familia, un poco en función de la existencia de recursos comunitarios, de su accesibilidad y de la información que disponen en torno a la bondad de los mismos y, también, de la disponibilidad económica. Cuando hay mayor disponibilidad económica, se tiende a elegir en primer lugar a los servicios inespecíficos de carácter psiquiátrico o a centros residenciales específicos.

Para desengancharme de todo ¿no?. He estado en varios sitios antes de quitarme. He estado en varias clínicas, ha estado en B con el doctor X, he estado en el clínico -dos veces- en el psiquiátrico, con los curas de B –en Cuenca- con otra comunidad de curas yendo a C, tomando la Naloxona y casi todo.

Juan.

En los próximos apartados procederemos al examen de los tratamientos realizados y de sus resultados. En primer lugar reparamos que en esos momentos son todavía escasos los recursos destinados a la atención de toxicómanos. Nos encontramos con una red asistencial insuficiente que se ha ido vertebrando a partir de iniciativas de colectivos de padres afectados que buscan una respuesta a sus problemas y de la adaptación de los servicios que atendían la dependencia al alcohol. Todavía sean escasos los servicios que tenían una titularidad pública de carácter más comunitario, completándose los recursos asistenciales con los servicios de salud mental. Las posibilidades de acceso a los centros específicos de titularidad pública existentes, son desiguales y dependen, en gran medida, del lugar donde se habite. La dispersión, escasez y no sectorización de los servicios, unido al desconocimiento de la

problemática hace que surjan numerosos programas y alternativas que garantizan la rehabilitación de la heroínomanía y, al mismo, tiempo posibilitan que se vaya circulando por los diferentes servicios y centros.

Cuando una persona con adicción a la heroína acude a un centro asistencial o a algún profesional tendemos a presuponer que este acercamiento obedece a un deseo de cambio personal hacia la consecución de la abstinencia como vehículo que posibilita el cambio en el estilo de vida que tiene que ser inminente. Pero cuando un usuario acude a un centro en demanda de tratamiento puede que no sepa con exactitud qué es lo que quiere conseguir o no se plantee cambios tan a corto plazo. A menudo, su único objetivo es superar una crisis, cubrir una necesidad concreta inmediatamente, conseguir algún fármaco sustitutorio o dar respuesta a presiones externas, generalmente, por cuestiones legales o por la familia. Es decir, al acercarse a un centro de atención no todos se proponen reestructurar, de alguna manera, su vida ya que algunos se sienten incapaces de conseguirlo y otros ni siquiera se lo plantean.

Durante los diez años que consumí, pues mi familia insistió en llevarme a algún psicólogo o, algún psiquiatra también fui. Pero vamos yo no me interesaba, no quería dejarlo, iba un poco, obligado por mi familia y claro ninguno me pareció nada del otro mundo, al contrario me parecieron muy flojitos y, vamos, tampoco llegué a hacer ningún tratamiento.

Lucas.

El análisis de los tratamientos en las historias, nos permite establecer dos tipos de procesos. Un primer tipo son aquellos procesos en los que los tratamientos son diversos y diferentes entre sí. Los usuarios han ido pasando por numerosos y diferentes recursos de asistenciales, cuando no antagónicos en cuanto a recursos y a programas de tratamiento que irían desde recursos específicos o generales, de carácter público o privado, a centros de deshabituación sin profesionales y de carácter religioso, hasta prácticas de terapia alternativa como la acupuntura. Observamos que, en estos casos, la percepción de ayuda y de eficacia de los tratamientos, a menudo, es escasa, cuando no nula, siendo más negativa cuanto más numerosos y más diferentes han sido. No obstante, cabe destacar que la crítica a las intervenciones terapéuticas es muy escasa y cuando se producen descalificaciones a la intervención, éstas son parciales (excepto dos actuaciones que analizaremos posteriormente). En general, no se valora negativamente la experiencia en los centros asistenciales, independientemente de los resultados obtenidos y se tiende a atribuir el escaso éxito más a cuestiones personales, como la falta de motivación o interés, que provoca la falta de cumplimiento y colaboración con los programas y, la recaída por presiones externas y dificultades de afrontamiento.

Bueno es que flipaba, tenía sueños hasta de que venía uno y me acuchillaba. Es que no sé, la verdad es que lo pasé fatal, porque de golpe y porrazo se fueron todas las tías (...) y lo único así reseñable de X fue que me tiré allí seis meses (seis meses me parece que estuve más tres en las monjas eran nueve meses y lo que hice allí fue montar un taller sociocultural porque no había (...) y hacíamos una especie de periódico con varios periódicos y luego los fines de semana hacíamos que comprasen todos los dominicales y hacíamos otro cartón de esos lleno...Y, bueno, yo que sé, y eso a mí me gustaba.

Támara.

El segundo proceso de cambio constituye un continuo (no lineal) y se caracteriza por la utilización exclusiva de un solo tipo de recurso asistencial. En nuestro caso, un servicio ambulatorio de carácter específico de la red pública que hace la función de centro de referencia y prescribe los diferentes programas de tratamiento, ya sea ambulatorio o derivaciones parciales a otros recursos públicos (unidad hospitalaria de desintoxicación o comunidad terapéutica o programas de reinserción). Existe una mayor percepción de continuidad, de confianza, de seguridad y de conocimiento del servicio y los profesionales. El interlocutor que ha tenido un proceso de este tipo, a pesar del fracaso o éxito parcial de varios tratamientos, es el único que advierte que los diferentes tratamientos han tenido un carácter acumulativo que le han servido de aprendizaje en su carrera toxicológica siendo también el que refiere los periodos de abstinencia más largos y los de recaída más cortos. No podemos determinar que las intervenciones aisladas no constituyeran un proceso de aprendizaje y no constituyeran una respuesta a las necesidades de los usuarios, en ese momento probablemente sí, sino que no eran apreciadas como tales.

En A con (nombre C.T), estupendamente con todo el mundo. Con el director que había X, una bellísima persona –que fue el que cuando tuve la recaída, estuve en su casa estando pillado, entonces ya no era Director. Y estuve en su casa, que fue el que me dijo llama a Y porque así no puedes estar.

José.

Qué puede haber influido en que la mayoría de nuestros interlocutores haya recibido diversos tratamientos en diferentes servicios. Un factor sería, tal como hemos dicho, la insuficiente red específica existente y el desconocimiento de la misma y de sus formas de acceso. La asunción del modelo médico, desde la que se percibe al drogodependiente como una persona enferma que necesita un tratamiento y al que hay que curar y que sino lo cura es que es un mal médico; la creencia de que la sanidad privada es de mayor calidad que la pública unido a las posibilidades económicas de las familias hace que, a menudo, los primeros tratamientos sean en el ámbito privado. El desconocimiento y la confusión existentes hacen que desde diversos ámbitos se ofrecieran soluciones al problema promoviendo la separación de larga duración del entorno habitual del sujeto.

Nadie pone en duda que el alejamiento temporal del ambiente en el que se está dando la conducta de consumo constituye una alternativa para numerosos toxicómanos que no son capaces de afrontar las presiones de un entorno hostil y facilitador del consumo. No obstante, un aspecto que queremos cuestionar, si es lícito coartar la libertad individual en aras de una curación o más bien cabría hablar de redención de una conducta desviada. Es decir, hasta dónde es lícito obligar a un heroinómano a la abstinencia. ¿Es el toxicómano un individuo incapacitado mentalmente que no puede decidir sobre sí mismo?. Consideramos que la presión externa puede ser útil, e incluso, un apoyo al cambio, pero siempre respetando el libre albedrío.

Y al quererme acordar muy fríamente de situaciones que he tenido ahí dentro pero de verdadero horror, de verdadero horror. De decir: hostia de aquí no salgo, -no sé si es peor estar en al heroína o lo que me está pasando a mí psicológicamente- fuera del país, sin documentación, menor, en un centro de montaña pegándome unos puros que alucina y sin poderme escapar. Porque cada vez que me escapaba a los cuatro o cinco días me encontraban, porque no sabía volver a España. No sabía hablar italiano, y cuando estuve en Francia hablar francés y lo pasé muy mal ahí. He hecho lagunas, hecho lagunas para no intentar acordarme de esa época de mi vida. (...) Me da miedo hasta criticarlos, son una mafia ¿sabes?, explota a seres humanos.

Juan.

Además de las consideraciones éticas, en cuanto a la retención de una persona sometiéndola a cualquier tipo de tratamiento tendremos que plantearnos si resulta eficaz el tratamiento. ¿Es posible que una persona cambie cuando no desea en absoluto hacerlo? Pensar que el aislamiento forzoso, la persuasión, el trabajo junto el paso del tiempo es capaz de modificar las creencias, actitudes, conductas e interacciones sociales tan complejos que se establecen en el curso del consumo abusivo de drogas y la forma de vida que conlleva, supone ignorar todas las claves de las ciencias sociales y de la conducta. La experiencia de Juan pone de manifiesto el temor, la rabia, la soledad que experimentó durante este periodo en el que se sintió maltratado y explotado y tuvo consecuencias diametralmente opuestas a las

esperadas. Al mismo tiempo, pone sobre la mesa un fenómeno poco estudiado, la posibilidad de seguir “enganchado” a pesar de la abstinencia. Es decir, la abstinencia prolongada no sería sinónimo de deshabituación, cuando no va acompañada de cambios en los procesos cognitivos, comportamentales y motivacionales durante ese periodo de tiempo.

Un año (...) Me vine, me vine enganchadísimo, o sea me vine desenganchado y nada más venir, me vine por heroína y a la semana estaba enganchadísimo

Juan

No pretendemos generalizar a todos los centros de inspiración religioso o pseudoreligiosos, en los que la terapéutica se basa en la separación del entorno, la actividad y en la búsqueda de un nuevo camino en la vida a través de la Biblia y en los que los compañeros ex-toxicómanos realizan funciones de terapeuta y de acompañamiento, deparen un trato vejatorio y retengan a las personas contra su voluntad (aunque siempre tiene cierta dificultad abandonar los programas). De hecho, se hace referencia a estancias en instituciones similares sin ninguna queja en ese sentido. El espíritu que guía estas rehabilitaciones considera a la sustancia y al entorno, los elementos clave de la problemática y la conducta del individuo una consecuencia de sus efectos. Los ingresos en centros de esta índole son frecuentes durante el proceso adictivo de numerosos toxicómanos por diferentes motivos. Como hemos visto, durante los intentos de autodesintoxicación tienden a separarse del ambiente como una ayuda a sus propósitos, a través de la ruptura y el aislamiento que les posibiliten un periodo contenedor, o al menos, restrictivo del consumo.

¿Por qué es tan frecuente la utilización de este tipo de centros?. Por su fácil y rápido acceso, en los que es posible el ingreso de un día para otro. Dada la tendencia habitual de lo toxicómanos de demandar ayuda cuando la situación es agobiante y esperar una respuesta inmediata, que estos recursos ofrecen y las garantías de éxito que ofrecen en torno a la solución del problema. Las familias también creen en la eficacia del tratamiento, quieren descansar y evitar los conflictos que la convivencia genera y tienen la esperanza que cambie su conducta y aprenda nuevos hábitos que hagan la convivencia más llevadera.

Estuve una semana en los X, lo suficiente para coger las maletas y marcharme. (...) y aquello es que era alucinante, o sea no había ningún libro para leer, no se podía leer nada más que la Biblia, no podías escuchar música, no podías ver la televisión, no podías hacer nada en absoluto, nada más que estar encerrada allí quince días. Y a partir de los quince días podías salir con una que iba a vender estampitas por las casas. En ese plan, entonces dije: esto yo., esto no es lo que yo necesito, o sea estar encerrada en un sitio y no drogarme no es lo que yo necesito, yo necesito algo más.

Támara.

La ruptura o el aislamiento a través del alejamiento del entorno habitual constituye un factor contenedor del consumo y deviene un periodo en el que se altera sustancialmente la existencia del individuo. Desde unas pocas semanas hasta años, más o menos difíciles y complicados, en comunidades terapéuticas con o sin profesionales, o respondiendo a autointentos, que encontramos en las vidas de todos los toxicómanos. La lejanía posibilita un periodo deseado voluntariamente o provocado por presiones del entorno, en el que se produce un corte drástico con una vida conflictiva da paso a una fase de recuperación.

Frecuentemente, la ruptura con el entorno supone la aceptación de un contexto limitado, bien por su deseo personal de cambio o por escapar de una situación extremadamente conflictiva que le hace aceptar condiciones y normas rechazadas con anterioridad. Los efectos de este aislamiento serán varios y estarán en función de las condiciones existentes en el centro, de las expectativas depositadas y de la implicación y compromiso durante su estancia. Todas las reclusiones en un primer momento tienen un carácter voluntario y comportan una renuncia a la libertad pero, como hemos visto, la permanencia puede ser forzosa. En la medida que la permanencia sea consentida, la contención de la conducta y esa vida en círculo que gira en torno a la obtención de dinero, la compra y el consumo que trastoca toda la conflictiva vida anterior, le permiten ser capaz de vivir sin necesidad de heroína y otras drogas, y de dejar de experimentar el sufrimiento psíquico que el estilo de vida implicaba.

A pesar de todos los cambios positivos y beneficios que pueda obtener durante el periodo en la comunidad terapéutica después vendrá el verdadero problema con el reencuentro del medio social en el que vivía. En la medida que la estancia no sea excesivamente prolongada, la vuelta al entorno habitual sea progresiva y la estancia haya ido acompañada de un programa de tratamiento que aborde los diferentes problemas personales y de relación asociadas a la toxicomanía, será menos conflictiva y la evolución más positiva.

Pues no te puedo decir, pero era una cosa rara porque no tienes amistades, la gente que conoces está toda metida ahí, porque sales de un sitio que estás en.., no sé, una casita de papel, en una bruju.., en una burbuja ¿no? (...) y luego sales y te das de morro con la vida, con la realidad y entonces es un poco complicado.

José.

Ya hemos mencionado la singularidad de cada proceso de recuperación, pero en el seno de los mismos, hallamos algunos acontecimientos comunes. Periodos de abstinencia a la heroína más o menos prolongados, bien siguiendo algún tipo de programa orientado a tal fin o por los intentos realizados por el propio sujeto (alejamiento del entorno y/o automedicación), se suceden con fases de recaída conformando una tendencia cíclica en forma de espiral. Independientemente de los cambios en el estado psicológico y conductual conseguidos, las metas que el sujeto se plantee (que la abstinencia responda a un deseo de cambio a medio o largo plazo, o como un periodo de descanso para resolver una situación conflictiva), la valoración y el seguimiento del programa de tratamiento. La recaída es vivida, en todos los casos, como traumática, incrementándose la percepción de problemática debido, principalmente, a la rápida pérdida de control de la conducta de consumo y al significativo empeoramiento de la salud. No obstante, observamos que el sufrimiento y el deterioro que comportan las recaídas son mayores a medida que son más recurrentes, más ambiciosos los objetivos de cambio y más prolongadas. Quizás, las primeras recaídas venían precedidas de periodos de abstinencia más cortos, el nivel de deterioro psicofísico autoobservado era menor y no tenían connotaciones de fracaso, porque la motivación de cambio era escasa y la vuelta al consumo era percibida como una elección.

Porque cada vez. Supongo que cada vez te hundes más. (...) Igual que cada vez que recaes, siempre es peor ¿no?, siempre recaes más a lo bestia.

Támara.

Fue poco tiempo pero consumí mucha droga y me quedé físicamente como peor de todos los años que había estado en muy poco tiempo.

Juan.

En la vida de cualquier toxicómano, inmerso en todo un universo de acontecimientos y vivencias, se suceden periodos de abstinencia con periodos de recaída. Resulta difícil delimitar dónde empieza y dónde termina cada una de las etapas, por lo que vamos a delimitarlos atendiendo a las narraciones de nuestros interlocutores: abstinencia cuando no hay uso de heroína y recaída cuando vuelven a consumir heroína con asiduidad. Así mismo, cada uno de los periodos no es homogéneo, sino que dentro de una misma etapa hallamos momentos más o menos agudos o, más o menos normalizados. Los factores conductuales y cognitivos que influyen en el proceso de recaída son múltiples y diferentes para cada individuo y para el mismo individuo, según el momento evolutivo de la toxicomanía. El incumplimiento de propósitos, exposición a situaciones de alto riesgo, déficit en habilidades de afrontamiento, estados emocionales negativos, etc. La vuelta a los ambientes de consumo y a relacionarse con los amigos consumidores o toxicómanos sería una de las causas más frecuentes a las que se atribuyen las recaídas y las dificultades para establecer relaciones de amistad normalizadas y satisfactorias como la causa de haber vuelto a los antiguos ambientes, junto a una disminución de la alerta y una no-percepción del entorno como amenaza o la creencia de estar en disposición de suficientes habilidades de afrontamiento.

Estuve un año si llega sin consumir nada, o sea no consumía ni alcohol (últimamente alcohol tampoco) lo que pasa, que te juntas con la misma gente

¿no?, a frecuentar los mismos sitios y dices pues. , te lleva a.. , por lo menos a mí.

José.

Total que se'n vinguérem ací a València, i València era la perdió, i altra volta enganxats.

Margarida.

Es frecuente que el proceso de recaída se inicie con la vuelta a los ambientes de consumo y al reestablecimiento de relaciones de amistad con consumidores, y que se comience por utilizar, en un primer lugar, otro tipo de sustancias de abuso. Es poco usual que recaigan directamente en el uso de la heroína que es “la droga” que se percibe como problemática y cuyo propósito es no consumirla, mientras que otras sustancias se consideran como inocuas o como menos peligrosas.

Empecé con coca (yo siempre he tomado las dos cocas) pero empecé con coca y tal. Pero yo no quería saber nada del caballo, pero claro estaba en el centro neurálgico de donde se vendía todo (...) Al principio yo estaba bien, pero luego claro, ya me empecé a descontrolar y allí conocí a una chica que también venía de un centro de Andalucía y nos hicimos muy amigas y no sé que y no sé cuántos. Total que acabamos superenganchadas y, además, muy mal, ya en plan con pseudo prostitución, que digo yo.

Támara.

El proceso por el cual un individuo deja de depender de la heroína supone una especie de retroalimentación sistemática de todo lo que ha ido aconteciendo en sus vidas desde que comenzó a relacionarse con la sustancia. La recaída no es simplemente retroceder a la época anterior de consumo activo, ya nada es igual como era antes. Toda la experiencia acumulada durante la etapa de deshabitación y la propia experiencia de la recaída supone, en mayor o menor medida, un aprendizaje, un reciclaje para posteriores intentos. Este aprendizaje será mayor y más positivo en función de la interpretación que se haga de las mismas y de los cambios personales y sociales alcanzados durante el periodo de abstinencia. De alguna manera, las recaídas, por la experiencia que aportan, pueden preparar al individuo para un próximo intento.

Sí porque yo veía donde estaba metiéndome otra vez, o sea y yo no quería meterme otra vez. O sea, yo había conseguido unas cosas ¿no? Y no quería el volverme a meter ahí. Me había metido pero me estaba dando cuenta, o sea no quería engañarme. Cuando yo estaba consumiendo sabía lo que estaba haciendo, o sea no quiero engañarme y volver a..

José.

En resumen, podemos decir que el curso del cambio, entendido como una etapa en que concurren periodos de consumo y de recuperación, es único y particular para cada individuo. No obstante, observamos que existen numerosos aspectos que comparten todos o algunos de ellos. La existencia de una fase experimental del consumo, más o menos prolongada, en que no existe percepción de problemática o, al menos, los beneficios del consumo son significativamente mayores que los perjuicios, lo que los profesionales denominan como etapa de “luna

de miel". Durante el proceso de rehabilitación se van produciendo cambios cognitivos y comportamentales a partir de numerosas presiones, tanto internas como externas que el individuo experimenta. Las fases de inflexión durante el recorrido responden a intentos de cambiar o de mitigar el malestar, entrando en un programa de tratamiento o a través de un intento de autocambio.

La dispersión y escasez de los servicios asistenciales, unido al mayor desconocimiento de la problemática en esta época, hace que surjan numerosos programas y alternativas maravillosas que garantizaban la rehabilitación de la heroínomanía. La no sectorización de los recursos junto a la actitud de constante demanda, cuando no exigencia de este colectivo, posibilitan que vayan circulando por los diferentes servicios y centros, multiplicándose y solapándose las intervenciones y los tratamientos. En función de los recursos que han utilizado, hemos establecido procesos de cambio: tratamientos con continuidad o tratamientos diversificados. En un primer caso existen diferentes programas de tratamiento utilizando diferentes recursos, pero con un único centro ambulatorio de referencia; en el segundo, los usuarios han ido pasando por numerosos recursos de asistencia y diferentes, cuando no antagónicos en cuanto a recursos y programa de tratamiento.

Además de las consideraciones éticas, acerca de la retención de una persona sometiendo a tratamiento contra su voluntad en aras de su "curación", ponemos en duda su eficacia y la posibilidad de deshabitación bajo estas circunstancias. Es este sentido, consideramos que la abstinencia, por muy prolongada que sea, no es sinónimo de deshabitación cuando no va acompañada de cambios en los procesos cognitivos, comportamentales y motivacionales durante ese periodo de tiempo, los cuáles no se dan si el individuo se siente agredido y obligado a perpetrar una conducta que no desea. No obstante, cuando el alejamiento con estancias en comunidades terapéuticas tiene un carácter voluntario, se produce un corte drástico con una vida conflictiva que da paso a una fase de recuperación y la ruptura o el aislamiento constituyen un factor contenedor del consumo que deviene de un periodo en el que se altera sustancialmente la existencia del individuo. Los efectos del alejamiento estarán en función de las condiciones existentes en el centro, de las expectativas depositadas y de la implicación y compromiso con el programa de tratamiento.

Los periodos de abstinencia a la heroína más o menos prolongados, bien siguiendo algún tipo de programa orientado a tal fin o por los intentos realizados por el propio sujeto, se suceden con fases de recaída, conformando una tendencia cíclica en forma de espiral. Resulta difícil delimitar los periodos de recaída y deshabitación porque no constituyen periodos homogéneos y es difícil precisar dónde empiezan y dónde finalizan. Atendiendo a las narraciones de nuestros interlocutores definimos abstinencia, cuando no hay uso de heroína y; recaída cuando vuelven a consumir heroína con asiduidad. Los factores conductuales y cognitivos que influyen en el proceso de recaída son múltiples y diferentes para cada individuo e incluso para el mismo individuo, según el momento evolutivo de la toxicomanía. Incumplimiento de propósitos, exposición a situaciones de alto riesgo, déficit en habilidades de afrontamiento, estados emocionales negativos, etc. La vuelta a los ambientes de consumo relacionándose con los amigos consumidores o toxicómanos y comenzando a tomar otras sustancias valoradas como inocuas, sería una de las causas más frecuentes a las que se atribuye la recaída. El retorno a los grupos de consumidores está relacionado con las dificultades para establecer nuevas amistades y el conseguir que las nuevas actividades sean satisfactorias,

junto a una disminución de la alerta y una no-percepción del entorno como amenazante o la creencia de estar en disposición de suficientes habilidades de afrontamiento. El sufrimiento y el deterioro que comportan las recaídas son mayores, en la medida que son más recurrentes, más prolongada la abstinencia previa y más ambiciosos los deseos de cambio.

La información obtenida no nos permite establecer la idoneidad de ningún tipo de programa o de servicio asistencial para dejar la heroína, ni por supuesto estaba entre nuestros objetivos hacer una evaluación de la calidad asistencial de los servicios, ni la bondad de los programas. Hemos comprobado que el acudir a un centro de tratamiento no siempre es el primer acto de demanda de ayuda o de intento de cambio, pero sí es una actuación repetida a lo largo del proceso adictivo. Todos aceptaron tomar psicofármacos, en algunas ocasiones y lo valoran como necesarios para mitigar el síndrome de abstinencia y como un primer paso para la solución del problema. Nadie refiere experiencias negativas debido a sobredosificaciones o a una utilización inadecuada de los mismos y en general, no consideran negativa la intervención en sí misma, independientemente de los resultados. Los servicios específicos de carácter ambulatorio han sido utilizados, en alguna ocasión, por todos nuestros interlocutores, bien para realizar programas de tratamiento de carácter domiciliario o bien vía de derivación programas hospitalarios o residenciales y, en cuatro de los cinco casos, podemos establecer que constituye el proceso terapéutico preponderante en lo relativo a la consecución del cambio.

4.2.2.3 – Las estructuras de apoyo.

Desde el modelo asumimos que el uso de drogas es una forma de comportamiento humano y considera al sujeto como el elemento clave de la tríada de factores (sustancia - individuo - entorno) que inciden en la drogodependencia. Desde este enfoque, se defiende que el núcleo de la tema se centra en el sujeto y en su comportamiento, en la relación que establece con la sustancia y, al mismo tiempo, con su medio interpersonal, social y cultural. Los valores, las expectativas y las percepciones son quienes motivan el comportamiento y los programas, tanto de tratamiento como de prevención, inciden en la consideración de la persona en su conjunto, por lo que las medidas de intervención se planifican en función de las necesidades personales, de relación y de integración del individuo.

En los apartados anteriores, nos hemos ocupado de los aspectos relacionados con las sustancias y con el individuo y este vamos a dedicarlo a los relacionados con el medio social y cultural. Nos centraremos en el análisis de los recursos de apoyo social disponibles (institucionales, comunitarias e íntimas), la función que han desempeñado y la percepción de las relaciones de apoyo durante el periodo de su carrera toxicológica. Distinguiremos tres ámbitos en los que se produce o se puede producir el apoyo: la red asistencial, en cuanto estructura de apoyo formal de carácter comunitario; un nivel medio de relación relativo a la función del apoyo emocional en las relaciones terapéuticas y un tercer nivel

conformado por las redes informales de apoyo más íntimas y cercanas, como la familiar.

Vamos a estudiar, las estructuras de apoyo disponibles orientadas a la recuperación y a la integración social de los toxicómanos en el momento que aconteció la historia toxicológica de nuestros interlocutores. Es a finales de la década de los ochenta cuando van entrando en contacto, por primera vez, con algún tipo de servicio –privado o público, específico o inespecífico, de carácter ambulatorio, hospitalario o residencial, con o sin profesionales- para tratar la dependencia. Tras la puesta en marcha del Plan Nacional Sobre Drogas en 1985, se inició una fase de reorganización de los recursos asistenciales que permitió eliminar muchas incongruencias existentes caracterizadas por una gran dispersión de los recursos, falta de coordinación, coexistencia de programas antagónicos e incompatibles en un mismo lugar, la falta de ordenación..., etc. Al mismo tiempo, los conocimientos acumulados a través de la experiencia y los estudios sobre el trastorno por dependencia y de las patologías infectocontagiosas asociadas eran mayores, esto repercutió en que la respuesta asistencial vaya siendo más diversificada (diferentes programas de tratamiento atendiendo a las necesidades individuales), especializada y, en definitiva, de mayor calidad.

Consideramos que la existencia de una red asistencial específica, bien dotada de recursos, coordinada, accesible y disponible para las personas con problemas de dependencia constituye una estructura de apoyo social substancial ante los problemas derivados del uso abusivo de drogas. Si ubicamos el periodo adictivo de los participantes entre los primeros años de la década de los ochenta y la primera mitad de los noventa, podemos observar como esos aproximadamente diez años coincidieron con el periodo de tiempo en que la red asistencial se fue conformando, configurando y vertebrando a partir de iniciativas de colectivos de padres afectados, que buscaban una respuesta a sus problemas y a la reorganización los servicios que atendían la dependencia alcohólica y el reciclaje del personal para tratar las nuevas adicciones. Los colectivos de afectados reclaman soluciones y alternativas, encontrando un entorno propicio para la proliferación de profesionales de la salud y grupos religiosos o pseudoreligiosos, dispuestos a dar respuestas, ofrecer soluciones y a cubrir espacios de atención que no se ofrecían desde la administración.

La red asistencial en el ámbito de las drogodependencias es el conjunto de recursos disponibles para el individuo, a los que tendrá la posibilidad de acudir cuando pretenda iniciar un tratamiento. A nivel del Estado Español no existía una red asistencial vertebrada, completa y homogénea. Se considera prioritario, que dicha red atienda todos los aspectos vinculados a la toxicomanía (sociales, psicológicos y físicos) y prima los criterios de profesionalidad en la intervención. En el ámbito de la Comunidad Valenciana, las diversas administraciones locales y autonómicas van creando y articulando los recursos a partir de la incipiente red asistencial creada por profesionales y por afectados como respuesta a las demandas de la sociedad. En su momento, se barajó la posibilidad de crear una

nueva red pero ésta hubiese sido una decisión sin sentido ya que suponía obviar que la realidad no se impone desde la administración, sino que la administración debe adecuar su respuesta a la realidad existente. A finales de los años ochenta la red asistencial de carácter público es más extensa, pero a todas luces insuficientes. Los servicios ambulatorios específicos se dedicaban a la desintoxicación y deshabituación de la dependencia, con un equipo de profesionales, se financiaban a través de subvenciones y además, eran gestionadas ONGs o colectivos de padres o municipales que tenían un carácter más comunitario. Las plazas hospitalarias para desintoxicaciones son insuficientes y los centros de larga estancia alejados del entorno habitual (las denominadas comunidades terapéuticas) tampoco cubren las demandas. La irrupción del SIDA y la aparición del colectivo de toxicómanos, como uno de los más afectados supuso un cambio significativo en el escenario de la drogodependencia. La política de administración pública cambió primando el interés general, referente a la salud pública, frente a las cuestiones individuales en lo relativo a la deshabituación, una vez superada la etapa de la inseguridad ciudadana.

En la Memoria de 1991 del Plan Nacional sobre Drogas se señala: los centros ambulatorios pueden ser centros específicos o centros de carácter general con programas especiales para drogodependientes. Los centros ambulatorios específicos, se completaba con los servicios de salud mental que tenían programas para drogodependientes que, a menudo, venían impuestos por la necesidad por la falta recursos específicos, cuyos profesionales no realizaban de buen grado. Progresivamente, la red asistencial, tanto en estructuras como en servicios de apoyo a la rehabilitación de los toxicómanos se fue extendiendo y aumentando en cantidad y calidad. Las posibilidades de acceso a los centros específicos existentes de titularidad pública o subvencionados con dinero público eran desiguales y dependían, en gran medida, del lugar en donde se residía, lo cual repercutía en una desigual utilización de los mismos. La sectorización era otra cuestión a solucionar en la medida que la red fue creciendo; porque nos encontrábamos con usuarios que no tenían acceso o les era dificultoso, mientras que otros iban circulando por diferentes servicios de los centros urbanos más poblados y de los alrededores donde existía un mayor número de recursos. Así mismo, también podemos encontramos casos en los que había algún recurso pero éste no era percibido como tal y conocida su disponibilidad por parte de los potenciales usuarios y por el resto de los servicios de sociales y sanitarios al no formar parte de la red general de sanidad, lo cual podía dificultar las derivaciones.

Los recursos asistenciales utilizados por nuestros interlocutores son diferentes en función de la historia personal de cada individuo y dentro del mismo caso, según el momento evolutivo de la problemática en la que se solicita el

tratamiento. Las tendencias más frecuentes, en los primeros tratamientos, son las desintoxicaciones ambulatorias u hospitalarias utilizando servicios privados o públicos y, en un caso, el ingreso en un centro residencial (las denominadas comunidades terapéuticas o granjas) alejadas del entorno habitual. En todos los casos, durante los primeros tratamientos, la motivación al tratamiento es escasa y la demanda obedece a presiones externas o a dificultades puntuales que quieren solucionar. No existe conciencia clara de adicción debido a que el tiempo de consumos es corto y las complicaciones sociales y personales son mínimas. Podríamos decir que, excepto Juan, ya no están en la fase experimental o de “luna de miel” con la heroína sino en los inicios de la etapa adictiva y como la situación no es especialmente complicada, dificulta la autopercepción de adicción y de las dificultades reales que conlleva el síndrome de la abstinencia. A menudo, no se hacía una utilización adecuada de los diferentes centros, por considerar la superación de la adicción un problema eminentemente sanitario, tanto los usuarios como desde numerosas instancias de la administración

Y ella me dijo: vamos a hablar con tu hermano porque esto ya se te ha ido de las manos, y vamos a hablar con él (...) Pero bueno un tratamiento muy, muy light, porque realmente no estaba muy enganchada. Me hacía poquito y por la nariz.

Támara.

A finales de los ochenta ya van primando las posturas que sostienen la necesidad de equipos multidisciplinares de tratamiento, que atiendan las áreas físicas, psíquicas y sociales de la conducta adictiva. No debemos olvidar que el tratamiento de cualquier adicción constituye un proceso complejo, debido a la diversidad y multitud de aspectos implicados, entre los que hay que incluir a los intereses particulares, que están a la base de la entrada en contacto con un recurso asistencial. A menudo, el usuario ni tan siquiera desea ser tratado, porque considera que no lo necesita, no percibe problemática o no lo vincula al uso de drogas o probablemente no sepa con exactitud qué es lo que quiere alcanzar con la ayuda del programa terapéutico. En muchos casos, acude con el único objetivo de superar una crisis, cubrir una necesidad inmediata concreta o conseguir algún fármaco sustitutorio. Así pues, tenemos que convenir que a la carencia y falta de especialización de recursos se añaden las

diferentes demandas y pretensiones de los usuarios, ya que cuando un sujeto se acerca a un centro de atención no pretende, necesariamente, abandonar indefinidamente de uso de drogas y cambiar su estilo de vida, sino que existen otras circunstancias que posibilitan el acceso, pero que en la medida en que se le atiende satisfactoriamente aumentarán las probabilidades que recurra de nuevo al servicio, cuando se plantee objetivos más ambiciosos.

Si prestamos atención a la percepción que los individuos tienen de las prestaciones de ayuda y de las estructuras de apoyo, observamos que la vivencia de esa interacción es diferente según los individuos en diferentes momentos evolutivos. Concretamente, al ser todos nuestros interlocutores de la Comunidad Valenciana, en alguna ocasión, han utilizado los mismos servicios siendo, en algunos casos, la percepción de funcionamiento y utilidad de los mismos es diferente.

Estas discrepancias pueden deberse a diversos factores: falta de motivación para el cambio y/o el programa de tratamiento; los cambios que se van produciendo en el seno del propio recurso, tanto de profesionales como de usuarios del servicio; ya que el momento en que se utilizan los recursos no es exactamente el mismo en todos los casos, etc. No debemos olvidar que un análisis del contexto social o de la conducta de ayuda, en función de cómo es percibida por el receptor, puede llevarnos a dar por apoyo a aquello que no es percibido como tal pero, al mismo tiempo, no podemos focalizar exclusivamente el análisis de las relaciones y estructuras sociales de apoyo en función de la percepción que de ellas tienen los usuarios, ya que éstas pueden llevar a conclusiones basadas en opiniones de los sujetos y no sobre el tipo de recurso y el contexto social en el que se establecen las relaciones de ayuda. Respecto a un mismo centro residencial con profesionales, apreciamos como la percepción de José es de gran ayuda, de atribuir una gran parte del éxito de su recuperación a la utilización de ese recurso; un par de años después cuando lo utiliza Támara lo percibe como de poca ayuda en su proceso de rehabilitación, incluso haciendo una valoración global negativa con algún aspecto positivo vinculado a su propia actitud e iniciativas.

Llegué allí i aquello era un poco casa la Pepa también. No sé, supongo que cada uno se tiene que controlar sus cosas, pero yo llegué allí, y bueno es que flipaba porque tenía sueños hasta de que venía uno y me acuchillaba (...) y lo que hice allí fue montar un taller sociocultural porque no había.

Támara.

Respecto a la percepción de apoyo emocional y ayuda en las relaciones terapéuticas, éstas son diferentes según la experiencia de cada individuo, el momento evolutivo, la motivación y los profesionales implicados. No debemos olvidar que los centros no siempre eran atendidos exclusivamente por profesionales, sino que era frecuente, en algunos servicios, compaginar la presencia de ex - toxicómanos que realizaban funciones de monitores y en otros donde no había profesionales y en el que los ex - toxicómanos se dedicaban desde la acogida al acompañamiento y alivio del malestar propio del síndrome de abstinencia a opiáceos sin la utilización de fármacos (“pasar el mono a pelo”). En general, el toxicómano teme, en gran medida a la desintoxicación, pero el miedo incrementa considerablemente ante una desintoxicación sin la ayuda de psicofármacos. A finales de los ochenta principios de los noventa el modelo mixto tendió a desaparecer en la red pública. La valoración del personal de los diferentes servicios varía en función del centro, del personal concreto que lo atiende y el momento en que se entra en contacto con ellos, pero nadie refiere situaciones de rechazo absoluto, ni se produce un cuestionamiento global a su actividad; tampoco se da el punto opuesto de una devoción ciega o una alta percepción de apoyo. Quizá, la lejanía de los acontecimientos narrados proporcione una perspectiva diferente y sea la causa de la escasa implicación emocional en la evaluación de los acontecimientos que concurren y de las personas implicadas, excepto la experiencia analizada de estancia obligada en comunidad terapéutica no profesional, que todavía es recordada con angustia y temor, tanto por el entorno (estar en un país extranjero sin conocer el idioma), los métodos utilizados y las personas que lo retenían.

Como cabría esperar que la mayor percepción de ayuda en las relaciones terapéuticas se obtiene en los últimos tratamientos cuando se produce el cambio comportamental y cognitivo definitivos (este extremo será analizado con mayor detalle en el apartado tercero). No obstante, las aportaciones de los participantes nos permite observar que la percepción de la ayuda profesional en los tratamientos que precedieron al definitivo es menor, en la medida que se han utilizado mayor número de servicios y más heterogéneos.

Luego también fui a un psiquiatra una vez, y me recomendó una medicación así tranquilizante tal. Tampoco me gustó en absoluto. Creo que el problema, aparte de la medicación que hay que tomar, hay otra cosa que es fundamental que es tu decisión de dejar de tomar o no dejar.

Lucas.

La percepción del usuario puede cambiar respecto a los tratamientos, los servicios y el personal a lo largo de su proceso terapéutico. La propia evolución de la motivación al cambio repercute en la percepción de las relaciones de ayuda. Las aportaciones de José ponen de manifiesto como la valoración, respecto a la ayuda recibida, del dispensario y del terapeuta que le atiende, durante todo el proceso adictivo, va cambiando positivamente en la medida que va culminando el abandono definitivo del uso de opiáceos. Esta peculiaridad, relativa al continuo en curso de los diferentes tratamientos puede darse porque los diferentes recursos están bien coordinados, dentro de la red asistencial, al tener un centro de referencia que se encarga de realizar las derivaciones pertinentes, nos permite hacer una valoración más global del proceso terapéutico.

Y luego, en M pues muy bien. Al principio tenía mis más y mis menos con Alfredo ¿no? Porque cuando estaba to pillao y estaba todo rayado. Pero muy bien.

José.

Excepto Juan, cuando narra su experiencia en la Comunidad terapéutica no profesional, nadie narra experiencias, ni hace valoraciones como perjudiciales para su salud o con repercusiones posteriores negativas en su historia toxicológica. Su estancia en algún centro residencial para la deshabitación o la reinserción social, los servicios asistenciales ambulatorios u hospitalarios y su relación con el personal. La valoración más frecuente es la de percepción de escasa o nula ayuda que atribuyen a factores personales como la falta de motivación o deseos de cambio, (sin cuestionar la eficacia de los tratamientos) o a la falta de preparación del personal, con los que han entrado en contacto durante los diferentes intentos de superar la adicción, pero sin hacer una descalificación global de la experiencia. La valoración de las relaciones con el personal de los centros y con los terapeutas durante los contactos previos al tratamiento resolutivo es más bien imprecisa, con cierta indiferencia y escasa implicación emocional, pero sin menosprecio ni infravaloración de sus conocimientos, ni como posible fuente de apoyo en momentos puntuales, cuando necesitaron resolver conflictos concretos, tanto de índole sanitaria como social.

Però, això quan a ell el tancaven en la carcel pues jo me'n tenia que tornar en ma mare i ma mare pues al clínic, aní una vega, a Alfredo també. Però res, una vega, quan eixia ell altra volta.

Margarida.

Con frecuencia son los padres los últimos en enterarse de la toxicomanía de los hijos. Son adolescentes o jóvenes que todavía viven en el domicilio familiar, pero los padres no suelen estar al corriente de los hechos. El comportamiento extraño, rebelde, contestatario, agresivo e inadaptado es advertido por la familia desde el inicio pero, a menudo, no saben a qué es debido exactamente y tienden a atribuirlo, durante la primera época, a los cambios adaptativos de la adolescencia. A medida que las transgresiones de la ley y de las reglas morales se instauran, la preocupación y el desconcierto aumentan, pero aun así persiste, en muchos casos, la ceguera familiar, a menudo, como un mecanismo de negación por parte de los padres de que sus hijos

estén perpetrando una conducta propia de grupos marginados. Durante un periodo, más o menos prolongado, las familias viven con angustia y desconcierto la situación porque desconocen a qué se deben las conductas cada vez más inapropiadas y desviadas para, posteriormente, descubrir -bien porque ellos mismos u otros lo revelan, o porque les sorprenden- el uso abusivo de drogas y la dependencia a la heroína. Puede ser un miembro externo de la familia (policía, amigo, conocido, etc.) o una enfermedad física, un pariente, un hermano o un descuido u olvido por parte del propio sujeto, lo que le descubra o ser el mismo el que exponga la situación.

Yo hablé con la amiga esta del Pub (que todavía seguimos siendo amigas) y ella me dijo: vamos a hablar con tu hermano, porque esto ya se te ha ido de las manos y vamos a hablar con él. Total, fuimos a hablar con mi hermana, se lo dijimos a mis padres, no se que y tal. Entonces yo dejé de cuidar a su hijo y estuve en tratamiento.

Támara.

“La ceguera de las familias” no fue muy prolongada, bien porque ellos la exponen o porque les descubren durante los inicios. Nadie hace referencia a que la familia tuviera conocimiento de la situación a través de asuntos vinculados a la justicia o al orden público. El enterarse los padres o los hermanos del uso de heroína, frecuentemente, constituye el prelude de los primeros tratamientos. Durante el periodo que analizamos, aunque ya había hecho eclosión la problemática, la información era escasa y sesgada (ésta era una conducta propia de personas que vivían en marginadas con escasos recursos educativos y económicos), y la respuesta asistencial pública todavía escasas. A la inquietud suscitada por el descubrimiento, cabe añadir una más ¿qué hacer y dónde acudir? La elección de los primeros tratamientos acostumbran a hacerlo las familias a partir de una serie de premisas: los recursos disponibles, la información que obtienen sobre los mismos, sus propias expectativas y la posibilidad económica. La estigmatización social que suponía tener un miembro toxicómano hace que, en la medida de lo posible se intente ocultar. Considerar que un recurso privado es de mayor calidad y eficacia y más discreto que el público, unido a las posibilidades económicas hace que algunas familias opten por la medicina privada y/o por los centros alejados del entorno. El modelo imperante en la época hacía que se ubicara el origen del problema en el entorno y, consecuentemente, la solución

pasaba por el alejamiento prolongado dónde las comunidades terapéuticas y se consideraban el recurso más apropiado.

Yo tuve la pifia de que mis padres se dieran cuenta que estaba enganchado a los dos años y me metieron un año en el P.

Juan.

En algunas ocasiones, son los hermanos mayores los primeros que conocen la situación y tratan de encontrar una solución rápida al problema para evitar una preocupación y el sufrimiento a los padres, o les hacen partícipes pero tomando la iniciativa en la búsqueda de respuestas asistenciales. Tal como hemos expuesto en el apartado dedicado al análisis de los tratamientos, en la medida que la asistencia privada no solventa el problema definitivamente (con el dispendio consiguiente), los aspectos psicosociales comienzan a considerarse primordiales y la puesta en funcionamiento de más y mejor dotados recursos comunitarios, con equipos multidisciplinares de tratamiento. Esto hace que éstos sean más utilizados, en detrimento de los privados. La existencia de un recurso comunitario en su comarca accesible y bien coordinado con el resto de los servicios que derivan los casos, o que son conocidos por otras vías, influye en que los padres encuentren y recurran a los servicios públicos en primera instancia como es el caso de dos de nuestros interlocutores que siempre han utilizado los servicios públicos.

A pesar de la crispación en las relaciones, observamos como la cohesión familiar propicia, que perduren los vínculos al afecto, a la pertenencia y a la claridad en el establecimiento de límites y normas de funcionamiento. En este sentido, cabe destacar que la calidad en las relaciones que configuran el estilo de funcionamiento en todas nuestras familias, les permite mantener una postura clara de no-aceptación, ni encubrimiento de la conducta desadaptada por la generalidad de sus miembros. No caen en las redes del chantaje emocional o no hacen una deducción errónea de lo que es la ayuda, en cuanto a protección para que no sufra o no cometa actos delictivos y la situación empeore. En ningún caso, encontramos actitudes preponderantes tendentes a la permisividad o a la tolerancia por parte de la familia y siempre se da una presión explícita o implícita para el abandono del uso de drogas y el cambio de modo de vida. Como ya advertimos con anterioridad, en todos los casos, son frecuentes periodos prolongados de abandonos del domicilio familiar y/o abstinencias dilatadas,

que nos permiten inferir que la conducta no era aceptada, ni reforzada por el sistema familiar.

Sabía claro que lo que mi familia quería era que desapareciese y que nos olvidamos de ti y ya reaccionarás.

Támara.

Constituiría una simplificación imperdonable el hablar de familias sanas o de familias drogodependientes o insanas y querer establecer un prototipo de las mismas. No debemos olvidar que la familia es una forma de convivencia humana y que nuestra concepción de patología es convencional y viene mediatizado por aspectos sociales y culturales. De la misma manera, que no hay personas idénticas, ni toxicómanos idénticos, tampoco lo son las familias con drogodependientes. No obstante, no es menos cierto que existen algunos indicadores de disfunción familiar frecuentes en un número considerable de familias, con toxicómanos: el uso abusivo de alcohol u otras drogas; uno de los padres, frecuentemente el del sexo opuesto, aparece como excesivamente protector, sobreindulgente, manipulador y dominante frente al otro que aparece como poco afectuoso, débil e inepto y el toxicómano, cumple la función de chivo expiatorio de los conflictos latentes en el sistema familiar, etc. Un razonable nivel de cohesión se mantiene en nuestras familias a lo largo de su proceso vital. Su adaptabilidad ante los cambios propios de los diferentes ciclos vitales del sistema, los estresores contextuales y los acontecimientos traumáticos es aceptable. Es decir, nuestras familias disponen de una flexibilidad y adaptación suficiente para asimilar y acomodarse tanto a los retos del desarrollo normal dentro del ciclo vital como a las crisis no esperadas. El grupo de fraterno cumple una función fundamental en la adaptación y en el mantenimiento de la cohesión en los casos en que se dan ausencias paternas por fallecimiento o enfermedad graves. Apreciamos como en el caso de Támara, dada la grave enfermedad del padre y el sometimiento de la madre a sus chantajes y amenazas, son los hermanos mayores los que establecen los límites y los que ayudan a la madre a zafarse de la presión a la que se ve sometida.

Como no tenía de donde sacar dinero se lo sacaba a mi madre, pues mi madre iba pidiendo dinero por ahí, porque ella no tenía dinero, además el dinero se lo controlaban mis hermanos (...) además que esa época fue muy

mala para ella, yo lo reconozco, porque me ponía muy cabrona, o sea muy mal.

Támara.

En resumen, cabría afirmar que tuvieron a su disposición una red asistencial desigual e insuficiente, a la que accedieron en diferentes momentos de su vida toxicológica, en demanda de tratamiento. Apreciamos como la percepción de ayuda durante la etapa adictiva, es menor que las transacciones reales de ayuda, que ellos mismos aportan. El número de tratamientos realizados es, más o menos, abundantes y las experiencias dispares. Mayoritariamente, la percepción de apoyo, durante este periodo, es escasa o nula, según los casos, tanto en lo que hace referencia a las redes sociales formales como a las informales, más íntimas y cercanas. Sólo José hace una valoración más positiva de su proceso terapéutico (que tiene como característica la continuidad) y refiere un mayor número de transacciones de ayuda, tanto de su entorno más cercano como de las redes asistenciales. Quizá la mayor percepción de ayuda recibida y eficacia de los tratamientos se puede explicar por la utilización de un único dispensario a lo largo de todo el proceso, con la consecuente sensación de continuidad y de aprendizaje durante el mismo, unido a una mayor motivación para el cambio. No obstante, en todos los casos las transacciones de ayuda son abundantes.

El desconocimiento y la confusión existentes en torno al trastorno, la prevención y su tratamiento hace que en los primeros momentos las respuestas asistenciales fueran eminentemente sanitarias, basadas en el modelo médico de enfermedad y la preventivas de carácter punitivo y prohibitivo. Por otra parte, la dificultad que entraña la deshabitación por la multitud y diversidad de factores implicados, unido a la insuficiente red asistencial pública, tanto específica como inespecífica, con fundamentos biopsicosociales, estimulan que desde diversos ámbitos proliferasen las panaceas. Desde la sanidad privada, se trata de dar respuestas a través de clínicas o consultas profesionales: desde la pública atendiendo a los diferentes aspectos de la problemática desde las especialidades pertinentes (psiquiatría, medicina interna, infecciosos, etc.); y por otra parte, desde diversos grupos sociales, en los que priman los aspectos sociales, a menudo, vinculados a grupos religiosos o pseudoreligiosos desde las que se preconiza la necesidad imperiosa del alejamiento del entorno, fueron las más significativas.

4.2.2.4 – Conclusión.

Apreciamos que las características relativas a las sustancias que nos narran coinciden con aspectos que favorecerían la posibilidad del cambio según referían los profesionales: no inicio temprano en el uso de opiáceos (más de dieciocho años), no es frecuente el policonsumo ni la utilización de psicofármacos y periodos de consumo de heroína de entre seis y diez años. La primera vía de administración utilizada es la esnifada para pasar en un periodo de tiempo, más o menos prolongados a la endovenosa, por motivos eminentemente económicos. La ausencia de trastornos psíquicos o de personalidad agudos y el conservar niveles de integración social aceptables a través de la realización temporal de actividades socialmente aceptadas con periodos de abstinencia, más o menos prolongados, y con estilos de vida toxicómanos, pero sin entrar en un proceso de exclusión y marginalidad social. Solo Margarida entra en una espiral de marginación y exclusión a través de su pareja y padre de su hija, en ambientes de delincuencia habitual de las que le resulta complicado, cuando no peligroso escapar. El proceso de marginación, el estilo de vida insano, los largos periodos de transeunte, las conductas delictivas, etc.; presuponen una dificultad para la rehabilitación de la heroínomanía. Consideramos que como no es una elección totalmente voluntaria, sino que obedece presiones y a un cúmulo de circunstancias: embarazo no deseado en la adolescencia, fallecimiento del padre, duelo de la madre, etc. No haberse sentido nunca cómoda e integrada, sería lo que una vez, fallecido la pareja, le permitió tomar la decisión de dejarlo. La conducta observable y el estilo de vida no son suficientes para diagnosticar el nivel de marginalidad sin valorar las actitudes, las cogniciones y las emociones que dicho comportamiento infunde. Una conducta no encauzada por los propios valores y actitudes le provocan disonancia cognitiva, pero este malestar psíquico, no es suficiente para provocar el cambio (como veremos, sí ocurre con otros interlocutores) porque se siente acorralada, se deja arrastrar por las presiones y amenazas de su pareja, y por sus sentimientos hacia él.

Durante el periodo en el que ubicamos la etapa adictiva de nuestros interlocutores (década de los ochenta) es cuando se da una fuerte expansión y adquiere la importancia de problema social. Las actuaciones y propuestas para atajar la problemática eran múltiples y procedían de diversos grupos sociales. Appreciamos como, en la medida que el fenómeno de las drogodependencias va mostrando los múltiples factores que interactúan, las políticas que guían las actuaciones

administrativas van evolucionando desde respuestas eminentemente represivas, prohibitivas y “curativas” a acciones preventivas y de tratamiento basadas en una concepción biopsicosocial de la problemática comenzándose a ensayar y debatir la bondad de la reducción de daños.

En este marco, encontramos una red asistencial desigual e insuficiente y con numerosos colectivos que ofrecen la panacea para la problemática. La percepción de apoyo y ayuda recibida, tanto institucional como del círculo más íntimo, es más o menos escasa según los casos, y estaría en función de la propia motivación al cambio y del tipo de recursos disponibles a los que accedieron. Mientras que los profesionales entrevistados mantienen que los diferentes tratamientos previos (independientemente de los resultados), junto con la evolución propia de la vida siempre influyen en el desenlace final exitoso o tratamiento definitivo por el carácter acumulativo y de aprendizaje de la experiencia, nuestros interlocutores (excepto José que todos sus tratamientos fueron propuestos en un único servicio) no perciben los tratamientos anteriores como beneficiosos y como un aprendizaje para el intento siguiente. No es menos cierto, que excepto Juan que narra como perjudicial y como una experiencia traumática su estancia en una comunidad terapéutica no profesional en contra de su voluntad, nadie (ni el mismo de otros centros o recursos que utilizó) valoran la experiencia como traumática o entorpecedora de su posterior evolución.

La percepción de apoyo es dispar, escasa en lo relativo a las redes sociales más cercanas e íntimas, y menor aún de redes formales de apoyo. Advertimos como la dinámica y el comportamiento familiar no actúa en ningún caso como un reforzador encubierto de la conducta adictiva. En todas las familias se mantiene una actitud predominante de presión hacia el cambio que se traduce en la no tolerancia en el seno familiar del consumo, ni las conductas desviadas, ni en ceder a los chantajes emocionales, etc., actitudes que a menudo enquistan la problemática. Los profesionales consideraban a la familia como uno de los factores claves de la rehabilitación pero ya señalaban que la simple existencia de una familia no es correlativa necesaria de apoyo, y que en algunas ocasiones las actuaciones y la dinámica familiar pueden incluso entorpecer el proceso de cambio. Advertimos que conductas más patológicas o disfuncionales como el consumo habitual de drogas y/o patología psiquiátrica entre sus miembros y/o la falta de cohesión, no se evidencian, al menos de forma aguda, en ninguna de las familias. Estimamos que las transacciones de apoyo y la ayuda recibida fue significativa para los sujetos estudiados, especialmente la del entorno familiar, aunque no fuera percibida como tal.

La información obtenida en torno al periodo adictivo no ha sido exhaustiva, en el sentido de que no se ha indagado en sentimientos y pormenores de los aspectos relacionados con el consumo, sino que la información solicitada ha sido la necesaria para poder contextualizar y analizar la experiencia y cada uno ha aportado más o menos detalles y ha respondido en mayor o menor amplitud a las cuestiones formuladas, de una forma espontánea. Todos llevaban más de tres años deshabitados. Los que habían seguido tratamiento lo habían finalizado, siendo la experiencia poco vivida por ser acontecimientos lejanos y con escasa huella emocional, no siendo nuestra intención una evocación vivida de los acontecimientos, sino todo lo contrario.

4.2. 3 – Etapa posterior a la adicción a opiáceos.

El capítulo precedente lo hemos dedicado al estudio del proceso de adicción en dos partes: la anterior a la instauración del síndrome de abstinencia y la posterior al mismo. Apreciamos que el mecanismo de la adicción no constituye un proceso lineal, en el que un día se comienza a consumir y se va incrementando paulatinamente el consumo llegando a la dependencia psicofísica hasta el momento en que dejan de hacerlo. Existen usos experimentales en periodos de tiempo considerables, con una vía de administración menos autoagresiva como es la esnifada y una vez instaurada la dependencia, también observamos como los periodos de consumo se intercalan con los de abstinencia, ya sea con o sin tratamientos. Cabría perfectamente el haber incluido en el capítulo anterior – concretamente en el apartado dedicado al estudio de los tratamientos- el análisis de los desencadenantes del cambio y los intentos definitivos, no obstante hemos considerado más adecuado hacerlo en este punto. El inicio de la “etapa final o definitiva”, en la que se van a producir y consolidar los cambios de hábitos y de estilo de vida que propicien la normalización social, comienza en el momento en que se modifican sus actitudes y su comportamiento a partir de los cambios cognitivos que acontecen en torno a las consecuencias derivadas de su forma de vida y las escasas perspectivas de futuro que anticipan si continúan en ese ambiente.

4.2.3.1 – El desencadenador del cambio.

Podemos convenir que el proceso de cambio en cualquier conducta en general y de las adictivas en particular comienza con el primer intento que el individuo realiza para poner fin a la conducta, cuyas consecuencias comienzan a ser desagradables o, al menos, no tan agradables como en sus inicios. Durante la carrera toxicológica se alternan los periodos de consumo con los de abstinencia, donde son frecuentes los retrocesos atribuibles a las recaídas en el consumo y los nuevos intentos para abandonarlo hasta desembocar en un intento de cambio que será el definitivo. Vamos apreciando, a través del análisis de los relatos, cómo cada experiencia vital es única y singular pero comparte ciertas similitudes y coincidencias puntuales que nos permiten establecer algunas líneas generales de resultados. Implícita o explícitamente, en todos los relatos, surgen un cúmulo ponderado de circunstancias, que se han ido sucediendo en el curso de su historia toxicológica, que les generan un gran malestar psicofísico y unas relaciones conflictivas con su entorno. Atribuyen su desasosiego a su conducta y a su estilo de vida, llegando hasta un punto en que comienzan a plantearse seriamente la necesidad de cambiar. El número de circunstancias es considerable y variado y harían referencia a aspectos personales relativos a su salud, tanto física como psíquica y social, acontecimientos inesperados relacionados con la justicia y cambios de actitud, en el entorno familiar que les dificulta

la permanencia en el consumo, etc., que les provoca la necesidad de tomar una decisión y les moviliza para el cambio.

No recuerdo exactamente si hubo algo definitivo: Hubo algunas cosas que se juntaron, por ejemplo me detuvo la policía una noche comprando en la calle y tal. Y bueno me dijeron que delatara, a quien me lo había vendido, yo no quise hacerlo (...) también allí en la policía me ofrecieron mil tratos, yo no quise hablar dije que no, que estaba muy oscuro y que no veía y entonces estuve detenido una noche (una noche y un día), luego pasé a una jueza porque el policía me dijo: - si no colaboras y tal digo que estás traficando aquí delante del colegio. Y bueno salí de allí con un sabor muy amargo, con una sensación de derrota, es decir: pues bueno, esto es lo que me va a tocar la próxima vez, la próxima vez me quedaré y tal. Eso fue una puntilla. También coincidieron otras cosas: estaba muy mal físicamente –me habían diagnosticado de VIH + unos años antes, tenía problemas de salud, tenía el riñón hecho polvo, no orinaba bien-, además que yo era consciente, yo me daba cuenta que pico que me ponía, yo me daba cuenta que me estaba matando más.

Lucas.

Apreciamos cómo la situación límite, que coincide con una fase aguda de autodestrucción en la que lo negativo derivado del consumo de heroína (frustración, pesadumbre, enfermedades, etc.) ha superado con creces a lo positivo, ocurre en un momento y ante unas circunstancias propicias. La toma de decisiones, en el caso de los varones estudiados, constituye, en primera instancia, una elección más personal mediada por un cambio cognitivo a partir de un acontecimiento puntual que, sumado a otras condiciones negativas previas, hace que ya la situación les resulte insostenible, se sientan fracasados y comiencen a plantearse cuán difícil va a ser su existencia en un futuro próximo si prosiguen en este mundo marginal. Todos ellos refieren una serie de circunstancias negativas y que en un momento donde se produjo un acontecimiento que fue “la gota que colmó el vaso” y que les llevó a la convicción que sólo les quedaban dos posibilidades de elección: o seguir con todas sus consecuencias o dejarlo. Un revulsivo, en estos casos, es la amenaza, bien a través de experiencias propias o de otros colegas, de poder ir a prisión. Perciben cómo las estancias en la

cárcel implican la entrada en una espiral de delincuencia y violencia que no preveían y anticipan, como consecuencia, un agravamiento de su malestar físico y psicológico ya de por sí deteriorado y el hundimiento en subgrupos cada vez más excluidos socialmente. Para nuestros interlocutores, este tipo de experiencia constituye una amenaza suficiente para movilizarles, porque provienen de grupos sociales donde no son frecuentes este tipo de conflictos. Para alguien que proviene de barrios o grupos marginales, a menudo vinculados a la delincuencia, donde son frecuentes las detenciones, los juicios y las estancias en prisión, (no necesariamente por motivos vinculados a las drogas) difícilmente, una experiencia del tipo de la narrada constituiría una amenaza movilizadora.

Fue un cúmulo de circunstancias. En el año 85 yo vi caer a..., fue un amigo que era hippy, el pobre fue de los primeros que cayó y allí ya dije: esto no es tan bonito como..., ¿sabes? Ya empiezas a... Lo que pasa, que estás metido ahí. Y luego pues esas cosas, ves que todo el mundo empieza a caer preso (...) Porque, no hay otra salida si estas ahí. Tienes que decidir, si quieres estar metido, estas metido toda la vida con las consecuencias que sea, sea la que sea, la cárcel o esto. Pero eso no lo veo forma de vida –estar tres o cuatro años preso, salir, tardas un mes en hacer dos atracos, meterte veinte gramos seguidos y otra vez preso. Pienso que no es. No me gustaría acabar los días así.

José.

Las narraciones de las dos mujeres nos presentan una toma de decisiones más mediada e influida por las presiones externas o por acontecimientos externos que en el caso de los varones. Queremos precisar que no podemos ni pretendemos establecer diferencias de género, sino que en nuestro estudio son las historias de las dos mujeres las que nos permiten apreciar procesos de cambio más influidas por factores externos. Támara inicia varios tratamientos, y también el definitivo, por presiones familiares y como un mal menor a su situación. Las cogniciones que acompañan la decisión son similares a la del otro grupo “no hundirse en un submundo que no vivencían como propio y le produce inseguridad y temor”, pero llega a esta elección presionada por la acción de la familia donde no toleran ni aceptan su conducta y la echan del domicilio. Se tiene que enfrentar ante la disyuntiva de un

tratamiento en un centro cerrado o vivir en la calle. No obstante, para que se consolide la elección última o definitiva pasa, necesariamente, a tener carácter intrínseco aunque, en un primer momento, el cambio obedezca a factores externos.

Pero una de las veces que le pedí dinero a mi madre, pues mi madre llamó a la psicoanalista y entonces esta mujer le dijo – llama a la policía-. Entonces eso a mí me acojonó. Porque a mí me han detenido una vez, pero no era detención tampoco, me llevaron a la comisaría (...) Yo podía haber cogido la puerta y haberme ido, pero dónde iba. A mí, eso siempre me ha parado mucho ¿no? ¿De qué, dónde voy a ir, a la calle? Siempre he tenido que tener la seguridad de un sitio de referencia (...) Es que la situación había llegado a un punto que o me metía ya hasta el fondo (hasta el fondo quiere decir, los que van pidiendo por la calle o robando lo que sea) o me lo dejaba.

Tamara.

Aunque el inicio del proceso de cambio definitivo, en el caso de Margarida, también está mediado por circunstancias externas, éstas no son de la misma índole. Los deseos de cambio provocados por el malestar psicológico y el deterioro físico y social en que se veía inmersa en la espiral de marginalidad y delincuencia ya se habían producido con anterioridad por las presiones externas para seguir en un mundo, e inmersa en un estilo de vida que no le satisfacía, pero del que le resultaba muy difícil e incluso peligroso escaparse. El fallecimiento del compañero toxicómano y padre de su hija que la sometía a malos tratos, amenaza y coacciones, propició que ella pudiera elegir su nueva vida. Como muchas chicas, se inicia en el uso de heroína con su pareja después de independizarse e irse a vivir con ese primer amor adolescente, tras el fallecimiento de su padre, yéndose a vivir con él a pesar que habían interrumpido la relación durante el embarazo y no había reconocido a la hija. No hay una invitación, ni una presión hacia el consumo, pero sí una curiosidad y una necesidad de conformidad con el estilo de vida del grupo.

I jo ja estava tan farta, que jo els esperí a ellos i dic –que m'agarren i que fassen el que vullguen ja, porque jo ja estava cansà ¿no? I ell se n'anà. I jo ja no el torní a vore perquè després va morir ¿no? I quan me digué la meua germana que va morir diguí: ara si que ja. I als dos o tres mesos isqui de la

càrrecel, i jo ja estava mentalitzada de que ja s'havia acabat eixa vida. I ací estic.

Margarida.

El que todo se haga insostenible también tiene mucho que ver con los valores que guían nuestras acciones. El malestar psíquico es producto de la disonancia cognitiva que produce el actuar y conducir nuestras vidas por caminos que chocan frontalmente con sus valores éticos y morales, (en nuestro caso, realizar conductas que atenten contra la integridad y los bienes de las personas). El comprobar que supera el umbral de delictividad o de conducta disocial que su conciencia puede tolerar acompañado de una personalidad muy sensible al sufrimiento ajeno serían también matices a tener en cuenta en la toma de decisiones. El prototipo de vida previo a la toxicomanía en el que incluimos la crianza, la educación, las interacciones familiares, los acontecimientos estresantes o traumáticos y el grupo de iguales van a constituir variables que influirán significativamente en el tipo de desenlace de la historia toxicológica. Si vamos más allá, apreciamos que no sólo el provenir de grupos sociales o el habitar en barrios marginales donde la conducta disocial y delictiva es más frecuentes explicaría esa necesidad de cambio. El malestar psíquico es provocado por actuaciones no coincidentes con las propias convicciones morales, las cuales se han conformado con la educación y la transmisión de valores en un ambiente familiar en el que no era frecuente la violencia y en el que se fomentaba el respeto a la integridad de las personas, todo esto unido a los rasgos de personalidad –que, en gran medida, se conforman a partir de las experiencias durante la infancia-.

Sí, porque fueron una serie de atracos, de los que jamás hubiese pensado que yo... Yo, con lo sensible que soy y el miedo que me da todo, y cuando miro a una persona que se siente mal me siento mal. (...) ¿Cómo fui yo capaz de intimidar a nadie?. Es que no me lo creo y fue lo que dije: bueno, es que ya me lo dejo todo, me replanteo realmente si vale la pena vivir, o sea, si todo es así, como lo veo ahora me mato, o sea, acabo con mi vida, porque es que yo no quiero estar en este mundo.

Juan.

Ninguno de nuestros interlocutores, aunque en algún momento realizarán actos delictivos, ni incluso Margarida que vivió toda su carrera toxicológica inmersa en ambientes de delincuencia habitual y marginalidad, presenta rasgos de personalidad antisociales. Advertimos como, en todos los casos, es anterior el consumo de drogas a las conductas descarriadas y desadaptadas que van a interferir en el ajuste del sujeto con su entorno social. La dependencia física a opiáceos hace necesaria la autoadministración diaria de dosis progresivamente mayores de una sustancia ilegal cara, para lo que acaba siendo necesario dedicar muchos esfuerzos para la obtención de dinero, entre las que estarían conductas antisociales y delictivas, más o menos, graves. La narración de Margarida nos permite apreciar cómo, a pesar de vivir toda la etapa de su vida heroinómana inmersa en un submundo de delincuencia y marginalidad social, viviendo y participando directa o indirectamente en robos y atracos, siempre censuró su actuación y su conducta le producía sentimientos de culpa, mala conciencia y arrepentimiento. La conducta observable y el estilo de vida no son suficientes a la hora de diagnosticar la personalidad antisocial sin valorar las actitudes, las cogniciones y las emociones que dicho comportamiento infunde. Como observamos, su conducta no estaba encauzada por los propios valores y actitudes le provocan disonancia cognitiva, pero este malestar psíquico, no es suficiente para provocar el cambio (como hemos visto que sí ocurre con Juan) porque se sienta acorralada, sin posibilidad de huida y se deja arrastrar por las presiones y amenazas de su pareja, y por sus sentimientos de amor-temor hacia él.

Jo no pintava res. A mi me deia; vigila ahí (quan ell feia un atraco i lo que siga) i jo vigilava. I si m'eixia mal o si li eixia mal a ell. Jo quan li eixia algo mal, jo dic ¡ai mare meua, la que m'espera!. Perquè després tot ho pagava jo. (...) Me molestava molt que anara a atracar y tot això, porque me donava pena la gent que n'hi havia dins ¿no? Jo que sé. Ho pensava i tot, però jo qué anava a fer.

Margarida.

La percepción de autoeficacia unido al deseo y la necesidad imperiosa de cambiar es otro de los factores que influyen en la toma de decisiones. Bandura define la autoeficacia percibida como el juicio que un individuo emite respecto a su propia capacidad para realizar una conducta necesaria para alcanzar unos resultados

determinados y que el pensamiento autorreferente deriva inicialmente de la acción propia y de la observación de las experiencias de los demás. Creer que es posible el cambio en el sentido elegido y auto-percibirse como capaz, repercutirá en la cantidad de esfuerzo y la perseverancia para lograrlo. Los profesionales entrevistados ya mencionaban la importancia del pensamiento autorreferencial en el proceso de cambio. Ellos hacían hincapié en los logros de ejecución del individuo, tanto en aspectos no vinculados a la toxicomanía como en los éxitos alcanzados en procesos de deshabituación previos, en cuanto fuentes internas de información, las cuales repercutirían positivamente en la autopercepción de eficacia, siendo menos significativa la información obtenida de experiencias vicarias. No obstante, nuestros interlocutores hacen referencia al aprendizaje vicario como un recurso informativo considerable para incrementar su autopercepción de eficacia. Apuntan cómo el ver a algunos colegas o conocidos que se rehabilitaban les hizo cambiar sus propias opiniones sobre las posibilidades de cambio que estaban sustentadas en la creencia social imperante en la época (y que todavía persiste en la actualidad) en cuanto a que la heroínomanía es crónica y no es posible restablecerse al ser las recaídas frecuentes y necesarias por la impronta que deja en el sistema nervioso el consumo prolongado y habitual de opiáceos.

Lo sabía, lo tenía ya claro, había visto a gente que se había desenganchado. Empezaba a creer, empezaba a creer que el toxicómano no era para toda la vida, ¿sabes? Porque hubo una época que lo que yo oía es, que no me iba a quitar nunca, de que lo mío era ya para siempre, de que los toxicómanos morían por toxicómanos. Y empecé a oír: pues éste está ya cinco años desenganchado, y no sé cuantos, y lleva un camión, y yo ¡hostia, eso de que no se desenganchan de la heroína, eso no es cierto! Y, efectivamente, no es cierto, aquí estoy.

Juan.

Junto al cúmulo de elementos y circunstancias aportados, que influyen en la toma de decisiones que resultó ser la definitiva, también cabe incluir el azar. Cuando hablamos de suerte, ésta está ligada a todo el malestar y desazón producido por unas condiciones físicas negativas (a menudo enfermedades graves), la desesperanza y la insatisfacción en un mundo sin futuro que provoca cambios cognitivos; no es un factor

que induzca al cambio, sino que la combinación y acumulación de factores en un momento determinado intuyen que hubo algo que propició que la combinación mostrara y llevara a tomar el camino positivo para sus vidas.

Cuando íbamos de fiesta en el 84 era todo muy bonito, era alegría tal y cual, pero en un momento cambió todo. Cambias de drogas y ya movidas de robos y cosas raras y de que la gente no está contenta, uno que lo cogen el otro que se muere ¿no?. La gente empezó a morirse más tarde y lo que decidí, el tomar esa decisión fue un poco casualidad o suerte o fuerza de voluntad o como lo quieras llamar, para poder salir del rollo.

Jose.

En resumen, podemos decir que la toma de decisiones está mediada por factores externos y por los cambios internos que van acumulando a lo largo del proceso, todos de carácter negativo. Un acontecimiento inesperado, pero no necesariamente novedoso, unido a toda una serie de experiencias pueden provocar cambios cognitivos respecto a su conducta y las consecuencias de la misma que le hace replantearse su situación. Esa circunstancia, que “colma el vaso”, lleva implícito todo un análisis que cuestiona los valores y la propia vida de los interesados y tiene que darse en el momento propicio para que actúe como detonante y movilice a los individuos.

La decisión definitiva siempre tiene un carácter interno asociado a la desazón y el malestar biopsicosocial que provocan una acumulación progresiva de hechos y acontecimientos eminentemente externos que tienen repercusiones negativas en el ámbito personal. Estos sucesos o lances pueden ser más a menos casuales, y puede ir desde acontecimientos traumáticos a cuestiones más fútiles, pero con alguna vinculación a la toxicomanía, que se ha ido acumulando a lo largo del proceso toxicológico configurando un cúmulo de experiencias negativas que repercuten en su estado anímico y emocional.

Todas estas vivencias van minando la moral y la fortaleza de nuestros interlocutores, siendo las consecuencias positivas del consumo cada vez más escasas, cuando no nulas. Vemos como, en algunos casos, las presiones son ejercidas

intencionadamente por el entorno familiar y en otras tienen connotaciones más azarosas, por lo que, en algunos casos, la elección obedece más a las presiones intencionadas y, en otros, responde a acontecimientos menos predecibles. No obstante, en todos los casos son las propias elaboraciones de los sujetos en torno a su situación las que motivan que, progresivamente, las razones para el cambio eminentemente externas progresen hacia motivos más personales. Es decir, para que el cambio se consolide, es necesario que la motivación externa se vaya reconvirtiendo en interna.

Podemos decir que todos llegan a una especie de encrucijada, un cruce de carreteras en que sólo hay dos caminos para continuar que les impele a tomar una decisión sobre su vida: proseguir en la que llevan y perpetuar la degradación personal y social o intentar seriamente el cambio eligiendo un camino complicado pero que anticipan mejor, al menos a medio plazo. Así mismo, unas mínimas expectativas positivas de autoeficacia en torno a las propias capacidades y habilidades para poder cambiar constituyen un atributo necesario en la evolución del sujeto que decide abandonar el uso de drogas. La percepción de autoeficacia y la confianza en las propias posibilidades participa en el funcionamiento psicosocial de los individuos, determinando en parte la toma de decisiones que influye significativamente en el cambio así como en la cantidad de esfuerzo y en el tiempo que perseverará en el intento. El aumento de las expectativas de autoeficacia, a partir de la observación del éxito de otros, fue un factor que contribuyó a la hora de decidirse por el camino del cambio. El tener información, a través de observar la experiencia de otros, en torno a que la deshabituación y el cambio de estilo de vida eran posibles - en un momento en que la opinión predominante era que no había vuelta atrás, que el heroinómano estaba condenado a periódicas y continuas recaídas y a no poder reencauzar sus vidas - propició la elección del camino que llevaba hacia una nueva forma de vida. Sumado a todo esto, aun siendo una variable poco medible, cabría añadir la suerte o el azar como la guinda que culminaría este cóctel de circunstancias.

4.2.3.2 – La evolución del deseo hacia un cambio permanente.

Estamos en condiciones de confirmar que es un malestar interno agudo, profundo, persistente e impreciso en el que resulta difícil establecer una barrera entre lo físico y

lo psíquico, y que lo atribuyen a su conducta adictiva, lo que moviliza a nuestros interlocutores a intentar de nuevo dejar el mundo de la heroína que, en esta ocasión, será el definitivo. El análisis de las cogniciones y las condiciones nos permite ubicar a Támara en el estadio de contemplación y a los demás en el estadio de preparación (según modelo transteórico de cambio). Cuando inicia el tratamiento todavía está examinando la posibilidad de modificar su conducta y aunque, en último término, la decisión de iniciar un tratamiento es personal, está muy mediada por las trabas familiares para seguir consumiendo mientras permanece el domicilio paterno. En los otros casos, es una decisión más personal a partir del análisis de su situación presente y sus perspectivas de futuro, lo que les lleva a la mayoría a buscar un tratamiento o a aprovechar las oportunidades dentro de una coyuntura negativa como, a priori, es estar en prisión. El estudio de la evolución de sus historias a partir del intento de cambio definitivo lo vamos a hacer a través de los tratamientos, las relaciones de ayuda, acontecimientos etc., que acompañaron y propiciaron la consolidación del cambio de estilo de vida, el mantenimiento de la abstinencia, su reinserción social y el aprender a vivir y afrontar las demandas de la vida cotidiana sin necesidad de tomar opiáceos.

Como ya advertimos en el capítulo dedicado a los tratamientos previos, no está entre nuestros objetivos el hacer una evaluación de la calidad asistencial de los servicios ni el establecer la idoneidad de ningún tipo de programa, pero sí queremos estudiar cómo fue, que condiciones se dieron y cómo vivenciaron esta etapa de su vida en la que se produce el abandono de la conducta adictiva. Los programas de tratamiento que iniciaron nuestros informantes irían desde programas de mínima intervención como sería el programa en prisión, al de máxima intervención, en una comunidad terapéutica (ambos en entornos cerrados), pasando por los programas de carácter ambulatorio de mantenimiento con agonistas opiáceos (concretamente metadona) y con antagonistas opiáceos (naloxona). Algunos continúan todo el proceso terapéutico con las prescripciones y derivaciones del mismo centro ambulatorio, hasta el alta terapéutica; mientras que en otros casos los interrumpen finalizando el proceso sin una ayuda terapéutica formal y específica.

A diferencia de lo que apreciamos que ocurría en los primeros tratamientos en los que eran las familias las que forzaban, en mayor o menor medida, los tratamientos e incluso se encargaban de buscar y elegir los centros asistenciales en función de sus expectativas y de la idoneidad de los mismos, apreciamos que, en el

último tratamiento la elección la hace el propio individuo, que hace una búsqueda personal, más o menos exhaustiva, y opta por un tipo de programa de tratamiento más asequible entre los recursos disponibles y conocidos, excepto en el caso de Margarida en que la intervención viene propiciada por su ingreso en prisión.

Invariablemente, nos hemos decantado por una presentación conjunta y agrupada del análisis de la información obtenida, tanto de las entrevistas en profundidad como en los relatos de vida; llegados a este punto, hemos optado por hacer una presentación de los casos particulares. Consideramos que la riqueza que aporta cada historia en sí misma es considerable y hacerlo en amalgama nos haría perder pormenores, detalles y matices de la evolución de cada caso que consideramos enriquecedores para el estudio, al permitirnos apreciar cómo se sucedieron los acontecimientos, cómo se van produciendo y consolidando los cambios y las interacciones favorecedoras que acontecieron.

A - Historia de LUCAS.

El proceso de autocambio se inicia (al igual que el de Juan y José) con lo que podríamos denominar “crisis existencial” en la que se cuestionan su comportamiento como adictos y su forma de vida como toxicómanos a partir del malestar psicofísico y la frustración que comporta, entrando en una fase de preparación que les impele a movilizarse para intentar cambiar su vida. Llegado a este término, entra en conocimiento (a través de unos colegas) de la existencia de un nuevo tratamiento, que es el programa de metadona. El tratamiento consiste en la administración diaria de la sustancia por vía oral, la cual sustituye a la heroína y evita el síndrome de abstinencia. Tras algunos intentos de autoabandono y de haber realizado diversos tratamientos orientados a la abstinencia con escaso éxito debido, tal como el mismo señala, a la escasa o nula motivación para el cambio habiendo realizado los mismos bajo la indicación. Con una motivación alta para el cambio, decide entrar en contacto a iniciativa propia con un centro prescriptor de metadona al objeto de iniciar el programa junto a su pareja también heroíno dependiente.

Luego la desesperanza esa de ver que no hay salida aquí, que por aquí no hay salida, y alguien nos comento que intentara hacer una.., un tratamiento de metadona.

Cuando decide iniciar el programa de tratamiento su situación psicosocial es bastante caótica. Junto con los problemas físicos que arrastraba está la creencia de que podrá evitar el síndrome de abstinencia y deshacerse de muchos de los problemas que le atenazan, en lo relativo a cómo obtener el dinero y cómo obtener la sustancia. Dejará de tener que dedicar mucho tiempo, muchas energías y los pensamientos al mismo fin: la obtención del dinero y las dosis. En un primer momento anticipa que el tratamiento le posibilitará al menos un relajamiento o un descanso en su frenético ritmo de vida que redundará en su equilibrio emocional y afectivo. No obstante, cuando finalmente entra en contacto con el equipo terapéutico e inician el programa de tratamiento (él y su pareja) comienza a pensar que quizá además de mitigar su estado podría ser una salida definitiva para su situación.

Muchos de mis compañeros, realmente la metadona la utilizaban para asegurarse de no quedarse con el mono, si algún día no conseguían el dinero. Yo empecé el tratamiento también con esa idea, ahora, enseguida me di cuenta que era una posibilidad.

Se diseña un programa terapéutico integral ofreciéndole de forma individualizada una respuesta global a sus necesidades, desde los recursos del propio servicio. Los programas integrales proporcionan atención individualizada que incluye: la atención médica que abarca todo lo relativo a la farmacología de la dependencia y las tareas preventivas educativas y de control en áreas como el VIH, hepatitis, enfermedades de transmisión sexual etc., la psicológica que se ocuparía del abordaje global de los trastornos por dependencia así como del consumo de otras sustancias que pueden interferir en la evolución y el control de la psicopatología asociada y la social que incidiría en los problemas de falta de vivienda, desempleo, problemas con la justicia, marginación etc., que dificultan la posibilidad de evolucionar hacia una vida saludable e independiente. En el caso de Lucas no tuvo necesidad de utilizar los recursos sociales disponibles por no tener carencias básicas y contar con el apoyo de su familia.

Yo empecé, digamos que había un remedio farmacológico para mi problema de enganche físico, para no estar mal que era la metadona pero lo realmente importante era el seguimiento que hacía. Yo hablaba todas las semanas con

un médico, con un psicólogo y con una asistente social (...) y con el asistente, pues afortunadamente tampoco necesité que me buscara algún trabajo, alguna vivienda o alguna solución para esto. Por supuesto, mi familia estaban supercontentos de que yo empezara a dejar de consumir y me dieron muchas facilidades

Apreciamos cómo, a través del proceso terapéutico, se va modificando la conducta y sus propias expectativas respecto al tratamiento y las posibilidades reales de cambio que le ofrece. Los cambios positivos que va experimentando redundan en una modificación del afecto, las cogniciones y las relaciones interpersonales. Se produce un aumento de la concienciación del problema y una valoración distinta de su entorno y de su relación con las drogas y el submundo que la envuelve. Respecto a las relaciones de ayuda, apreciamos cómo la evolución positiva de su estado, la buena relación que establece con el equipo y la percepción de apoyo recibido hace que adopte una actitud de delegación de las decisiones en torno a su tratamiento en el equipo y tratar de seguir sus indicaciones sin estar cuestionándose constantemente sus actuaciones. La confianza, el compromiso y la satisfacción con los profesionales y el programa de tratamiento establecido comportan una actitud y conducta de acatamiento de las indicaciones terapéuticas sin fisuras ni cuestionamientos de las mismas como la manera de poder concluir con éxito el tratamiento.

Muy cerrádico porque nos dimos cuenta que si había alguna manera de salir era esa, cumplir ahí a rajatabla todo lo que nos dijeran, desde la cosa más importante a la cosa más tonta, ¿no? (...) De hecho yo no preguntaba ni cuando estaba tomando, ni cuanto me bajaban ni cuanto me subían, no lo quería saber porque llegué a estar muy decidido a dejármelo. Entonces; ¡los médicos sabrán! Mientras, me puse las orejeras y ellos sabrán.

Las muestras y expresiones de respeto, el ser valorado como individuo, la posibilidad de compartir experiencias, pensamientos y sentimientos con el equipo, junto a los propios resultados terapéuticos y la percepción de satisfacción de los profesionales por los mismos, hace que la confianza incondicional y la percepción de apoyo se vayan consolidando.

La gente del CAD donde nos trataron nos apoyaron muchísimo; fueron los que más. Además, yo me daba cuenta que estaban muy contentos con nosotros, era como un éxito profesional que les encantaba y eso. Bueno de hecho nos lo decían, y eso a mí también me gustaba.

Junto a los demás aspectos reseñados en su proceso de deshabitación percibe que la relación terapéutica entablada con el psicólogo, en el espacio de la psicoterapia individual es la fuente de apoyo determinante en el ámbito asistencial. Apreciamos que, al inicio de la psicoterapia, predomina un sentimiento de vinculación, de proximidad, progresando hacia un sentimiento más sólido, de mayor compromiso, propiciado por la confianza al compartir emociones y sensaciones íntimas. El establecimiento de la alianza terapéutica, en la que el apoyo emocional por parte del psicólogo se refiere a la aceptación incondicional del cliente, (que incluye la posibilidad de compartir experiencias personales y sentimientos, la escucha atenta y reflexiva, la empatía, no juzgar y evitar la crítica o los consejos admonitorios) deviene en unos resultados terapéuticos satisfactorios y en una percepción de apoyo por parte del cliente.

Pero lo más importante creo que fue el seguimiento con la psicóloga. Esto fue definitivo porque te enfrentas a muchas cosas, te hace enfrentarte a muchas cosas y al principio un poco para que piense bien de mí, casi se podía decir: bueno, voy a aguantar y tal. Pero no se porque le tomas cariño a esa persona y tal; al fin y al cabo le estás contando tu vida todos los días ¿no? Y, al principio un poco atado por las formas y eso. Pero luego como te das cuenta que te sirve, que te va ayudando muchísimo bueno, pues te lo tomas muy en serio el tratamiento, el seguimiento.

Los programas de tratamiento tradicionales para la adicción a opiáceos se distribuían en tres etapas o fases: la desintoxicación, la deshabitación y la reinserción o normalización social, iniciándose invariablemente con la desintoxicación de los mismos. Los programas de mantenimiento con agonistas opiáceos, (como los de metadona) rompen con este esquema al no iniciarse el proceso terapéutico con la desintoxicación sino con la administración de una dosis terapéutica de este opiáceo sintético que evite la aparición del síndrome de abstinencia y le posibilite al individuo

cambiar su estilo de vida al no tener la necesidad imperiosa de autoadministrarse. En sus inicios es considerado como un tratamiento residual para reducir los daños de salud y sociales provocados por el uso continuado, pero pronto se advierte que los objetivos terapéuticos del programa pueden ser más o menos ambiciosos, en función de las necesidades, la realidad psicofísica del individuo, sus propias expectativas y la evolución en el mismo. Existen los programas de mantenimiento indefinido y los programas de objetivos más ambiciosos, que contemplan a medio o largo plazo la desintoxicación, bien por tapering (reducción progresiva de la dosis) o por desintoxicación hospitalaria. En los tratamientos con metadona, la desintoxicación se produce cuando la deshabituación y la reinserción están afianzadas y constituye un momento delicado en el curso del tratamiento con metadona por el temor y la inseguridad que pueden provocar en el individuo, por lo que ha de estar bien elegido el momento y la motivación y hacerse la reducción por un profesional experimentado.

Y bueno en su momento fueron reduciéndome la dosis y tal y, un día me dijeron que ya tenía que dejar de tomar (tampoco te puedo decir ahora exactamente cuanto tiempo después de haber empezado el tratamiento, sería un año o por ahí, o no sé). Ese momento es un poco duro, porque parece que aunque ya estés tomado jarabito parece que te sirve de ayuda y tal pero bueno hay que hacerlo y yo igual., o sea., y dejé de tomarlo sin problema.

En todo tipo de programa de tratamiento, las fases de los mismos no constituyen periodos estancos en los que es necesario concluir una para continuar en la siguiente sino que las actuaciones se van superponiendo a lo largo del proceso en el que acostumbra a haber avances y retrocesos. En este caso, apreciamos que no hay retrocesos una vez iniciado el tratamiento; una vez estabilizada su dosis óptima de metadona, comienza su fase de deshabituación del uso de drogas. En la medida que se va estabilizando emocionalmente, cambiando el universo de interacciones y siendo aceptado y valorado por su entorno más íntimo. Le produce gran bienestar y satisfacción las muestras de confianza y la satisfacción que percibe en su círculo más cercano, lo cual le refuerza para perseverar en su empeño de cambiar.

Desde conversaciones muy, muy emocionantes y edificantes con hermanos o con amigos. De lo contentos que están de que tu estés bien, eso a mí me daba mucho gusto ¿no?(...) Me alegraba que otros se alegraran, tal vez por el sentimiento de culpa que llevas tan arraigado dentro y tal: lo mal que te has portado, el dinero que has robado y las amistades que has traicionado y tantas cosas que has hecho mal y lo sabes, y has fallado a ellas. Que, bueno, empezar a recuperar esas amistades o esa relación de familia y tal, eh., pasito a pasito pues era una sensación de ¡caray! Estoy volviendo a mí otra vez ¿no?, estoy recuperando todo lo que he perdido durante este tiempo.

Los cambios conductuales y cognitivos se van sucediendo desembocando en una fuerte sensación de libertad, de reencuentro consigo mismo que le embargar positivamente dando un nuevo sentido a su existencia. Llegado a este punto comienza a percatarse y a sentir que es capaz de replantearse su vida, tomar decisiones responsables y decidir en torno a cómo orientar su vida futura.

Lo importante es verte tú bien, verte que ya no necesitas, pues eso, consumir para estar bien (...) Es una sensación de libertad y de reencontrarte a tí mismo que es impresionante y eso lo tienes a flor de piel todo el día porque cuando estás mal (cuando estas consumiendo y estás mal) pues también lo tienes a flor de piel todo el día.

El haber entrado no excesivamente temprano en el mundo de la heroína (19 o 20 años) le ha permitido reconocerse a sí mismo y realizar otro tipo de conductas no compatibles con el estilo de vida propio de la toxicomanía. Esta circunstancia junto a no haber entrado en los submundos más marginales así como haber trabajado y mantenido vínculos familiares durante la etapa adictiva, le facilita la inserción social. Tiene la posibilidad de retomar cosas que dejó pendientes (como fueron sus estudios) y se plantea la posibilidad de estudiar alguna carrera relacionada con la rama de letras o humanidades que siempre le había gustado, cosa que no sucedía con las ciencias. Como tenía el COU y la selectividad aprobada, durante la etapa anterior al uso de heroína, comienza a interesarse por hacer una carrera universitaria.

Yo empecé en Enero y cuando llevaba unos seis o siete u ocho meses o así estaba muy bien. No había consumido absolutamente nada en ese tiempo. Bueno, pues me ilusionó mucho estudiar, el volver a estudiar. (...) A mí siempre, de toda la vida me había gustado leer. La literatura me gustaba, la historia y todas las humanidades me han gustado mucho siempre.

Estando todavía en el programa de metadona, comienza a movilizarse buscando información sobre las posibilidades de estudios universitarios que le complazcan y encuentra una carrera que se ajusta a sus expectativas pero con el handicap que no existe Facultad en su ciudad, por lo que sería necesario trasladarse a otra. Sabe que cuenta con el apoyo de su familia para tal fin y que tratarán de ayudarle facilitándole los recursos económicos familiares que le correspondían y que no le habían dado para que no hiciera un mal uso de ellos. El equipo terapéutico también le apoya en sus inquietudes y en sus decisiones y, una vez conseguida la plaza en la Universidad, le facilitan el traslado del programa para que pueda seguirlo allí, porque todavía sigue tomando metadona. No tuvo problemas con el nuevo equipo terapéutico, pero no alcanzó el nivel de afecto, confianza, complicidad y proximidad que tuvo con el primero.

Lo solucionaron entre ellos, tampoco hubo ningún problema. Yo llegué a M me instalé, fui el primer día que tenía una entrevista con el médico de allí. Me presenté, estuvimos encantados de conocernos y me dijo: bueno a partir de ahora vienes tal día a recoger tu medicación y tal. Pero ya no hice seguimiento con los psicólogos de M (a lo mejor en Valencia consideraron que no me hacía falta). También me dijeron que a la mínima insatisfacción o lo que fuera que podía acudir tanto a los de Valencia como a los de M. Yo, si hubiese tenido necesidad, hubiera vuelto a Valencia porque con quien empiezas es bueno acabar. Empezar toda la película con otro, contarle toda la historia es complicado.

El iniciar los estudios fuera de su ciudad supone una disminución de las relaciones de apoyo tanto de sus amistades como de su familia y del equipo terapéutico pero, por otra parte, le facilita el iniciar nuevas amistades y relaciones entre iguales. Parte de una situación de igualdad en el nuevo grupo. No es alguien que llega

a un grupo en el que todos se conocen y él es el nuevo que se incorpora, lo cual puede hacer sentirle fuera de lugar y sin compartir los intereses del grupo, sino que haces amistad con compañeros de Facultad que comparten tiempo y, como mínimo, interés por los mismos estudios y el resto de compañeros, tampoco se conocen entre sí. Podemos decir que la dificultad que comporta el encontrar unos amigos nuevos, ser aceptado e integrarte o reintegrarte en el grupo no relacionado con el mundo de la heroína, no fue tal para Lucas.

Empiezas a estudiar en una cosa que te gusta y que te interesa mucho. La verdad es que no conocía a nadie allí, fue empezar de cero con todo. La verdad es que no fue nada difícil, no fue nada difícil. En seguida, pues claro, al meterme, al entrar en clase pues ya entras., digamos en un sitio donde hay gente que también llega nueva a esa clase, empiezas a conocer gente y las amistades las haces a partir de ahí.

Es consciente que la necesidad de cambiar de domicilio para poder iniciar sus estudios universitarios le facilitó su proceso de rehabilitación y poder llevar a término su proyecto de vida. Por una parte, supuso un alejamiento de su entorno habitual y, por otro la, necesidad de buscar nuevas amistades fuera del mundo de la heroína, no era sólo un imperativo del tratamiento, sino una necesidad impuesta por el traslado a otra ciudad. No obstante, considera que este traslado parcialmente azaroso le allanó el camino, pero no fue un factor determinante para el cambio de estilo de vida porque durante el tiempo que estuvo en Valencia siguiendo el tratamiento también permaneció abstinentemente e introdujo cambios significativos en su vida.

*Me había matriculado en la Universidad, estaba yendo a clase a diario, estaba conociendo gente nueva que no tenía nada que ver con el asunto (...)
“Y allí, pues nada hemos empezado una vida nueva, aunque yo siempre recuerdo, y eso me gusta recordarlo, que estando en Valencia yo llegué a estar bien. O sea, que no es que me tuve que ir a M para dejármelo, no. No, yo en Valencia, ya habíamos conseguido estar bien y probablemente hubiésemos seguido estupendamente, ahora esto vino y a más a más nos vino muy bien.*

Podemos observar como en varias reseñas se expresa en plural. En estos casos se está refiriendo a su pareja, a la que conoció durante su etapa adictiva, se inició junto a él en el consumo, con la que compartió un periodo prolongado de la etapa tóxica. Iniciaron y continuaron juntos el mismo programa de tratamiento en el mismo servicio. Hace referencia a que en principio la indicación terapéutica es que las parejas hagan el tratamiento por separado, al menos en los inicios, porque las expectativas de éxito son escasas cuando las parejas de toxicómanos siguen juntas durante el tratamiento. En este caso los dos consiguieron normalizar su vida casi al mismo tiempo, y él considera que cuando se interfiere en los tratamientos es porque el nivel de motivación es escaso o nulo en los dos o en un miembro de la pareja que podía arrastrar al otro. Éste no era su caso, por la que considera que el no haberles separado y haberles dado la oportunidad de intentarlo juntos supuso un apoyo mutuo considerable.

Entre los dos nos fuimos apoyando, yo creo que incluso fue bueno, porque es verdad que nos decían que era un caso muy raro, porque sí que es verdad que cuando uno está flojo arrastra al otro, en este caso fue al revés, cuando uno estaba fuerte arrastraba al otro. Y los dos cogimos un punto de ilusión y de comprensión y de fortaleza y tal, superbueno (a lo mejor no lo volvemos a coger en la vida pero ese momento fue mágico) y, bueno salimos los dos.

Su pareja también se trasladó con él a la nueva ciudad donde también continuó y finalizó el tratamiento. Mientras él estudiaba, ella trabajaba y la actividad laboral le facilitó (a ella) el establecimiento de nuevas amistades y su integración en la nueva ciudad. Comenzó los estudios y las expectativas fundadas, cuando leyó el programa de estudios, se cumplieron con creces lo cual le llenó de satisfacción. Refiere que seguir sus estudios fue un auténtico placer, que disfrutaba estudiando y lo hacía con ilusión. Al mismo tiempo, las perspectivas de futuro que se la abría el terminar sus estudios, el ser una persona más madura que ya sabe qué es lo que quiere, también constituyó un factor muy importante para continuar con su nueva forma de vida, que le proporcionaba tantas satisfacciones.

Me gustó, me gustó lo que estudiaba y bueno vas cogiendo pues eso la ilusión de cuando termines de estudiar trabajar, trabajar en eso. También he

pensado muchas veces que esto fue muy definitivo, esta ilusión de algo que de verdad te gusta y que le puedes dedicar mucho tiempo al día (...) No es una obligación, sino que es una ilusión es un gusto. Me compre muchos libros sobre el tema, los leía. Saque las mejores notas de mi vida (en la vida hubiese sospechado sacar las matriculas y los sobresalientes que saqué en la carrera) pero tiene esa explicación. Bueno, que tenía treinta o treinta y dos años cuando empecé, tenía muy madurado qué quería estudiar.

Una vez finalizados sus estudios universitarios y obtenida la diplomatura se presentó a unas oposiciones en la misma ciudad donde había cursado los estudios. Aprobó y consiguió una plaza como funcionario municipal. En el momento de la entrevista continuaba trabajando en el mismo puesto y en la misma ciudad y estaba cursando estudios para obtener una licenciatura. Manifiesta estar muy satisfecho con su trabajo e integrado en su ciudad. No obstante, mantiene el vínculo con su familia y el sentimiento de pertenencia a su ciudad donde acude con frecuencia para estar con su familia y continuar utilizando muchos recursos y servicios como los sanitarios en su ciudad de origen.

Sí, estudié B que es una carrera preciosa y luego mi trabajo. Preparé una oposición, la saqué y soy A ahora. Y, bueno, encantado.

Apreciamos que tiene más posibilidad de retomar su vida porque tiene recuerdos de experiencia y de sí mismo diferentes, y percibe etapas felices y satisfactorias en su vida. Además de retomar los estudios, las relaciones con su familia y amigos, fue retomando y recuperando aficiones y algunas cosas materiales que le agradaban y de las que se había desprendido. Esa posibilidad de retomar cosas de su pasado también contribuyó considerablemente al entusiasmo con que vivía su nueva situación.

Ahora solo, toco solo con mi guitarra y.., una cosa que me pasaba (eso lo recuerdo perfectamente) poco tiempo después de dejar de consumir y tal, empecé a recuperar discos que me encantaron en mi época y volví a comprarlos; mis discos favoritos y tal .Me compré los discos que había revendido en su momento y sí que recuperé esa faceta digamos. Bueno me

gusta mucho la música, voy a bastantes conciertos, me gusta la música en directo.

Durante su periodo adictivo, su salud física estaba deteriorada y, al igual que numerosos toxicómanos de la época, contrajo los anticuerpos del SIDA. Desde que inician su proceso de recuperación, tanto él como su esposa, han llevado un seguimiento de la infección y un control periódico de su salud. En tanto que están siguiendo los controles sobre el VIH – SIDA, los conocimientos sobre la enfermedad son mayores y los estudios sobre hijos de padres con anticuerpos revelan que la mayoría de niños no son positivos o despositivan en unos años. Ya hacia el final de la vida fértil de su esposa, los médicos no les desaconsejan la posibilidad de tener hijos a la vista de los estudios, a pesar de ser él y su esposa portadores del VIH. El tener hijos era una ilusión reprimida que descartaban por los riesgos que comportaba y, aunque su vida era completa y se sentía feliz, la posibilidad de tener un hijo les abría un mundo desconocido e ilusionante que venía a completar su nueva vida. En el momento de la entrevista la esposa estaba embarazada y ya sabían que era una niña.

Sí, la niña es, bueno, muy especial. Porque bueno, ya te he dicho antes que yo soy seropositivo y mi mujer también, hasta ahora ni nos habíamos planteado tener porque las noticias médicas eran fatales pero, desde hace unos años, la cosa parece que está cambiando. Nos ha dicho el médico del hospital donde nos atienden, que en los últimos tres años no ha habido ningún niño nacido de padres seropositivos que haya desarrollado la enfermedad, todos negativizaron, todos han negativizado. (...) Aproximadamente el 90% estaban de acuerdo que podíamos tener niños sin ningún problema y, bueno, ya somos mayorcitos y tal y bueno lo teníamos ahora o era despedirse y bien nos decidimos y estamos en ello.

Apreciamos cómo desde que inicia el tratamiento definitivo, las manifestaciones y las impresiones que trasmite Lucas, son de escasas o nulas dificultades, muchas satisfacciones describiéndonos un camino recto hacia una meta (cambio de estilo de vida y abstinencia del uso de opiáceos) en la que no hay retrocesos. Un programa de tratamiento que comparte con su pareja, un equipo terapéutico con el que entabla una relación positiva y una psicoterapia gratificante y

eficaz. Comienza con la estabilización con la metadona y la deshabituación del uso de opiáceos y progresivamente va iniciando el proceso de reinserción y, cuando ya está cursando los estudios Universitarios, se desintoxica prosiguiendo la reinserción y la deshabituación. Motivación alta, no excesivo deterioro psicosocial durante la etapa de consumo, que su pareja se rehabilite junto con él, el apoyo social y el no tener dificultades para elegir su futuro contribuyeron a la culminación del proceso. No tuvo necesidad de utilizar recursos sociales para reinsertarse socialmente, las posibilidades económicas de la familia le posibilitan poder retomar su vida y realizar una actividad socialmente aceptada que eligió (cursar una carrera universitaria). Desde el inicio del cambio, la realidad que va viviendo le compensa de haber renunciado a la heroína incluso, tal como lo narra realmente, no sintió que renunciaba a nada sino que la sensación es de ganancia durante todo el proceso. Puede ser debido a que no había una abstinencia a opiáceos (cuando se produce la desintoxicación de la metadona sí que refiere cierto temor), a la satisfacción personal, a la ganancia que le supuso el cambio y al paso del tiempo hacen que la memoria borre lo negativo o lo suavice.

Tener la necesidad de cambiar de domicilio e irse a otra ciudad, debido a los estudios, hizo que tuviera la necesidad de hacer nuevos amigos y le facilitó que pudiera establecer nuevas amistades fuera del mundo de las drogas. No aparece durante la entrevista ninguna mención ni referencia a los efectos de la sustancia, ni de los rituales de consumo, de las sensaciones con los colegas, etc., ni ningún recuerdo rememorado con emoción, manifestación de recuerdos positivos o de añoranza del periodo adictivo que nos hagan intuir que la atracción por la heroína persiste pero se reprime. Vive una vida satisfactoria totalmente apartado del submundo de la droga. Destacar, que ha micrófono cerrado, nos dice que cuando estaba narrando su historia era como si fuera la de otra persona, aunque sabía positivamente que era la suya, lo cual nos da una idea del alejamiento emocional con esa etapa de su vida.

B – Historia de JOSE

La historia de José constituye (al igual que la de Lucas) un proceso directo, en el que se van sucediendo toda una serie de cambios cognitivos y comportamentales, y en el que se dan todo un cúmulo de acontecimientos y relaciones de apoyo que conducen a la recuperación decisiva, desde el momento que inicia el último tratamiento. No obstante, y como ya señalamos con anterioridad, en este caso todos los tratamientos tuvieron una continuidad, ya que se dieron dentro del mismo

circuito asistencial. Los programas terapéuticos siempre vienen indicados por el mismo centro ambulatorio, bien diseñando programas ambulatorios o a través de derivaciones a otros servicios de la red asistencial. Es decir, durante toda su historia toxicológica acudió al mismo centro ambulatorio que fue su centro de referencia a lo largo de todo su proceso de recuperación.

Previamente había consiguiendo periodos de abstinencia, más o menos, prolongados, durante el curso de su toxicomania. Sus recaídas no obedecen tanto a falta de motivación o a planteamientos de necesidad de abandono, en periodos de urgencia en los que la vuelta al consumo se da cuando los conflictos derivados del uso se solucionan, sino más bien a las dificultades que conlleva consolidar los cambios y la propia normalización social. Vemos como el tratamiento definitivo viene precedido de una recaída tras un periodo de abstinencia prolongado en el que se habían producido muchos cambios cognitivos y de adaptación social. La angustia que se produce tras las recaídas, después de un periodo de cierta estabilidad emocional apartado del mundo de las drogas, es mayor en la medida que el propósito no fuera una medida provisional sino la de mantenerse abstinentemente indefinidamente y cuanto más prolongada fuere la misma. En estos casos, la recaída es vivida como un fracaso, con sentimientos de culpa y produce un malestar agudo por la disonancia entre lo que hace y lo que considera que debe o le conviene hacer. Apreciamos, como la recaída viene precedida del uso de otras sustancias durante un tiempo, lo que no le ocasionó el mismo malestar por no tener la sensación de pérdida de control que le embarga cuando el uso de heroína ya es diario. La rapidez con que aparece la sintomatología de dependencia psicofísica, las discusiones internas entre lo que racionalmente quiere hacer y lo que la privación de heroína le impele, la forma en que vivencia y evalúa la situación, así como el malestar y desasosiego general hacen que la defina como el peor momento vivido durante su etapa en el mundo de la heroína.

Cuando salgo de R (comunidad terapéutica) me pongo a trabajar y al año más o menos es cuando empiezo a fumar porros otra vez, a los pocos meses de esto, comienzo a consumir coca esporádicamente, hasta que en las Navidades del 91 hago el primer consumo de heroína (después de dos años y medio sin consumir); los consumos siguientes son esporádicos (aunque yo no quería realmente consumir, no quería volver a lo de antes) pero, al final, el consumo era diario. En Febrero empezó el calvario de nuevo (empecé a pedir

ayuda, se lo dije a mi familia) pero esos dos meses no quería pero seguía, fueron los peores de mi vida de yonqui.

Atribuye la recaída ha haber vuelto con el grupo de consumidores y a haberse iniciado en el uso de otras sustancias. Refiere que conocía que ambas eran conductas de riesgo porque así lo había aprendido en los tratamientos, pero las dificultades para integrarse en otros grupos o colectivos hace que vuelva con los anteriores. Cuando la situación le resulta insostenible e insufrible y se da cuenta que, a pesar de sus esfuerzos, es incapaz de controlar la conducta, que la situación se le escapa de las manos y que no puede salir del círculo en que se halla inmerso, lo comunica a su familia y decide pedir ayuda en el último centro que estuvo en tratamiento que fue en una Comunidad Terapéutica con profesionales. Entra en contacto con el ex - director y éste le aconseja que acuda de nuevo a su centro de referencia. En este caso, apreciamos como a los deseos de cambio cabe añadir el conocimiento de la red asistencial como factores que propician una vuelta relativamente rápida al tratamiento tras la recaída.

Por fin tomé la decisión de llamar a M (ex director) me marché a A y estuve dos días en su casa, pero no solucioné nada, desde allí llame a A y me dijo que me presentara en M al día siguiente (...) Empecé a consumir heroína al final, acabando el año, en Navidad del 91 y salí en Semana Santa del noventa y dos que fueron las Olimpiadas de Barcelona.

El tratamiento definitivo, en este caso, fue una desintoxicación hospitalaria de urgencia que no concluye (está trece días) porque tenía que solucionar un asunto urgentemente con su pareja. Vuelve a su centro de referencia y cuando está totalmente desintoxicado, empieza un programa de antagonistas opiáceos con psicoterapia. Interrumpe al poco tiempo la toma del fármaco por considerar que no necesita la ayuda para proseguir su deshabituación. La motivación al cambio, al igual que en los tratamientos anteriores, es alta y aunque deja de tomar el antagonista, unas semanas después, sí siguió con las sesiones de psicoterapia. Señala que la relación psicoterapéutica establecida supuso un apoyo destacado en su proceso de superación de la adicción en la medida que disponía de un espacio y un ambiente que le proporcionaban confianza y seguridad, y le permitía y le facilitaba el exponer sus

inquietudes, sus dudas y cómo evolucionaba su vida en general. Por otra parte, no debemos olvidar que José también percibe los tratamientos y las intervenciones anteriores (que algunos fueron con los mismos terapeutas) como factores positivos que favorecieron el posterior tratamiento definitivo.

O sea, a mí me sirvió. En ese momento me sirvió pues eso si tienes alguna historia que me pasa con..., en mi casa o en mi vida pues se lo contaba era una forma de desahogarme la vida y también que estoy bien así.

Con cada recaída la situación va empeorando y con la última percibe su calidad de vida y ese verse arrastrado al consumo como insufrible y, al mismo tiempo, observa como su salud es cada vez más precaria. Nos refiere que su pareja también abandonó el uso de heroína al mismo tiempo que él y un poco viene a hacer las mismas argumentaciones que Lucas en torno a la conveniencia o no de que las parejas sigan juntas durante la deshabituación.

O sea, uno te puede ayudar tanto para irse a la mierda como para salir. O sea, uno puede estar bien y puede ayudar al otro, lo que pasa es que si ninguno de los dos lo tienen claro entonces. Pero si uno lo tiene claro siempre puede ayudar al otro.

Tener pareja toxicómana, él poder rehabilitarse juntos puede constituir también un apoyo y no tiene porque, necesariamente, influir negativamente en las decisiones propias. No obstante, la experiencia de varias recaídas y varios tratamientos previos adopta una actitud más precavida y añade que es conveniente romper la relación si observas que en ese momento la otra persona está influyendo negativamente en la deshabituación. Considera que, en último término, si se está suficientemente motivado la decisión última siempre será la mas positiva para el cambio.

Lo que pasa es que claro llega un momento que dices a lo mejor se va la situación de las manos pues tienes que decir ¡ye! Y claro cortar ¿no?. Pero que, normalmente, sí que se puede salir dos personas que hayan estado enganchadas y puedan convivir y salir juntos

Percibe a su familia como la mayor fuente de apoyo. Durante toda la evolución de su proceso vivió en el domicilio familiar. Excepto en los inicios en los que la madre encubrió su conducta, los padres se han mantenido unidos en el establecimiento de límites, manteniendo una actitud de apoyo cuando decidía cambiar y solicitaba ayuda. Durante su historia toxicológica, hizo varios programas de tratamiento y tuvo varios periodos de abstinencia prolongados en los que contó siempre con el apoyo de su familia. De hecho, a los primeros que pide ayuda y les dice que la situación se le ha escapado de las manos es a su familia.

Sobre todo me he sentido apoyado por mis padres, por mi hermana y mi cuñado. Siempre me han ayudado mucho y se han alegrado cuando me han visto bien.

Encontrar un grupo de amigos fuera del submundo marginal de la heroína en el que impera el “colegueo”, fue una de las dificultades mayores en su proceso de recuperación. Para que se produzca y se sostenga en el tiempo una rehabilitación es necesario, que se produzca un cambio de estilo de vida que incluya un alejamiento de los ambientes de consumo y dejar de relacionarse con personas consumidoras. El volver con antiguos colegas sería uno de los factores que señalaba como motivo de recaída tras un periodo prolongado de abstinencia. A menudo, resulta complicado porque puede ser el único ambiente que conoce y cuando entra en contacto con otros se siente extraño, fuera de lugar, sin interés en sus actividades y sin sentimiento de pertenencia al grupo. Resulta más fácil retomar amigos que hacer amigos nuevos pero hay veces que este extremo no es posible bien porque todos los amigos están en el mundo de la droga o porque no están físicamente disponibles ya que, generalmente, están dispuestos a reaceptarlos cuando aprecian que están cambiando. A pesar de la dificultad, considera perseverando en el tiempo, progresivamente, pudo establecer nuevas relaciones y retomar antiguas e, ir sintiéndose aceptado e integrado dentro del grupo. El conocer nuevos amigos, el realizar actividades diferentes considera que también fue un apoyo en su proceso de cambio, que era otra vía de sentirse socialmente aceptado y que repercutía positivamente en su autoestima, en tanto que, los que estaba haciendo merecía la aprobación de su círculo social y comunitario.

Porque las amistades sí que tienes que cortar por lo sano, si no cortas por lo sano, al final vuelves a caer, porque ellos llevan una forma de vida que no., que contigo no va, o sea que ahora mismo no va. Ellos están, a lo mejor toda la tarde en un sitio fumando porros o consumiendo otro tipo de droga, aunque tú no te hagas nada al final te haces si estás toda la tarde ahí y están todos fumando porros al final acabas fumando porros. (...) Yo creo que desde mi punto de vista, es esencial cortar.(...) O sea, cuando volví de CT y estuve aquí: he de buscar trabajo y otra gente de por ahí, cuando estuve trabajando en Saplava y tal. Lo que pasa es que eran muy distintos a mí, un poco complicado (...) Fácil no es, no. Es complicado, pero te viene todo, no tienes que..., lo que vas buscando te va viniendo.

Hace referencia a que el primero de su grupo de amigos que consiguió rehabilitarse fue él pero que después también hubo algunos colegas que lo consiguieron. Tenía muy claro que era necesario mantenerse alejado de los ambientes de consumo porque eran un factor de riesgo de recaída. El seguir viviendo en el mismo entorno durante su deshabituación provoca que tenga que encontrarse con muchos “colegas” a los que, como él dice, no les niega el saludo pero con los que rehúsa tener más relación. No obstante, refiere que en la medida que estos iniciaban sus tratamientos e iban apartándose del ambiente de la heroína dejaba de evitarlos y volvía a relacionarse con ellos. En algunos casos, en función de las características e intereses personales, estas relaciones pueden seguir siendo cordiales y, en otros casos, pasar a ser relaciones de auténtica amistad. Piensa que auténticos amigos tiene pocos y entre ellos se encuentra uno de los colegas que también consiguió recuperarse y ahora es uno de sus amigos íntimos. Una de las formas de encontrar amistades fuera del ambiente de consumo serían otros toxicómanos que también toman la decisión de cambiar y abandonar el mundo de la heroína

Creo que el primero de aquí de la vasca fui yo y luego ya vino B, luego vino A. No sé si ha habido más, pero me parece que nadie más” (...) Y tenía amistad con él, lo que pasa es que éramos colegas luego hemos sido amigos y somos amigos.

No parte de una situación de desarraigo o exclusión social e incluso durante su etapa tóxica se intercalan los periodos de consumo y dependencia con los periodos de abstinencia en los que trabajaba y mantiene un estilo de vida más normalizado, no obstante, describe su readaptación social como dificultosa. El intentar conseguir un trabajo comunitario en el mismo lugar donde vive, el ser ésta una comunidad donde todo el mundo se conoce, saben de sus recaídas, hay otros toxicómanos (que también recaen) y lo que observan, unido a la creencia imperante de que nadie consigue recuperarse definitivamente y que la recaída ocurrirá más pronto o más tarde, genera mayores reticencias a la hora de darle un trabajo.

Un reto altísimo. Sí altísimo porque la fama que tenía yo en el pueblo ¿no? el verte tres meses de contrato, que estuve luchando ahí para que me lo dieran los tres meses de contrato ¿no? porque yo quería demostrar que ..., o sea, que yo valía para trabajar.

Cuando dejó el domicilio paterno, para ir a vivir con su pareja, se fue a otra población, pero su actividad laboral y parte de su vida social siguió y sigue en la misma población, donde ha vivido toda su historia toxicológica. En el lugar donde fue a vivir, el establecer un círculo de relaciones normalizadas fue relativamente fácil porque nadie sabe de su pasado y parte de una situación de “normalidad” ya que su estilo de vida, ya no es el propio de la toxicomanía. Aunque el cambio de estilo de vida resultaba evidente le resultó dificultoso el quitarse la etiqueta de toxicómano y requirió de un mantenimiento y consolidación del cambio en el tiempo. Cuanto más cercanas eran las personas más rápidamente apreciaban el cambio hasta progresivamente ir venciendo la desconfianza del resto de la comunidad. Aunque recuerda esta etapa de su vida como dura, muestra una gran satisfacción por haber conseguido ganarse el aprecio y el respeto de sus conciudadanos, y haber logrado llegar a ser “uno más” en su comunidad.

Lo que pasa que me ha costado un mogollón tener que demostrar a todo el mundo..., porque claro a lo mejor a la gente eh..., a los concejales y tal que habían de turno o a los compañeros o al encargado lo veían ¿no? ¿Pero el resto del pueblo? Hasta que uno consigue el respeto de una población es un poco complicado, eh ¿sabes? Porque, yo ahora voy por ahí y todo el mundo

me saluda o tal, O sea ¿sabes? Me van tirando flores, en vez de piedras, pero eso me ha costado un montón.

Ha sido capaz de reconducir su vida en su propia comunidad donde además ha estado en contacto con toxicómanos porque su trabajo es al aire libre pero, evidentemente, dejó de relacionarse con ellos, al menos mientras han permanecido consumiendo. No pormenoriza aspectos concretos que retoma en su vida, pero apreciamos claramente que todo no es nuevo en su vida, sino que existen periodos en que su comportamiento era diferente y en los que se sintió feliz y satisfecho consigo mismo. Estas experiencias le permiten retomar aspectos positivos y rechazar los negativos y, a partir de ahí, emprender el camino de una vida nueva. El proceso de recuperación, en último término, consiste en mantener una elección a lo largo de tiempo; para que esto sea así las consecuencias del cambio tienen que ser gratificantes para el sujeto para que la conducta se consolide. La ganancia, en un principio sería la desaparición progresiva de todo el malestar y la insatisfacción acumulada pero, a medio y largo plazo, el individuo tiene que sentir que ha ganado algunas cosas importantes con su elección, como la autonomía e independencia.

El conseguir cosas que no había conseguido hasta el momento claro. Primero me compré un coche. El tener una pareja estable (que se había roto) y el conseguir independencia. Tener independencia. No depender, pues antes dependía de una sustancia y dependía de mis padres para poder vivir. Ahora estás trabajando y trabajas, te vas a disfrutar porque te vas a algún sitio, haces eso. Pero cuando estás consumiendo estás hecho., eres un vegetal ¿no? van pasando los años, van pasando los años y que va. Y vivir en todos los aspectos. (...) Si no hubiera dejado de consumir, seguramente, no estaría hoy hablando contigo.

En el momento de la entrevista hacía unos nueve años que había iniciado su proceso de cambio definitivo y percibe que tanto su conducta como sus cogniciones se han modificado. No obstante, tiene claro que en la actualidad los cambios acaecidos no obedecen exclusivamente al abandono del mundo de la heroína sino que atribuye un porcentaje considerable al devenir del tiempo. Es decir, el tener un presente satisfactorio en el que se siente emocionalmente equilibrado, con mayor

seguridad en sí mismo y en sus posibilidades y, en la forma de relacionarse con el entorno macro y micro social no es producto de haber abandonado el estilo de vida propio de la heroína, sino que también es producto de la madurez que, va obteniendo a través de la experiencia y el tiempo.

Haciendo cambios ¿no?. Pero, haciendo cambios, tanto en el tiempo, el dejar de consumir o por la edad ¿no?. Porque claro, los años van pasando, entonces, no sé yo si es por una cosa o por la otra ¿no? pero sí que se va viendo algún cambio. ¿En mi forma de pensar? Igual pienso igual como pensaba en algunas ¿no?, cómo pensaba antiguamente ¿no?

Dentro del proceso madurativo también se va produciendo una adaptación producto de una acomodación, ya que considera que muchos valores imperantes no son realmente valiosos para él. Considera que el individualismo, la competitividad, la prisa, el consumismo exacerbado, etc., no van con su forma de entender la vida sino valores más propios de su adolescencia como la solidaridad, camaradería, el compartir, etc., pero que se ve en la necesidad de acomodarse, en muchos aspectos, al modo de vida imperante en la actualidad para no ser tachado y visto como de diferente. Quizá, haber tenido una forma de vida diferente a la normalizada, le haga más difícil mantener actitudes más contestatarias o alternativas en la actualidad, por temor a que se confundan con su pasado.

Que no tienes más remedio que meterte en la rueda del acelerado y sino lo tienes claro, sino lo tienes clarísimo ¿sabes? Por muy sano y por muy poco consumista que seas de nada, como no estés ahí, te ponen la cruz y llevas la cruz a la espalda siempre. Es mi opinión

Estimamos que, durante todo el periodo post-abandono, ha tenido que sortear numerosas dificultades de la vida cotidiana e incluso estresantes que ha sido capaz de afrontar sin necesidad de drogas. Concretamente, durante el tiempo transcurrido entre las dos entrevistas para realizar su historia de vida, se separó de su mujer. El estrés producido por la ruptura de pareja, aunque es amistosa, influye negativamente en su estado de ánimo. Reconoce que incrementó el consumo de alcohol durante los días que siguieron a la separación. Él mismo critica su conducta y

refiere que está volviendo al uso social y moderado precedente. No obstante, refiere que en ningún momento ha buscado el refugio en el consumo de opiáceos, ni siquiera en derivados de la cannabis (hachis o marihuana) porque, a través de la experiencia, ha aprendido que el hachís es un factor de riesgo, ya que las recaídas siempre han venido precedidas del uso y mientras que el alcohol no.

Me hubiera afectado más si hubiese tomado la decisión de consumir alguna droga. Aunque el alcohol considero que es droga. Tomada en exceso, es malo como cualquiera.

Cuando acabamos las entrevistas nos dijo que pensaba que no se iba a acordar de nada y se ha sorprendido de lo que ha sido capaz de narrar. Este comentario, nos permite inferir que no le vienen a la conciencia experiencias de esta etapa, su pasado no interfiere en su presente y creía haber olvidado muchas experiencias y circunstancias.

Yo creo que te he contado un montón de cosas. Yo creía que no me iba a acordar de tantas cosas.

El proceso de cambio definitivo de José sigue un curso lineal pero dificultoso, en los que va sorteando y superando paulatinamente los obstáculos y contrariedades que se entrecruzan en la consecución de su objetivo final: vivir con dignidad. El último tratamiento, que consistió en una desintoxicación hospitalaria, programa de antagonistas corto y psicoterapia individual, viene precedido de una recaída tras un periodo prolongado de abstinencia en el que incluimos los aproximadamente seis meses que siguió un programa en Comunidad Terapéutica con profesionales. Las mayores dificultades no son tanto de integración social, porque no se había producido un deterioro social considerable previo, sino más bien de aceptación y de reconocimiento del cambio y la propia dificultad de adaptarse a una nueva forma de vida sin volver a cometer los errores anteriores como el volver con los antiguos colegas por no haber entablado otras relaciones satisfactorias. Todo el proceso de cambio transcurre en el mismo contexto que el consumo y tiene que afrontar tres dificultades interrelacionadas entre si: vencer el rechazo y desconfianza por parte de sus conciudadanos; tener que alejarse de los ambientes de consumo y de

los consumidores permaneciendo en el mismo ámbito comunitario y encontrar e integrarse en un círculo de relaciones alejado del mundo de las drogas que le sea satisfactorio. Con dificultad consigue nuevas amistades entre las que se encontrarían antiguos “colegas” que también han abandonado el mundo de las drogas. Tener el trabajo en su comunidad junto al mantenimiento del cambio de conducta provoca que paulatinamente, vaya ganando la confianza y el respeto de su entorno, siendo este reconocimiento, más o menos rápida, en función de la proximidad física (familia, compañeros de trabajo, vecinos, etc.) hasta conseguir quitarse la etiqueta de toxicómano y ser un miembro más en el seno de su comunidad.

Consigue rehabilitarse junto a su pareja, también toxicómana, que constituyó un apoyo y no un factor de riesgo de recaída. Considera que la mayor fuente de apoyo estuvo en su familia y, en menor medida, en la relación terapéutica. Como él dice lleva “una vida normal”, tiene un trabajo que le gusta con contrato indefinido, realiza tareas de su profesión de forma particular, tiene su vivienda y su familia, etc., y hace frente a las dificultades que la vida cotidiana le depara sin necesidad de recurrir a los opiáceos. El cambio le ha posibilitado un bienestar del que no disfrutaba, pero continúa sin comulgar con el modelo social imperante. Podemos decir que el pasado está olvidado pero no borrado de su memoria, lo cual le permite aprender (al igual que del resto de su experiencia vital) pero no necesita luchar ni utilizar estrategias, para vencer necesidades y deseos porque estos no existen. La huella de la heroína no forma parte de su presente (con sentimientos de amor o de odio) sino que se da más bien una actitud de desinterés y un alejamiento emocional con esa etapa de su vida.

C - Historia de MARGARIDA.

Éste también constituye un proceso de cambio singular que se caracteriza por una percepción de dificultades más bien escasa, cuando ya inicia la última fase del periodo de cambio de estilo de vida, que será el definitivo. Su etapa tóxica (que se inició entre los 19 o 20 años) fue especialmente problemática, porque a través de su pareja se vió inmersa en el mundo de marginalidad y delincuencia, vinculado a toda la problemática propia de la heroíomanía. Abandonó el domicilio paterno al final de la adolescencia para ir a vivir con su pareja toxicómana y con el que tenía una hija en común. Durante todo el periodo estuvo sometida, viendo mermada su capacidad de toma de decisiones y su autoestima ya que lo único que se le pedía era obediencias y

sus iniciativas no eran reforzadas y, frecuentemente eran castigadas. Cometió y, más frecuentemente, colaboró en la comisión de actos delictivos para obtener dinero, un tiempo después de iniciado el consumo de opiáceos. Sus valores y su conciencia le hacían sentirse culpable pero, al mismo tiempo, se veía incapaz de escapar de la situación e imponer su voluntad. Probablemente, el periodo de tiempo que permaneció en el mundo de la heroína hubiese sido más corto si no hubiesen existido las amenazas contra su familia (que ella sabía que no eran sólo palabras por como actuaba con otras personas) y las agresiones que ella misma era objeto, por parte de su pareja para continuar la relación y el mismo estilo de vida.

El tratamiento definitivo se produce estando en prisión, un lugar en cierto modo protegido del uso de drogas y donde podía hacer un estilo de vida diferente no sometido a la presión de su pareja. Refiere haber seguido los programas de tratamiento de las drogodependencias orientados a la abstinencia que se ofertaban en el centro penitenciario, junto a otras actividades de inserción social que le permitía mantenerse apartada de los grupos de toxicómanos que estaban más ocioso y ganarse un pequeño sueldo.

Sí pues me n'anava a lo de ¿com se diu?, toxicómanos ¿no? i jo allí, pues eixia a tots els puestos, per tal de no estar en el pati, on estan tots sentats. Pues jo m'en anava a lo que fóra.

Aunque siguió un programa para toxicómanos en prisión, no existe una percepción de apoyo o ayuda por parte de tratamiento o, más bien no identifica el programa con un tratamiento y le atribuye el mismo valor que a otras actividades del centro penitenciario que la mantenían alejada de ambientes menos propicios. Quizá porque no tomó, o tomó durante muy poco tiempo algún tipo de fármaco, quizá por el propio contexto carcelario que dificultara la relación terapéutica o por la creencia extendida de que todo tratamiento implica la ingesta de algún fármaco. La estructura carcelaria, con todas sus carencias, constituye un espacio propicio y es percibido como un entorno favorable que le posibilita un cambio que ella valora como positivo y satisfactorio. De hecho, los periodos de tiempo que permanece en prisión, ha estado abstinentes y cuando su pareja está en prisión y vuelve con su familia también consigue desintoxicarse, comenzar a trabajar y normalizar su vida. La situación era tan insostenible, tan angustiosa, tan agobiante, tan dramática, tan sin sentido que se

sentía más libre estando en prisión. El encierro obligatorio era un refugio para ella, porque el propio régimen penitenciario la protegía de la influencia de su pareja, se sentía más segura y, de alguna manera, podía organizarse una vida para ella satisfactoria.

I res, però a mi me donava igual perquè pa estar en el carrer, jo estava més bé en la càrcel que... De deveres, jo esta última vegà quan me digueren que tenia que anar-me'n de la càrcel agarrí uns plors, perquè m'haguera quedat allí pa tota la vida ¿no? (...) Es que estava molt bé. Era..., és que crec que com portava la vida que portava, pues ahí estava de bé, que no... I claro, después jo tenia por d'eixir. ¿De ma casa, de si me volien? Ma mare s'havia casat, jo dic ¡guau! –ara jo vaig a anar allí, jo que sé, ¿ma mare no me voldrà? ¿no? tot això i no sabia que fer quan ixquera ¿no? però per sort tot va eixir bé.

Consiguió desintoxicarse, deshabituarle y con las limitaciones propias del sistema carcelario, organizarse una vida satisfactoria, pero sólo tuvo la íntima seguridad que el proceso de cambio se consolidaría cuando supo que su pareja había fallecido. Apreciamos, a través de su relato, que hacía varios años que estaba preparada para abandonar el consumo y poner fin a la espiral de degradación personal y social en la que se veía inmersa pero la presión a la que se veía sometida a través de agresiones, amenazas, chantajes, unido al amor romántico de adolescente hacia su pareja (que propició que le diera alguna oportunidad más con la promesa de que iba a cambiar) le incapacitaban para escapar de esa situación. El malestar, la frustración, los sentimientos de culpa, etc., hacen que la situación sea dramática y los deseos de acabar con ese estilo de vida intensos; a todo esto, añadido al fallecimiento de su pareja hace que tenga la seguridad que no va a volver al mundo de la heroína pero, al mismo tiempo, siente temor porque no sabe muy bien como va a orientar su vida en un entorno en cierto modo desconocido.

Perquè jo ja estava cansà ¿no? i ell se n'anà i jo ja no el torní a vore perquè després va morir ¿no? i quan me digué la meua germana que va morir diguí: ara sí que ja. I als dos o tres mesos ixquí de la carcel.

Cuando sale de prisión, todas las dudas e incertidumbres respecto a su futuro y a como sería recibida por su comunidad se van despejando. En primer lugar, aprecia como su familia está dispuesta a ayudarle y a darle otra oportunidad: su madre (que tiene la guarda y custodia de su hija) y el marido de ésta la acogen en su casa y cuenta también con el apoyo de su hermana. Podemos decir que a partir de este punto, el proceso de cambio comienza a ser más fácil y gratificante. Progresivamente, fue ganando la confianza de su familia y de su entorno al observar como la conducta se modificaba y los cambios se iban consolidando.

Claro, quan ixquí me n'aní a ma casa ¿a on me n'anava a anar?. Després me n'aní en la amiga i ja ma mare pues, veia que jo feia coses i tot. I ja poquet a poquet pues m'apoiaren més, més, hasta que al final ja seria bona xica.

Margarida también responde al prototipo de mujer maltratada: sumisa, obediente, que llega a creer que no vale nada y que, en parte, es merecedora de lo que le pasa. Su autoeficacia y su autoestima eran escasas porque durante su etapa de consumo y de relación de pareja se vió totalmente anulada por su pareja, no tomaba decisiones, ni asumía responsabilidades y llegó a creer que no sabía hacer nada o que lo que hacía no era importante ni valioso. Tras estar un tiempo viviendo con su madre, decide irse a vivir con una amiga y hacerse cargo de la casa y de las hijas de ambas, lo cual es vivido como una experiencia muy positiva que la llena de satisfacción, por ver que es capaz de asumir responsabilidades, al tiempo que también va iniciando la actividad laboral, haciendo trabajos domésticos a domicilio.

Pues quan ixquí me n'aní a viure en una amiga i ella tenia dos xiquetes ¿no? i la meua tres ¿no? (...) I ella se n'anava a treballar i jo m'encarregava de la casa, i jo a fregar cases. I jo de vore que portava eixa casa i a les seues filles i a ella i a la meua ¿no? i jo me veia que jo podía ¿no?

Considera que ha tenido una extensa red de apoyo cuando salió de prisión y comenzó su cambio de estilo de vida en su comunidad: familia, amigos, médico, su pareja, etc. Valora en gran medida la ayuda de un ex-toxicómano, que constituyó una fuente de apoyo primordial, especialmente en su reinserción laboral: le buscó los primeros trabajos y le facilitó poder encontrar el que tiene en la actualidad. Refiere que

no era una persona que permaneciera vinculada a grupos de autoayuda o a tareas de apoyo a toxicómanos, pero que se volcó en ayudarlo. Lo atribuye a que quizá, como su hermano también le ayudó a él cuando se rehabilitó, se sentía de alguna manera en deuda y era una forma de agradecerlo. Posteriormente, siguieron relacionándose y conservaron la amistad siendo esta una de sus nuevas amistades.

Ell m'ha ajudat moltíssim ¿no? Perquè es que quant ell també estava ficat en la droga pues el meu germà també l'agarrà i li ajudà a llevar-se ¿no? (...) jo crec que ell con si li deguera algo al meu germà i volia ajudar-me a mi ¿no? perquè es que m'ajudà mogollò a tot. Açò m'ho buscà ell, fregava sa casa, fregava la casa de Felix, tot això m'ho anava trovant ell.

Apreciamos como, en la medida en que el curso de la recuperación avanza, se va ampliando el círculo de amistades fuera del mundo de la heroína, se va incorporando al mercado laboral y la desconfianza inicial de su familia se va disipando. El que su entorno se percatará y que valorará sus cambios es percibido como un apoyo para perseverar en su proceso de recuperación.

En ma casa tots i ací Felix. Bueno yo ya estaba llevà però vullgues o no el apoiarte i tot aixó. Albert ha sigut molt també pa mi i l'amiga esta Esperanza.. Bueno és que jo també quan ja vinguí, quan ja ixquí de la càrcel, jo ja estava aixina molt convensuda de que jo no volia tornar ¿no? O sea, que.., però sempre necesites un poquet d'ajuda ¿no? Perquè pa que confien en tu en casa costa molt ¿no? Lo que passa és que ja ma mare al vorem i tot això ja pues poquet a poquet ja s'anava fiant més de mí.

Su mundo era tan cerrado, su universo de relaciones tan restringido y su vida tan monótona, que su nuevo estilo de vida y el nuevo círculo de amistades le posibilitaron descubrir multitud de pequeñas cosas cotidianas que la sorprendían y la maravillaban. Conservaba la capacidad, propia de la infancia, de quedar boquiabierta, reaccionar con sorpresa y curiosidad ante las nuevas experiencias y conocimientos. Cuando consigue salir al exterior, visitar otras ciudades, ver otros paisajes, acudir a espectáculos, museos, reuniones, etc., todo le resulta maravilloso. Disfrutaba, se sentía bien con las novedades porque con anterioridad había estado encerrada en un

mundo complicado y urbano, que le aburría, que siempre era los mismo y que, en definitiva, no le era nada gratificante

Pa mi ha sigut tot, perquè jo ara ho estic vivint tot. Ara ho veig que antes no ho veia res. Antes era sempre lo mateix, sempre lo mateix. (...) Com quan se n'anàrem de viatge allí, i clar tot lo que veia era nou i tot. Se n'anàrem a un riu i jo que sé, en qualsevol tonteria jo m'ho passava bé ¿no?. No sé. És que no sé com dir-t'ho. A on fóra ¿no?, a la plaça, tot ho mirava, l'iglesia ¡Veia l'iglesia! Pues tot m'agradava.

Las ganancias que se va experimentando con el cambio son considerables, tanto personales como en el ámbito de las relaciones. Podemos decir que, en general, la superación de cualquier problema repercute positivamente en la percepción de uno mismo, lo mismo ocurre con el resto de nuestros interlocutores que consiguen recuperarse, pero la mejoría en la autoestima de Margarida es mucho más evidente porque está más deteriorada al verse influida por otros factores. Vemos como, a partir de esas nuevas interacciones, también se va produciendo una reconstrucción de su "self" a partir de los cambios cognitivos y la interiorización e identificación de nuevas pautas de conducta que se ven reforzadas y valoradas por su entorno más cercano. Apreciamos como su autoestima estaba muy deteriorada porque no era valorada como persona, ni dentro del mundo de la heroína y, por supuesto, tampoco fuera. Es especialmente la acción de su pareja, que la maltrataba, la influencia definitiva en su baja autoestima. No debemos olvidar que si una conducta es castigada tiende a extinguirse y la valoración y la imagen que tenemos de nosotros mismos está mediatizada por los otros significativos. En la medida que sus actuaciones son reforzadas, sus opiniones tenidas en cuenta y reconocidas sus cualidades van aumentando su autoestima y su satisfacción de logro.

Calla, o perquè jo tot ho feia mal ¿no? N'hi haguè un moment en que jo ja ¡pues vale! pues lo que me deien ho feia i ja està. N'hi hague un moment que jo, quan escomencí a treballar ací pues me costava parlar en la gent, i me costava molt parlar en la gent, porque com he estat sempre: pues lo que diga la gent és ¿no?(...) Però ara, poquet a poquet, pues ja vaig fent cosetes (...) però sí. Però jo ara sí sé que puc fer lo que jo vullga, lo que me plantege jo

crec que puc fer-ho. (...) Además quan faig una cosa molt bé ho dic però mil vegades

En este sentido, nos narra como su actual pareja (cuya actuación es diferente al de la primera) le arenga para que haga cosas, le refuerza sus logros y su actitud ante la vida y le da ánimos para que crea más en ella y en sus cualidades. La actitud de su entorno junto a los resultados de sus actividades y los logros conseguidos en su vida han repercutido positivamente en su autoestima. Su actual pareja, además de suponer un apoyo importante en la consolidación del cambio de estilo de vida, ha sido también un valuarte significativo en el incremento de su autopercepción de eficacia y autoestima.

Pues jo no sabia fer res, pues porque mai me deixaben fer res, pues jo me veia anulà, hasta que ara Felix me diu: pues tu sí que saps fer-ho, perquè jo enseguida dic: jo no sé fer això (...) però porque no he provat, perquè antes no feia res.

Progresivamente va encontrando trabajos que le permiten ser autosuficiente hasta tener en la actualidad un empleo con contrato indefinido en el ramo de la hostelería. Aunque le gusta su trabajo, vemos como con el paso del tiempo y en la medida que su cambio se ha consolidado, se va haciendo más selectiva y ya no todo es maravillo por ser nuevo y por sentirse útil, como lo sentia en un principio. Al estar ya integrada en la sociedad, considera que también tiene derecho a aspirar a un trabajo en otro sector con un horario que le permita ocuparse mejor de su hija. Está a gusto en su trabajo, las condiciones laborales son buenas, su desempeño es valorado pero considera que, en este momento, le complacería más otro trabajo porque éste le ocupa muchas horas y la mayoría de ellas son cuando la hija está libre.

El treball sí. M'agradaria trobar un altra cosa perquè açò es tot el dia ací i no disfrutes molt ¿no? i a mí ma'agradaria pues estar més en la xiqueta i tot això, perquè la xiqueta té molt de recel de mi.

El periodo post-abandono constituyó un continuo progreso en su integración y normalización social: tiene pareja estable, se ocupa de su hija, un trabajo fijo y, en

general, se siente satisfecha con su vida. La satisfacción de logro y la percepción de ganancia por el cambio son evidentes pero, el saberse portadora del VIH desde hace varios años influye negativamente en su vida. Conocer que es portadora del virus es “una espada de Damocles” que la angustia y el temor se reagudiza cuando fallece alguien cercano y observa el sufrimiento que precede y acompaña la agonía hasta el fallecimiento. No es tanto el temor a la muerte, a desaparecer sino al tipo de muerte que les espera. Aunque los facultativos le dicen que no todos los óbitos son así, sí que lo han sido los de las personas de su entorno, lo cual le hace dudar de la veracidad de la información que le proporcionan. Es capaz de afrontar y sortear las numerosas dificultades de la vida cotidiana, la ansiedad anticipatoria y el estado de ánimo depresivo (producto del temor a la muerte por SIDA) sin necesidad de drogas resulta evidente.

Pues depressió (...) Damunt te diuen: es que tu, açò no passa sempre. Però si estas mirant-tho, com me vas a dir que a mi no me pot passar ¿no? i és això que té vas ficant i dius ¿guau!. Pues quan.., lo que passa sempre. Que sí ho estàs mirant. Jo estaguí sis mesos gitant-me en ell i tot, dia i nit ¿no? (...) lo mateix que en Albert, va ser lo mateix i com me digueren que a tots no es passa igual i veig, que als dos es passa igual.

Cabe añadir que, durante el tiempo que estuvimos haciendo las entrevistas, también estaba luchando para conseguir no tener que volver a ingresar en prisión por una causa que tenía pendiente de su etapa de vida en el mundo de la toxicomanía y la delincuencia habitual. Como ya vimos, la comisión de actos delictivos; robos y atracos le provocan disonancia cognitiva porque consideraba que eran conductas que vulneraban la integridad física y la propiedad de personas, extremos que chocaban de frente con sus actitudes y valores generándole malestar psíquico. Se define a sí misma como una persona generosa, empática, sensible, respetuosa con los demás y que siempre fue así, incluso cuando estaba bajo los efectos de las drogas o con el síndrome de abstinencia. Nos cuenta cómo, en general, las demás personas le dicen que es muy generosa, amable y complaciente con los demás y que, incluso, puede que algunas personas se aprovechen de su bondad y de su sensibilidad ante el sufrimiento ajeno.

Jo ho donaria tot. Es que no sé com dir-t'ho. Jo no sé. Moltes vegades he anat a València he vist pobrets i no m'he comprat res perquè ho he repartit tot entre ells. Una cosa que te puc dir, però es que tot. Además Felix me diu que sóc una ONG ¿una ONG?. Una ONG andante me diu, perquè ho done tot, tot, tot. Sóc tan tonta que a vegades me faig mal a mi mateixa i tot perquè..., perquè sí, perquè sóc molt bona.

Percibe que su vida ha tenido un cambio tan radical, tanto que sólo tiene recuerdos ocasionalmente, cuando se mete en la cama y deja vagar su mente antes de dormir. No hay pensamientos positivos, ni sentimientos de pérdida, ni ningún atisbo de recuerdo positivo o de añoranza de las sensaciones positivas de los efectos. Sí que tiene recuerdos de su etapa de consumo pero en comparación con su situación actual, ésta le resulta en líneas generales más satisfactoria. Al mismo tiempo y en otro momento nos plantea la paradoja de que no entiende ni acepta que haya personas que sigan tomando droga, cuando ella lo ha hecho y tendría que entenderlo y siente cierto rechazo y evita cualquier tipo de contacto con ellos.

Tot ha canviat. La veritat es que ja no. Soles m'enrecorde de l'atra vida quan me gite que.. ¿no? a vegades penses ¿no? (...) No vullc pensar en l'atra vida" (...) Me molesten a mi. No sé, m'agradaria, però és que no. Ara jo no sé per què, però, jo no ho entenc per què fan això. ¡Mira!

En resumen, podemos decir que su situación era ya tan dramática y tan insoportable, tanto o más por los malos tratos, menosprecio y las humillaciones a que era sometida por parte de su pareja que por las consecuencias propias de la dependencia a opiáceos. Hasta tal punto es insostenible, que prefería la estancia en prisión, donde se sentía protegida y segura y, con mayores cuotas de libertad. Es durante su última estancia en prisión donde comienza, alejada de las presiones del entorno y de su pareja, el proceso de desintoxicación y deshabituación que será el definitivo. En esta ocasión, la recuperación se consolida en gran medida además de por la motivación porque su pareja ha fallecido y puede replantearse sin presiones un cambio de estilo de vida en su entorno habitual.

El alto grado de marginalidad en que se vió inmersa, el inmenso sufrimiento físico y psíquico experimentado junto a la vida rutinaria y falta de nuevas experiencias durante todos estos años, hacen que los acontecimientos de su nueva vida ella los viva con deleite. Cualquier actividad cotidiana y las nuevas experiencias, por ínfimas que fueran, fueron vividas con gran satisfacción y entusiasmo. Descubría con asombro que era capaz de realizar actividades socialmente aceptadas y que en su entorno existían cosas maravillosas que desconocía. La euforia que experimenta durante este periodo hace que las dificultades apenas fueran percibidas y que cualquier pequeña cosa le complaciera.

Cuando comienza su proceso de recuperación, su autoestima, autoeficacia y autoimagen están destrozadas, producto especialmente de los continuos maltratos físicos y psíquicos a que es sometida. Las nuevas experiencias e interacciones sociales van estimulando cambios cognitivos y la interiorización e identificación de nuevas pautas de conducta que al ser reforzadas y valoradas por los otros significativos, repercuten en la reconstrucción positiva del "self".

Se siente apoyada especialmente por su familia, por amigos que tenía y los nuevos que halla, (entre los últimos un ex-toxicómano que le ayuda en su reinserción laboral), por su pareja y por el médico de atención primaria. Apreciamos como su autoestima estaba muy deteriorada, porque su desvalorización personal, tanto en el entorno de la heroína como por supuesto fuera del mismo era considerable. La satisfacción por los, a veces, minúsculos logros que va consiguiendo y por los cambios que van aconteciendo en su vida, resulta evidente, no obstante, en la medida que el cambio se consolida, aún estando satisfecha, considera que se va mereciendo algo mejor. Por ejemplo, que un empleo en otro sector mejoraría su calidad de vida y que prefiere luchar para estar libre y no volver a prisión aunque en su momento prefería la seguridad de la cárcel.

Nos encontramos ante una persona generosa, sensible, empática., que durante un periodo prolongado de su vida estuvo vinculada al mundo de la delincuencia. Apreciamos como su conducta delictiva no obedece a una personalidad antisocial o a provenir de medios ligados al mundo de la delincuencia, sino que se vió inmersa en una espiral de violencia y marginalidad que le disgustaban. El sufrimiento que ella sabía que causaba a las víctimas de sus robos y atracos, la entristecían y amargaban tendiendo a refugiarse en el consumo para calmar su conciencia.

Además de los años de abstinencia y el estar totalmente desligada del mundo de las drogas tanto conductual (pareja no toxicómana, trabajo fijo, buenas relaciones sociales) como a nivel emocional (no rememora imágenes, ni experiencias positivas). Es la forma de afrontar las dificultades de la vida cotidiana lo que nos indica que el proceso de cambio está consolidado y la reinserción social concluida. Estresores agudos, que desencadenaron problemas emocionales, como el fallecimiento de un amigo por SIDA y la petición de un ingreso en prisión, los afronta de una forma saludable, sin necesidad de recurrir al uso de opiáceos.

D - Historia de JUAN.

En este caso, el último proceso terapéutico es más dificultoso y el nivel de satisfacción y percepción de eficacia del tratamiento son dispares. Aunque cuando se inicia el programa de tratamiento está motivado al cambio y decidido a abandonar el mundo de la heroína, la evolución en el programa es desigual y lo finaliza solo, autodesintoxicándose de la metadona cuando estaba en la etapa de reducción progresiva, sin ayuda facultativa. Es durante la década de los sesenta cuando los programas de metadona son desarrollados en los Estados Unidos, no es hasta los ochenta cuando se iniciaron en nuestro país (dentro de los abordajes eminentemente paliativos), cuyos objetivos inmediatos eran la reducción de daños sociales y sanitarios derivados de la heroínomanía. Los requisitos, para comenzar un programa de mantenimiento, a principios de los noventa en los inicios del programa, eran varios y considerablemente más restrictivos que en la actualidad. Además que un médico autorizado que la prescribiera, había que tener certificados, al menos, tres tratamientos anteriores y/o ser VIH+ y/o ser una mujer embarazada. El programa estaba destinado a toxicómanos de larga evolución, con problemas de salud derivados de la toxicomanía que habían fracasado en tratamientos orientados a la abstinencia, en los que se prima la preservación de la salud pública y mitigar la alarma social, por el incremento de la delincuencia asociada a la toxicomanía. Una vez iniciado los programas, existían toda una serie de incentivos para premiar la buena evolución, el más utilizado es el (take-home) dosis para llevar a casa, cuyo criterio principal era la abstinencia y cuyo castigo será la pérdida del incentivo o la no consecución del mismo.

Tuve que estar dos veces ingresado en clínico (en la unidad de desintoxicación) presentar un papel como que había estado en otro centro

(...) con tres que presentes sobra. Luego, qué más me pidieron, la cartilla de la seguridad social y recomendación de uno de los médicos que es uno de los últimos sitios que he estado, te hacen una carta como que eres una persona que lleva x años enganchada (...) Tienes que rellenar unos cuestionarios y presentar unos análisis.

La evolución en el programa fue desigual y podemos decir que fue positiva a partir de la recaída en mitad del tratamiento. Como ocurre a menudo, la recaída vino precedida por el abuso de otras sustancias, en este caso la cocaína. Es frecuente que los individuos que abandonan la heroína minimicen o no perciban como problemáticos el uso de otras sustancias. Por otra parte, no debemos olvidar que la metadona supone una compensación biológica de la heroína (evita el síndrome de abstinencia) pero no excluye la necesidad psíquica de sentir sus efectos positivos, “colocarse”.

Pues entre el 90 y el 92. Año y medio o dos años, porque tuve una recaída muy fuerte en medio del tratamiento muy fuerte, muy fuerte. Vamos, estuve peor que nunca en mitad del tratamiento. (...) y nos enganchamos que yo en un mes y medio casi me muero. También tuve un susto, también de salud, una sobredosis y otra vez, entré en tratamiento.

La centralización de la dispensación de la metadona, en un único dispensario al que tenían que acudir diariamente, o dos veces por semana, hace que se organice, alrededor del centro, un espacio de reunión de toxicómanos (que están siguiendo el programa y otros que no) dificultando el acceso, con frecuentes reyertas, originando un círculo de tráfico de drogas a pequeña escala. Los usuarios del programa tienen que acudir personalmente y se encuentran cada día (o dos veces por semana, si la evolución es satisfactoria) con este ambiente y estas dificultades para retirar el fármaco. Esta circunstancia tiene connotaciones negativas, tanto por la propia seguridad personal como por ser un factor de riesgo de recaída y es la que le decide a concluir en solitario el programa y a abandonar también el tratamiento en el centro prescriptor.

Pues en principio el trato por parte de los asistentes y de los médicos era bueno, lo que no encontraba yo bueno era el ambiente que encontraba el día

que me tocaba ir a la metadona, desde que llegaba a la calle hasta que llegaba al punto, a la ventanilla que me tenían que dar la metadona. Pues eso, se me ofrecían una serie de drogas de las que yo me quería desenganchar, veía una serie de gente, pues que en estas circunstancias ni era bueno que me vieran ni era bueno que yo los viera ¿no?

Cuando decide cortar la relación con el servicio ambulatorio y dejar de tomar la metadona, era consciente que la dosis que estaba tomando no era muy alta porque hacía bastante tiempo que habían comenzado la reducción progresiva. Cuando comunica su intención, los médicos le aconsejan terminar y le indican que iba a tener síndrome de abstinencia. No obstante, sigue adelante con su idea y la desintoxicación de la metadona vino precedida por los síntomas de la abstinencia que duraron casi un mes, pero que se fueron progresivamente mitigando, en la medida que pasaba el tiempo, siendo menos intensos y frecuentes, lo cual le reforzaba a proseguir en el intento, así como el pensar que, en un mayor o menor periodo de tiempo, iba a desaparecer completamente. A pesar del sufrimiento, valora la experiencia como positiva en tanto que era consciente que lo iba a pasar muy mal pero que era su decisión y su sacrificio. Tenía la convicción que era capaz y que era cuestión de tiempo el que se fueran mitigando los síntomas hasta desaparecer totalmente.

Iba al psicólogo y a parte me rebajaban mi dosis. Lo que pasa que hubo un día que dije: que no, que me lo dejaba. –Igual lo pasas un poco mal- y yo le dije: me da lo mismo me da lo mismo, pasarlo mal, me hago la idea que tengo una gripe de estas que me va a durar, no sé el tiempo, que me va a doler de todo. Yo mismo me autoconciencí ¡vas a tener un pavo. (...) pero mira, creo que fui masoca, encontré a ese dolor un placer a ese decir ¡Hostia! Sé que se me irá, sé que dejaré de mearme, dejará de salirme..., de moquear. Sé que cada vez será menos.

Una vez concluida la desintoxicación de la metadona, aunque sigue viviendo en su propia casa, comienza a relacionarse con sus padres y sus hermanos con los que no se trataba desde hacía años. Vemos que, como en el resto de los casos, la familia está dispuesta a retomar la relación y a ayudar al individuo a restablecerse en el momento en que se produce un acercamiento y se evidencian cambios

comportamentales y en el estilo de vida que resultan incompatibles con el uso de drogas.

Me desenganché, empezaron a verme bien, empecé a tener relación con mis hermanos, incluso vinieron mis padres a verme a la casa donde estaba. Les llamaba yo y les dije: venir y tal. Eso fue una vez que empezaron a ver que estaba desenganchado, que estaba bien, que estaba haciendo cosas, que me salían bien las cosas. Y empecé a venir a casa más, como cualquier hijo que viene, que va a ver a sus padres.

Durante la mayor parte de su etapa tóxica vive con su pareja no-toxicómana y, prácticamente, no mantiene ningún contacto con su familia (padres y hermanos) con los que las relaciones estaban muy deterioradas. Esto ocurre a raíz del comportamiento derivado de su conducta adictiva y de su frustración y rabia tras su experiencia en la comunidad terapéutica, no profesional y tutelada por ex-toxicomanos, donde ingresó a petición y por presión de los padres. Un tiempo después de la desintoxicación, decide romper con su pareja tras una relación de siete años porque se da cuenta que su relación se sustentaba en su dependencia emocional, física y, a menudo, económica de su pareja. Percibe que no había una presión hacia el consumo pero tampoco un apoyo real para el abandono (aunque en algún tiempo así lo creyó), no ponía límites a la conducta, sino más bien le aliviaba el sufrimiento y las consecuencias negativas del consumo. Considera que su relación estaba estancada y que se sustentaba en la supeditación a su pareja por las circunstancias propias de la heroínomanía, que hace a los individuos muy vulnerables y dependientes.

Primero mi relación con Justo de siete años (siendo toxicómano) hasta que me desenganché. Cuando me desenganché fue cuando lo dejé también porque creía que..., creía que él me ayudaba, pero lo que pasaba es que con él siempre estaba estancado. O sea, con él ni iba peor ni iba mejor pero estaba siempre en el mismo rollo (...) dependía mucho de él, cuando estaba malo y tal y cual. Pues parece que esa relación a él, un poco le gustaba. Siempre lo pensé. Así podía hacer también, un poco lo que quiere.

Todos nuestros interlocutores verbalizan una alta percepción de apoyo por parte de su familia (padres, parejas, hermanos, etc.) y consideran este apoyo como fundamental en el curso de su recuperación. De otras historias trasluce la percepción del apoyo y el efecto amortiguador del malestar, pero solo Juan manifiesta abiertamente y admite con rotundidad, que es consciente que sin el apoyo de su familia, no hubiese podido concluir el proceso de cambio. A pesar de que siguió viviendo independiente, tras abandonar el tratamiento y autodesintoxicarse, considera que si no hubiese retomado la relación con su familia y ni contado además, con la ayuda y el apoyo de amigos, pareja y conocidos no habría podido mantener la abstinencia a largo plazo, ni consolidar su cambio de estilo de vida.

Claro cuando me desenganché no curraba ni nada, entonces comencé a venir a comer a casa, eh..., empecé a hablarme con mi cuñada (que no me hablaba durante años) porque mi hermano y yo teníamos muchas broncas muy fuertes. (...) y, a última hora, yo me quedé desenganchado porque mis padres me ayudaban, porque tuve a mis padres, a mis amigos, a mi pareja y a mucha gente que creía en mí.

Apreciamos como, en la primera etapa de la deshabituación, hay un sentimiento de estigmatización y de culpa, en el sentido más moralista del término. La valoración moral que realiza tanto de su etapa tóxica como de cambio, hace que perciba el periodo de adicción como pecaminoso, en muchos sentidos, y que esto le fuera recriminado sutilmente por las personas que conocían su pasado o porque su apariencia le delataba. Esto evoluciona a querer reparar el daño por medio de buenas acciones, a modo de penitencia, para devolverle a la sociedad todo lo que le había sustraído durante su etapa de consumo. En los momentos más complejos de la recuperación es cuando comienza a chocar de frente con la cruda realidad, en torno a las relaciones que ha roto, el sufrimiento que ha podido provocar en personas del entorno, adoptando una conciencia crítica cimentada en la moralidad. Estos sentimientos van siendo superados, y comienza a reparar y tener una conciencia más globalizada de su situación y su experiencia, no en términos de bueno-malo, sino analizando su conducta en un entorno social y en unas circunstancias personales específicas de desarrollo.

No es que la gente dijera: está bien este chico o tal, pero yo siempre me sentía como mirado, ¿no? siempre. Y luego hubo una época que todo lo contrario, que creía que tenía que hacer cosas para agradar a los demás siempre. Me lo tenía que currar: ahora me lo tengo que currar mucho y ser muy detallista y, un poco, devolver (devolver a la sociedad) bueno sí, devolver a la sociedad todo lo que yo le había quitado ¿no?, todo lo malo que había sido. Y luego me he dado cuenta que para nada.

Del último programa de tratamiento, ya hemos visto que son las condiciones de la retirada del fármaco las que le impelen a dejar el tratamiento. Las relaciones con el equipo terapéutico del centro prescriptor eran pertinentes, correctas, no hay quejas pero tampoco relata nada positivo, en la relación que nos permita inferir que ésta fuera percibida como una fuente de apoyo. No obstante, sí refiere haberse sentido muy apoyado por un asistente social, con el que entró en contacto una vez desintoxicado y que le ayudo a resolver toda una serie de cuestiones burocráticas y con el que sigue manteniendo algún contacto personal o telefónico.

...y un asistente social que curra en el clínico que es diez, es diez personas a la vez para mí. (...) yo llegué de inexperto (yo llegué y no sabía nada de la vida) a él. O sea, que un destarifao y él fue quien empezó a decirme: por aquí, por allá, para todo arreglo..., hazte la cartilla de la seguridad social.

Cuando se detiene a analizar su proceso de recuperación, se da cuenta que en los albores del mismo, ante las dificultades tendía a barajar la posibilidad de volver a tomar heroína, pero pasa por un punto en que es consciente, que es capaz de afrontar las dificultades y solucionar los problemas de la vida cotidiana sin necesidad de drogas y, finalmente, llega el momento en el que, incluso deja de barajar la posibilidad. Al inicio del proceso de cambio tenía que utilizar todo el repertorio de recursos cognitivos y conductuales que disponía junto con los logros alcanzados, los apoyos recibidos para afrontar los problemas sin recaer, pero en la medida que el curso del cambio avanza y se cimienta deja de tener la necesidad de utilizar estrategias de afrontamiento para evitar las recaídas hasta que, finalmente, se estabiliza en su nuevo estilo de vida en el que el uso de heroína deja de formar parte.

Se acabó y lo pasé fatal, cuando se acabó fatal, fatal. Nada ni se me ocurrió ahí..., con Jovi ya ni se me ocurrió, ni me planteé volver a las drogas. Así como con Justo tuve una crisis, cuando deje a Jovi fue ya: pues nada chico, di que sí, lo paso mal y ya pasará. Fue cuando me metí a estudiar, me metí a hacer otras cosas y ya no pienso nunca en las drogas cuando estoy mal ¿no?

En este caso, encontramos cómo ha sido capaz de enfrentarse de una forma adaptativa a un estresor agudo que trastocó considerablemente su vida presente y sus proyectos de futuro: el ser diagnosticado como VIH+. Cuando ya había sido capaz de reorganizar y reorientar su vida, haber sorteado las dificultades acontecidas durante su recuperación, ser autosuficiente y autónomo e, incluso, haber aprobado el acceso a la Universidad para mayores de 25 años y estar cursando unos estudios técnicos medios, tiene que afrontar su seropositividad. En el momento de la entrevista estaba siguiendo un tratamiento farmacológico que completaba con una dieta y reposo, para una bajada de las defensas, y estaba viviendo en el domicilio de los padres. Durante la primera entrevista, su estado de salud ya era mejor, pero en las sucesivas, estaba muy contento porque la mejoría continuaba su curso y estaba próximo de estar en los límites normales.

Yo me enteré hace dos años, llevaba sin tomar heroína, sin pincharme seis años y con una pareja estable siete años cuando lo dejé. Pasaron dos años de no estar con él fui, a hacerme unos análisis y me hice el análisis y me dijeron que era seropositivo. Estoy muy mosqueado con el tema porque por vía intravenosa yo no he cogido los anticuerpos y por vía sexual no sé, tiene que haber sido con mi expareja (...) cuando me lo dijeron fue un palo, pero no tenía ganas de morirme ni de volver a las drogas. Me puse muy mal, porque estaba ya haciendo la carrera.

Aunque no sigue vinculado, ni laboral ni como voluntario, a tareas de intervención con toxicómanos, en grupos de autoayuda o monitor en centros de rehabilitación, sí ha estado disponible para ayudar a otros individuos que están comenzando a recorrer el camino del cambio. El conservar la relación con el Trabajador Social y el que estuviera viviendo en un medio rural, con un estilo de vida alternativo y su propia disponibilidad, le permite el poder ayudar a toxicómanos en vías

de recuperación. Su estilo de vida alternativo, muy en contacto con la naturaleza, reivindicativo, solidario, generoso, por lo que se siente muy satisfecho de poder ayudar, aunque de forma indirecta, a otros toxicómanos, al igual que a otro tipo de persona. Así mismo, tal como él se define, es una persona poco dada a los cumplidos y a las muestras de agradecimiento y estas actividades le permiten, de alguna manera, agradecer la ayuda que él recibió en su momento.

Me ve tan bien, me conoce diez u once años de verme de todas las maneras, de todos los colores. (...) Así que a veces me llama: mira que tengo una gente toxicómana, que son muy majos y tal y se quieren desenganchar de verdad. Mírame tú alguna casa de turismo rural donde.., o deja a alguna compañera para que me llame, mira por si esos amigos que conoces en aquella comuna de allá pueden quedarse, o un chaval que de verdad tiene ganas pero le hace falta campo o no sé cuanto o tal. Y yo también me siento bien, ¡hay que guay! ¿no?. Me das la oportunidad de que te devuelva ¿no? el favor. Porque, a mí eso del peloteo o llevarle un regalo, a veces lo llevaría pero tiene que ser tan del corazón.

El diagnóstico de VIH supuso un duro golpe y un revés considerable en su vida, no obstante, advertimos que lo que para muchos individuos supone una congoja, una melancolía que les paraliza porque se quedan sin proyectos por anticipar un futuro corto, (la infección por el virus del SIDA, representa una especie “espada de Damocles”, que no les permite disfrutar plenamente el presente) vemos como él continua irradiando optimismo y viendo su futuro con ilusión. Su estado de salud y la contrariedad por tener que modificar sus proyectos de futuro más inmediatos no le han detenido totalmente y su actitud de lucha por una vida digna y plena hace que continúe con algunas actividades, como los estudios, aunque para ello haya tenido que reivindicar y, finalmente, conseguir prerrogativas por una limitación para el desplazamiento, para poder seguir acudiendo a clase. Sus proyectos de futuro a corto y largo plazo están relacionadas con su autonomía personal y económica y por seguir colaborando actividades solidarias y reivindicativas que nos lleven hacia una sociedad global más equitativa y saludable, en el amplio sentido de la palabra.

A veces me da la sensación de que estoy repitiendo, estoy repitiendo mi vida, mi vida ¿no?. A veces soy un agraciado; he tenido la oportunidad..., he tenido como una segunda oportunidad de rehacer mi vida. Me veo un poco mayor para rehacerla, pero por otra parte pienso que no. A veces me digo: va, a los cuarenta con casa tío, acabao la carrera, colocao, y seguro que estás metido en una ONG de éstas metiendo caña y dejándote la piel.

En este caso, el proceso de cambio esta consolidado e instaurado y el estilo de vida nada tiene que ver con el anterior, pero a diferencia de las historias anteriores, apreciamos como el escollo encontrado hace que su presente no haya alcanzado mayores cuotas de independencia y se plantea mayores retos de futuro. No podemos obviar, que la conducta adictiva, en general, no es más que una conducta de consumo que los individuos aprendemos en nuestro proceso de socialización. Hace un alegato de la libertad de elección y que tenemos que asumir la responsabilidad de nuestra conducta. No obstante, a lo largo de la entrevista, se trasluce la queja de que el modelo social en que estamos inmersos no facilita el desarrollo saludable de los individuos, ni proporciona felicidad. Propone seguir luchando, cada individuo según sus posibilidades, por cambiar hacia un mundo menos modelo de sociedad, más humano, en que los valores espirituales primen sobre los materiales, pero no desde posiciones radicales, sino moderadas en el día a día, que le permitan sentirse satisfecho con sus actuaciones. Nos habla de la muerte, como algo natural, inherente a todos los seres vivos, y su propósito es que el día que esto ocurra (cuanto más tarde mejor) sentirse satisfecho de sí mismo de su vida.

Que no dependemos sólo de la sociedad, ni de las personas, ni de las equivocaciones, dependemos de nosotros mismos, y yo dependo de mí. Bien, esta aquí la sociedad, hay que trabajar, hay que..., pero dentro de eso sin escaqueos, intentar sentirse muy bien con lo que se hace (sin explotarte a ti y sin explotar a los demás), intentando, sin colgarte mucho, hem..., no dañar el medio ambiente, ensuciar lo menos que se pueda sin colgarte en radicalismos, pero sí actuar de una manera positiva que por lo menos te haga sentirte bien. Que no sé. Que , incluso algún día me tengo que morir a gusto. Me estoy muriendo, porque es la ley de vida, y estoy acabando, pero por lo menos los últimos años de mi vida, vivir lo que es realmente la vida.

Se siente satisfecho de haber podido salir del mundo de la heroína y haber sido capaz de orientar y estabilizar su vida de una forma satisfactoria. No obstante, a la pregunta de si había sacado algo positivo de esta etapa, responde que nada y, además, que le gustaría no haberlo vivido, para a continuación matizarla. La experiencia en el mundo de las drogas le ha permitido aprender que todas las drogas cumplen una función terapéutica además de lúdica, por su capacidad de alterar la percepción y el estado de ánimo en contacto con un ser vivo. En este sentido, además de un uso esporádico de carácter lúdico del alcohol y la marihuana, utiliza esta última a diario para calmar las molestias matinales producidas por la obstrucción de las vías respiratorias superiores, que se ha revelado como el mejor remedio para aliviarlo.

Pues quizá sea lo único que he sacado positivo, que he aprendido que las drogas, a parte de ser para vicios son lo que tienen que ser clínicamente. Entonces, yo utilizo una de ellas que conocí en mi juventud, que sí puede ser aplicada a mí, ahora mismo como medicamento.

En resumen, podemos decir que estamos ante un proceso de abandono complicado y dificultoso hasta que consigue mantener la abstinencia y vuelve a relacionarse con su familia. Inicia un programa de mantenimiento con metadona, tras haber realizado anteriormente múltiples tratamientos y, unos ocho meses después, tiene una recaída en el uso de heroína y cocaína y una sobredosis que hizo la situación más angustiosa si cabe. Retoma el programa de metadona y, cuando lleva aproximadamente un año, se plantean la desintoxicación y comienzan la reducción progresiva. Sin embargo, cuando el curso de la reducción estaba avanzado y la dosis bastante baja, desoyendo las indicaciones terapéuticas, decide dejar de tomar la metadona porque consideraba que el ambiente que se formaba en torno al centro dispensador constituía un factor de riesgo para su proyecto de cambio, y enfrentarse sin ayuda a un síndrome de abstinencia a la metadona. El sufrimiento (ya esperado y conocido por otras desintoxicaciones sin ayuda de fármacos), no le hace desistir del empeño, sino al contrario, le refuerzan para seguir en el intento porque su decisión es firme y sabe, por experiencia, que paulatinamente irán remitiendo para, finalmente, desaparecer.

Concluida la autodesintoxicación, las fases posteriores son más llevaderas y la evolución más favorable, aunque no exenta de dificultades. Retoma la relación con su familia, prosigue con actividad laboral haciendo productos artesanos y comienza a ir vendiendo en ferias alternativas, etc., pero rompe con su pareja tras siete años de relación y convivencia, sufriendo una crisis emocional que le hizo barajar la posibilidad de volver al consumo para aliviar su malestar. Paulatinamente, hace nuevas amistades, retoma la relación con todos los miembros de su familia, que había estado muy crispada y, en los últimos años, era inexistente, se sostiene económicamente a través de actividades artesanales y mantiene un estilo de vida muy alternativo viviendo en el campo y, varios meses después de su ruptura, se vuelve a enamorar e inicia una nueva relación sentimental. Para una persona, sensible, con las emociones a flor de piel, el hecho de volver a experimentar amor hacia otra persona, cuando creía firmemente que no le volvería a ocurrir, le llena de satisfacción y le da un sentido aún más optimista a su vida. Respecto a la percepción de apoyo, considera que el apoyo de su familia fue determinante, tanto como fuente de afecto como de sostén de necesidades básicas, de hecho considera que si no hubiese conseguido su ayuda, no habría podido mantener y cimentar el cambio alcanzado. La ayuda de un trabajador social cuando tuvo que poner en orden toda una serie de papeles y cuestiones burocráticas y con el que continuó, posteriormente, una relación más recíproca en cuanto a la provisión de ayuda: el apoyo del profesional pasa de ser un apoyo más instrumental a ser un apoyo más emocional (escucha, aliento, refuerzo de logros, etc) dentro de un contexto terapéutico no estructurado, y él le ayuda al profesional a conseguir recursos no específicos para otros toxicómanos en proceso de rehabilitación. No está inmerso en actividades de ayuda al toxicómano a través de grupos de autoayuda, ni como monitor u operador de centros de rehabilitación, ni conoce recursos especializados, sino que les proporciona información sobre alternativas rurales o de formas de convivencia alternativas. Manifiesta gran satisfacción por poder ayudar, de esta manera, a otras personas en una situación difícil como la que él vivió, y como una forma de agradecerle al profesional la ayuda que recibió en su momento.

No tuvo dificultades para hacer nuevas amistades en un entorno eminentemente alternativo y ecologista en el que se desenvolvía, en el que se sentía cómodo y aceptado sin reservas y, junto a las demás ganancias obtenidas como la relación familiar, la nueva pareja, actividad satisfactoria etc., le llenaron de satisfacción.

Ante esta perspectiva, decide volver a estudiar para afianzar más su futuro laboral e inicia una carrera técnica media tras hacer las pruebas para mayores de 25 años. Cuando, finalmente, su proyecto de cambio está culminado y estabilizado en su nueva vida, afronta de una forma adaptativa un acontecimiento negativo e inesperado relativo a su salud: el diagnóstico como portador de anticuerpos VIH. Además del dolor emocional, este hecho, trastoca considerablemente su presente y sus proyectos de futuro a medio y largo plazo: vuelve a vivir con sus padres cuando enferma y necesita cuidados, porque no puede trabajar, cuando había conseguido ser independiente y autónomo (incluso durante el periodo adictivo). No obstante, afronta su seropositividad y las enfermedades oportunistas con entereza, dignidad y con optimismo respecto a la buena evolución de la enfermedad (tal como se estaba aconteciendo durante el periodo de las entrevistas) y sobre sus proyectos de futuro.

El revés que le ha dado la vida no le ha hecho venirse abajo, más bien al contrario, le ha hecho más combativo por sus derechos como ciudadano con dificultades, cuya vida está, en este momento, limitada y dentro de sus proyectos de futuro; también está la lucha por una sociedad más justa y respetuosa con el medio ambiente que haga la vida de los seres humanos más digna y saludable, a través de la colaboración en colectivos y organizaciones que trabajen en este sentido. No existe ninguna huella de una presencia positiva de su pasado, y tanto sus proyectos como su forma de vida ha estado muy ligada a la ecología dentro de una filosofía de vida muy alternativa dentro de una sociedad, en la que es complicado vivir de esta manera.

Persiste uso ocasional de alcohol y derivados de la cannabis en un contexto lúdico y uso terapéutico diario de marihuana al levantarse, para aliviar las molestias producidas por la obstrucción de las vías respiratorias superiores. Tras la experiencia de haber relatado su vida, nos transmite la sensación de haberse acordado de muchas cosas de las que él creía y la satisfacción por haberlo hecho, en cuanto que le ha permitido poner cierto orden a sus recuerdos.

E - Historia de TAMARA.

Advertimos cómo el proceso de autocambio se inicia como una manera de escapar a una situación insostenible provocada por la propia dependencia a la heroína y por la presión y el establecimiento de límites por parte de la familia. Se encuentra ante una disyuntiva: la calle, con todo lo que comporta de inseguridad y marginalidad o iniciar un tratamiento alejada de la familia. Ante su conducta manipulativa, presiones

exigentes y chantajes a la madre, los hermanos toman de nuevo cartas en el asunto al darse cuenta que prosigue la extorsión a la madre. La presión sobre la madre era tal que de nuevo toman la iniciativa y ponen límites a su actuación. Sabía, por experiencias previas, que las advertencias no eran simples amenazas, sino que la decisión era firme, por lo que decide anticiparse a la expulsión del domicilio paterno y buscar una salida a la situación que satisficiera a todos y calmara los ánimos.

Entonces me volvieron a coger, me hicieron hacer las maletas y me tiraron a la calle (...) Me hicieron dormir la primera noche en el albergue, que ya tuve bastante con una noche, dije ¡por favor! Porque pasé una noche acojonada, acojonada totalmente en el albergue (y eso que no me llevaron al río, sino a uno que hay ahí al lado de la calle Bilbao, que parecía un poco más decente, pero bueno) y entonces me cogieron todas las maletas y desapareció toda – es que eso fue impactante- me tiraron toda la ropa.

Cuando advierte que la situación puede repetirse, decide anticiparse a los acontecimientos y, ella misma, busca la forma más ventajosa de anticiparse a la expulsión del domicilio y evitar encontrarse en la calle, extremo que le producía gran temor. Su estilo de vida no ha sido nunca marginal y teme la soledad y los peligros de la calle y es esto lo que le impele a buscar una salida rápida y la forma que encuentra es acudir a un centro de inspiración religiosa donde no existen demoras para el ingreso. Las razones que motivaron el inicio del tratamiento son eminentemente externas, y obedecen a las presiones derivadas por el establecimiento de límites a su conducta por parte de su familia. Respecto al cambio, se halla en una situación de ambivalencia en el sentido que, por una parte, es consciente de la dependencia, de la enorme carga que conlleva, del malestar psicofísico que sufre pero que todavía no había llegado a ese punto en que lo negativo superaba a lo positivo y le impelía a cambiar. La motivación al cambio es escasa y de carácter eminentemente externo y, a diferencia del resto de entrevistados que estaban preparados para el cambio, ella se encontraba en el estadio de contemplación.

Una de las veces que le pedí dinero, pues mi madre llamó a la psicoanalista y entonces esta mujer le dijo llama a la policía (...) yo me asusté mucho y estuve hablando con una señora que trabajaba en la cárcel, y me dijo: mira,

yo conozco a una gente que se fueron a un centro Evangelista, si quieres hablar con ellos y tal.

A lo largo del proceso de cambio, que ha resultado ser el definitivo, encontramos toda una serie de tratamientos consecutivos que comienzan con una estancia corta en un centro regido por una organización religiosa en el que las funciones de ayuda estaban realizadas por ex - toxicómanos, y cuyo programa de tratamiento era “leer la Biblia” y que abandona por el cambio en los valores y en propios principios religiosos que iban englobados en el cambio, así como la prohibición de realizar actividades alternativas saludables. El tratamiento no se limita a facilitar el cambio hacia un estilo de vida más saludable del seno de una sociedad plural, sino que incluye toda una serie de connotaciones sectarias que conllevan cambios en los propios valores y actitudes ante la nueva vida. Estos valores chocan frontalmente con sus propios valores y con los de su familia por lo que decide abandonar el tratamiento y solicitar ayuda a su familia para encontrar otro centro. El siguiente recurso es una Comunidad Terapéutica regida por profesionales en la misma comunidad autónoma, donde llega sin informes de derivación, ni centro ambulatorio de referencia al que volver al alta y en el que ingresa, sin seguir los canales habituales, a través de alguna influencia.

Estuve una semana en E lo suficiente para poder coger la maleta y marcharme. (...) Entonces me fui de allí, me volvió a recoger mi tía. Me dijo mi madre: pues, te hemos buscado un centro allí y tal, pero primero tienes que hacerte todas las pruebas y todo eso para entrar allí (...) Yo llegué, pues yo que sé, como una hierba que crece así de rápidamente, porque claro no tenían ninguna referencia mía, me habían metido allí por enchufe, por mediación de la señora que conocía yo.

Desde su entrada en el Centro, los profesionales advierten la falta de motivación al cambio y de compromiso con el programa de tratamiento. Refiere que el programa de tratamiento, estaba establecido por etapas y el paso a una etapa más avanzada no esta en función del tiempo de estancia, sino de la consecución de los objetivos terapéuticos Tal como lo refiere, no hay una intervención por parte de los profesionales: ni castigo, ni refuerzo, ni reproche, etc. a su actitud. Las experiencias

compartidas en el centro -sin estar bajo los efectos de sustancias- hacen que paulatinamente su estado psíquico mejore, el observar la evolución, el progreso y los beneficios de los compañeros que van pasando por las diferentes etapas y el no verse presionada a cambiar a través de amonestaciones o consejos, consiguen estimular, finalmente, su disposición y contemplar la posibilidad que es posible el cambio. Cuando, finalmente, su motivación y su predisposición crecen va progresando por las diferentes etapas hasta completar su programa de tratamiento y recibir el alta en la unidad residencial.

Entonces lo que pasaba es que ellos lo tenían muy claro, si yo estaba allí porque quería estar o porque no tenía más remedio que estar allí (...) Entonces a mí me tuvieron yo que sé la eternidad de una etapa a otra (...) Yo ya al final me levantaba: que no me han pasado de etapa, porque todos se creían que me pasaban de etapa y a mí nunca me pasaban (...) y llegó un momento que tenía un agobio que es que no podía más, porque es que para ir al cine o enfrente tenías que ir con alguien o pedir permiso, lo que fuese. Pero de todas formas también me dio la oportunidad de plantearme pues lo que pasaba ¿no? y lo que pasaba es que la situación había llegado a un punto que o me metía ya hasta el fondo (hasta el fondo quiere decir los que van pidiendo por la calle o robando, lo que sea) o me lo dejaba y entonces pues al principio yo no lo tenía tan claro, la verdad.

Cabe señalar un suceso crucial que aconteció, nada más volver a su entorno habitual: volver a tomar heroína. Es una conducta de rebeldía, de reafirmación personal, de ejercicio de libertad que la pone en guardia ante las consecuencias y las pérdidas de la misma: el bienestar psicofísico alcanzado, percibirse capaz por la experiencia, de estar abstinentes, comenzar a pensar en todo lo que iba a ser su vida de nuevo. El anticipar su futuro de forma negativa y el percibir su presente como aceptable le hacen decidir con mucha carga emocional, que va seguir sin consumir porque percibe que vivir sin drogas es complicado, pero volver a vivir las experiencias anteriores le resulta insoportable. Podemos decir que es, en este preciso momento, cuando ella toma la decisión personal, por unos motivos intrínsecos, no volver a tomar heroína siendo la última vez que lo hace. Un consumo puntual puede ser un desliz, una caída -tal como se defiende desde el modelo de recaída de Marlatt (1985)-, si se

ponen en marcha todos los procesos cognitivos de cambio y las estrategias de afrontamiento, y, no necesariamente, se van a convertir en una recaída, en una vuelta inevitable a la situación anterior.

Al principio no lo tenía tan claro la verdad. Y de hecho, la primera vez que vine..., no, la primera vez no, cuando ya me dieron el alta lo primero que hice fue llamar a un amigo y le dije –llevarme a algún sitio- no me quería llevar, pero como yo le había llevado anteriormente a él (...) y entonces me fui, me compré y cuando me pinché me di cuenta que iba a tener los mismos problemas y entonces dije: pues yo paso. (...) Entonces me vino todo a la memoria. En ese momento me vino la interminable lucha de conseguir dinero, la interminable lucha de cuando consigues el dinero consigues el material (como lo llaman, la interminable lucha de metértelo luego, la interminable lucha de cuando has acabado, y ¿luego qué? Y la interminable lucha de todo, entonces me vino a la cabeza. Porque es un cansancio, es más cansado que dejártelo.

Después de darle el alta en la Comunidad Terapéutica prosigue su recuperación, ingresa en un centro de acogida para mujeres, para la reinserción social. Una condición para poder permanecer en el centro de acogida, era proseguir su tratamiento de deshabituación a drogas y decidió hacerlo en un centro ambulatorio de atención al drogodependiente, al que había acudido con anterioridad. Podemos decir que, en este momento, la estancia en el centro de reinserción no es decisión personal, pero no es menos cierto que la decisión de cambio sí y que en este momento no es una forma de escaparse de una situación angustiosa, sino un camino que hay que recorrer hasta ganar la confianza de su familia y en la misma línea estaría la continuación del tratamiento ambulatorio para la dependencia.

...ocho meses. Entonces cuando volví (vine a finales de diciembre) pasé las Navidades aquí en casa, y conseguí que me aceptaran otra vez en las monjas. (...) pues tenía que tener un centro de referencia, entonces se me ocurrió llamar al X (Centro ambulatorio de tratamiento), que yo, que ni me había acordado de llamarles, entonces fue cuando empezamos, empecé a trabajar con ellos otra vez.

Si progresar en la deshabitación fue dificultoso, la reinserción también lo fue. Comenzar a trabajar en actividades que no había hecho nunca, tener que ganarse el sustento resultó ser un nuevo escollo que, finalmente, superó. En la Comunidad Terapéutica no pasaba de etapa y en el centro no pasaba de casa de acogida a casa de reinserción porque, al no tener preparación ni formación, tenía realizar tareas no cualificadas, que tampoco había realizado con anterioridad y le resultaban hasta cierto punto, denigrantes. Las indicaciones y las presiones de las responsables, en este sentido, y el verse estancada en la casa de acogida hace que, finalmente, decida coger un trabajo de empleo doméstico. Una vez que hizo frente a la situación, poco a poco se fue acomodando a la misma y recibiendo compensaciones, como el pasar a la casa de reinserción con compañeras más normalizadas y tener la posibilidad de visitar a su familia los fines de semana

Yo lo que necesitaba era un trabajo para saltar de esa casa y irme a la otra donde pudiese pagarme los gastos y todo eso, pues claro, era obsesivo ya (...) si quería un trabajo tenía que irme pues a limpiar o algo así porque no tengo ninguna titulación (...) el primer día que fui a una casa a limpiar me puse a llorar directamente pero entonces poco a poco también pues venía algún fin de semana a casa y no se, que la cosa ya iba funcionando un poco mejor y tal.

Para que se produzca una evolución positiva hacia la rehabilitación de quien presenta un trastorno por dependencia a drogas el mantenimiento de la abstinencia de la sustancia problemática es una condición necesaria, pero no suficiente. Es necesario, para que se consolide la abstinencia que incluya un cambio de estilo de vida, el cual será más a menos profundo en función de niveles de degradación y de marginalidad que se haya alcanzado. A menudo, resulta complicado porque puede ser el único ambiente que conoces o porque todas tus amistades han ido entrando en este mundo como ocurre en este caso.

Y luego me obligaron, pues eso, que tenía, que tenía que empezar a hacer círculo de amistades y ahí pues lo pasé canutas. Ahí yo creo que es lo peor

que he pasado, porque me costaba muchísimo. Claro es que miraba la agenda y no podía llamar a nadie.

El tener un círculo de amistades no vinculadas al mundo de las drogas es otro de los obstáculos que tuvo que superar y que considera de los de mayor dificultad. Saber que tienes que encontrar nuevos amigos y no sabes cómo ni dónde ni quien, anticipar que te vas a sentir extraño, fuera de lugar, rechazado y sin sentimiento de pertenencia al grupo y, al mismo tiempo que sea una condición necesaria para la recuperación y verse presionada a hacerlo constantemente, le generaba auténtica amargura. Pese a lo dificultoso considera que con el tiempo, progresivamente pudo establecer nuevas relaciones a través de compañeras y voluntarias del piso de reinserción y fue sintiéndose aceptada e integrada en su nuevo círculo de amistades. Considera que conocer nuevos amigos, el realizar actividades diferentes también supuso una fuente de apoyo en su proceso de cambio. Su propia actuación, a pesar del temor, al comenzar a probar a salir con otras personas junto, con el azar hace que finalmente encuentre su grupo de amistades que mantiene en la actualidad.

Entonces me hice muy amiga ¿muy amiga? bueno, que funcionó, de una chica que venía allí de voluntaria, que era muy jovencita pero no sé por qué conecte muy bien con ella, de una vez que fuimos al cine todas (...) entonces dejé de lado toda la gente que conocía, empecé a salir con.., un poco más con esta chica. Pero esta chica es muy jovencita y muy inocente, totalmente y por edad. (...) A través de esas amigas (eran un grupo de amigas que ahora tienen 28 años o así, yo ya tengo 34), pero por una de ellas que se había enrollado con u tío, o no se qué, resulta que el tío este también tenía una pandilla, que todos los de la pandilla tienen de 30 a 35 años, entonces no se como nos juntamos las dos pandillas. O sea, yo me metí en esa pandilla así en plan de elefante en cacharrería, o sea me metí de decir : pues me da igual yo aquí me quedo. Aquí me quedo porque me caían bien, me caen muy bien , las quiero muchísimo y además, a pesar de tener un año o dos más que Carolina, que es la otra chica que te digo, tienen, han tenido otras circunstancias de la vida que, pues las considero más adultas. (...) Por un lado están las que estaba conmigo en el piso (que una falleció), pero las otras dos están muy bien incluso tienen sus hijos

Con gran esfuerzo y sufrimiento persiste en la firme decisión que tomó de mantener la abstinencia y perseverar en el camino iniciado. Soporta todos los inconvenientes, se mantiene abstinentemente y progresivamente va consiguiendo ver recompensada su conducta. Su propia experiencia y la observación de la de los demás repercuten en su percepción de autoeficacia, que le hace perseverar en el intento, cuanto más elevadas son las expectativas de éxito más cantidad de energía y de tiempo estarán los individuos dispuestos a invertir en el intento. Soporta todas las adversidades y los pesares de las dificultades persevera en el intento porque tiene claro donde no quiere ir y cree en su capacidad para conseguir algo mejor y porque va percibiendo beneficios con el cambio. Finalmente terminó el programa de reinserción, la relación con su familia había ido mejorando progresivamente y volvió al domicilio paterno.

Estuve un año viviendo aquí en Valencia, pero estando en casa de las monjas ¿no? y bastante difícil la situación. Entonces lo que hice fue aguantarlo todo. En vez de mandarlo todo a la mierda, pues me dediqué a aguantarlo todo.

Apreciamos como las modificaciones de conducta y el entorno en que se tienen que dar no son especialmente complicadas ni dificultosas, no obstante ella las vive mayor angustia y las percibe como muy dificultosas. Quizá cabría buscar en su personalidad y en las experiencias previas y no tanto en lo complicado del proceso. El temor a lo desconocido, a la soledad y la necesidad de sentirse en un entorno seguro y protegido son las que le hacen decantarse por seguir y completar un tratamiento que no estaba preparada para hacerlo, y que supuso el inicio de su proceso de cambio pero al mismo tiempo, estas variables de personalidad también contribuyeron a sufrir el proceso con más intensidad. En la medida que comienza a trabajar, hace un nuevo círculo de amistades y retoma la relación con su familia viendo recompensados sus esfuerzos y sintiéndose más segura de sí misma.

Estuve trabajando en limpieza de hoteles, estuve en el Sigfrido , y que tenía que levantarme a las ocho de la mañana para llegar allí (...) Pues luego conseguí trabajo, que estuve seis meses (...) Al final me vine a vivir aquí, acababa de quedarme sin trabajo , entonces fui trabajando en varias cosas

pues de telefonista no se que, no se cuantos pero nunca una cosa continua, siempre se me acababa el contrato y no me lo renovaban. Pero yo no pienso que porque yo fuera mala o lo que sea , sino porque la situación estaba así sencillamente.

Cuando vuelve definitivamente al domicilio paterno, el cambio conductual y cognitivo se halla prácticamente consolidado. La percepción de haber ganado con el cambio, la satisfacción de logro y las consecuencias derivadas del mismo en el entorno familiar la complacían. Las relaciones con los hermanos que habían estado muy deterioradas, son ahora cordiales, paulatinamente vuelve a ocupar su lugar en la familia, y siente que volver a su domicilio es un apoyo y un volver a la cotidianidad y al mismo tiempo le permite ayudar a su madre en el cuidado del padre, que en ese momento estaba ya muy enfermo.

Poco a poco fue cuando fui yo empezando a ser otra persona, que no lo había conseguido nunca. O sea, primero porque no.., supongo que porque no había querido, porque no había pensado que llegase el momento crucial y la segunda porque me planteaba ya otras cosas. Ya tenia 29 años entonces, ya pues la situación cambió, y ya pues todos cambiaron un poco (...) A todo esto mi padre cada vez físicamente peor, y yo pues nada, me vine aquí y un poco también tenia, era un apoyo para mi madre.

En estos momentos difíciles la presencia de todos los miembros de la familia es más frecuente, y los lazos afectivos reafirman la unión frente a la desgracia. Su actuación tan apropiada para la situación a nivel de organización, saber estar, autocontrol, etc, considera que fueron definitivos para que su familia percibiera que el cambio era decidido. Supero muchas dificultades en su proceso de cambio pero quizá la primera aguda que superó sin refugiarse en las drogas. Al dolor y al duelo por la perdida cabe añadir la angustia por el sufrimiento por la penosa y larga enfermedad que sufrió el padre que fue especialmente desagradable durante los últimos tiempos. Toda la actividad que fue capaz de desarrollar, su entereza ante la perdida y el no buscar refugio en las drogas para calmar su dolor constituyen una prueba de que su cambio se ha consolidado.

Entonces, cuando murió mi padre para mí fue un palo muy grande, porque murió en unas circunstancias, pues yo que sé. Yo lo vea y decía: joder nadie se merece morir así.(...) Total, que nada, yo me dediqué a la intendencia de comida para doscientos mil: el pan, no sé que. Todo lo organizaba yo, todo eso. Y lo organizamos entre todos, y fue una cosa que se quedaron alucinados de la claridad que tenía yo de organizarlo todo: de, pues tu esto, tu lo otro y no se que. (·) Todo así sabes cosas muy familiares que muy intensas de estar muy apiñados todos. Entonces pues allí les demostré yo que ya estaba., que ya era normal (·) que no me gusta tampoco el término normal. Es como un poco aborregante, pero es que realmente llega un momento que, o eres normal o qué eres.

Desde que tras el consumo de heroína, nada mas salir de la Comunidad Terapéutica, tomó la decisión personal de abandonar el mundo de las drogas y estuvo dispuesta a soportar lo que fuese para conseguirlo, ya no volvió a sopesar la posibilidad de volver a consumir frente a ninguna dificultad. Puso en balanza todo lo que tenía tras los ocho meses de tratamiento y en la otra lo que perdería y lo que encontraría en la otra forma de vida y la decisión fue seguir el camino iniciado. Cuando vuelve al domicilio familiar está parada, luego encuentra otros trabajos pero siempre ha tenido dificultad con los trabajos por que no encuentra un trabajo que le complazca o más bien por las propias dificultades del mercado laboral con un empleo muy precario. Al igual que algunos de sus compañeros también hace referencia a una no-satisfacción con el modelo social imperante y dentro de la evolución es consciente que se tiene que adaptar a la forma de vida imperante y tratar de no ser diferente porque a lo diferente es excluido, y el mundo diferente que ella conoce es muy complicado.

Entonces a mí siempre me ha fallado lo del trabajo, porque no acabo de encontrarme a gusto en ningún sitio, y porque desde luego a mí lo de la limpieza, pues ya ves lo que me realiza. Nada. Y por otro lado tampoco tengo ambición porque si dices ya me podía haber sacado una carrera del tiempo que llevo bien, pero tampoco me acaba de., o sea, es todo un poco una cadena; no quiero generar gasto y a la vez no tengo dinero para pagarme lo que pudiese querer estudiar o lo que sea.

A tenor de los resultados y de la evolución posterior (no obstante la escasa motivación al cambio y al tratamiento, de carácter eminentemente extrínseco) tenemos que valorar la intervención terapéutica en la comunidad terapéutica como positivos. Cuando inicia la reinserción la motivación al cambio es alta y obedece a motivos personales, pero hacia el programa es escasa incrementándose progresivamente a tenor de los resultados y de las ganancias. Simultáneamente, el programa ambulatorio de tratamiento para completar el proceso que inició en la comunidad terapéutica incluía psicoterapia y seguimiento médico, y la motivación hacia el mismo fue mayor porque ya fue una elección propia. También recibió el alta terapéutica una vez completado el programa cuando ya llevaba un tiempo viviendo con su familia. Estuvo durante más tiempo acudiendo al centro a petición propia porque considera que la psicoterapia constituye un factor importante en la rehabilitación por las connotaciones eminentemente psíquicas que tienen las adicciones. El apoyo terapéutico considera que fue importante para consolidar la rehabilitación: el disponer de un espacio donde poder expresar sus emociones, sus sentimientos, sus dudas recibir consejo, orientación y apoyo para poder afrontar las dificultades de la vida y fortalecer su carácter personalidad.

A mi me quería dar el alta C. Cada dos por tres, y yo no. Que yo tengo, que yo tengo que arreglarme la cabeza porque si no me arreglo. Es que para mí creo que es lo más importante para dejar atrás, pues una serie de cosas, entonces yo seguía yendo. Entonces allí me aguantaban ya no me hacían analíticas ni nada, ya me dijeron: es que no queremos saber ni lo que te sale. Y entonces cuando murió mi padre le dije a C., le dije: mira C. He decidido que ya tengo que ir a mi aire. (...) y del tema de las drogas y eso ya realmente no hablábamos casi nunca, hablábamos de otras cosas. Entonces, no sé, supongo que ella también piensa que no iba a recaer nunca o algo así, por la forma que tengo de ver las cosas ahora.

Cuando consigue mantenerse abstinente, ha aprendido a manejar las crisis y las dificultades, consolidado su nuevo estilo de vida y encauzado su futuro le diagnostican un cáncer de mama. Ha finalizado y le han dado el alta en todos los programas su vida se ha estabilizado y se ha normalizado al margen del mundo de las drogas apreciamos como su actitud y su modo de afrontar la grave enfermedad es

menos dramática y conflictiva, que lo fue el afrontar los problemas derivados de la deshabitación, en el curso de la rehabilitación. Ocultó durante un tiempo el tumor porque no quería ser de nuevo una carga para su familia y tener que estar todos cuidándola. Paradójicamente, percibe que se va a repetir de estar toda la familia pendiente de su problema, ya aunque es consciente que situación es diferente y que su familia también lo ve así le disgusta volver a ser objeto de cuidado y ser alguien especial, cuando había conseguido ser una más. Finalmente, comunica sus sospechas a la familia, se realiza el diagnóstico se somete a la intervención y al tratamiento y emprende la recuperación con buen ánimo sintiéndose apoyada por su entorno más próximo

Yo me siento un poco culpable por estar enferma. Ya ves que cosas. Porque yo soy así, porque yo me gustaría que se olvidara todo y ser una persona maravillosa y no se cuantos. Entonces, supongo que piensan que soy maravillosa igual, pero me molesta el que tengan que estar pendientes de mi ahora.

Así, hemos visto como, finalmente fue capaz de rodearse de un nuevo círculo de amistades, fuera del mundo de la droga para completar su recuperación y -si como dicen- uno descubre los amigos que tiene en los momentos difíciles, la experiencia de la enfermedad le demuestra que estos son auténticos amigos. Se ha sentido muy apoyada durante todo su tratamiento tanto por su familia como por sus amigas/os. Esta contrariedad, este obstáculo que se ha cruzado en su camino, la ha positivizado y lo afronta con fuerza, porque también le ha permitido descubrir, que aunque le supuso un gran esfuerzo y sacrificio hacer un nuevo círculo de amistades y ser aceptada en el seno de su familia el esfuerzo mereció la pena. En definitiva, esta forma de afrontar el problema y lo penoso del tratamiento farmacológico, por lo aversivo de los efectos secundarios, son factores que nos indicarían que el proceso de cambio en la dependencia está concluido.

Y nada, por ejemplo cuando me operaron, yo dije: yo no quiero estar sola en el hospital, yo no quiero estar ni un minuto sola, entonces estuve mucho tiempo ventipico días (...) y no me dejaron ni un minuto sola. (...)O sea ellos hicieron dos turnos, por ejemplo pues el día que me operaron se quedó mi

hermana. (...) Hubo una compañera de habitación que me dijo: tu tienes una suerte como no tienes idea, dice. Tu sabes tus amigas no te han dejado ni a sol ni a sombra porque estaba la de turno y alguien más ¿no?

No tiene sentimientos de pérdida por haber renunciado a la heroína y esa forma de vida. A pesar de lo grave de la enfermedad, lo aversivo del tratamiento, el atraso en su proyecto de vida, la desestructuración de la calma que había alcanzado, su nueva vida le compensa. Tras haber finalizado su recorrido sabe a que mundo pertenece, ha encontrado su lugar, su espacio y, sobre todo se siente satisfecha en él. Es plenamente consciente que en su pasado vivió otro estilo de vida, no reniega del mismo pero si le molesta en extremo que se le continúen tratando como si aún siguiera allí. Es decir, no pertenece a ese mundo y le molesta que haya personas que se dirijan a ella como si aún formara parte de su mundo y, además por discreción ante las personas que le acompañan.

Pero si que hace un mes o así, me encontré con una tía que es que no tiene –porque yo me he encontrado con gente y nadie, ¿sabes?- Igual que a mi no me interesa que me salude gente, seguro que hay otra gente que tampoco le interesa que yo le salude. (...) Entonces, un día, estaba yo con esta pandilla – que mis amigas sí que lo saben pero ellos no- entonces se me acerca una persona toda super huesuda ¿no te acuerdas de mi? Pues no. La verdad me sonaba pero no sabía de qué. Soy tal. Total que era la mujer de un camello, y no sé que, no se cuantos y la tía allí que no se iba.

Lamenta especialmente el atrasar proceso de inserción laboral porque es el único aspecto que considera inconcluso. Si le resultaba complicado porque o no encontraba trabajos que le gustaran y por la propia precariedad del mercado laboral anticipa que aún lo tendrá peor. No obstante, no lo vive con angustia, temor y desconfianza. Aunque no es comparable la situación, el depender tanto de se familia (en lo económico, emocional e incluso físico) hace que sienta que sienta que sigue siendo una carga para ellos, especialmente para su madre y ha tenido que posponer proyectos de mayor independencia y autonomía personal. En es momento su futuro era incierto y estaba a merced de la evolución de la terapia en lo relativo al cáncer, pero no respecto a la toxicomanía que forma parte del pasado. Así mismo, considera que después de los años de penalidades en la vida de la madre, especialmente en los últimos años con la enfermedad del padre y su propia conducta, ésta se merece vivir una vida más tranquila y que en parte es tarea de ella el proporcionársela.

Siempre he pensado pues eso que le debo a mi madre una vejez tranquila y es un poco por eso por lo que estoy yendo a rehabilitación. Luego, el que joder, ya que ha pasado una vida como la que ha pasado –y yo he hecho que también lo pasará muy mal, pues como que también estoy en deuda con ella. Pienso que estoy en deuda con ella.

En resumen, apreciamos como el curso que resulto ser definitivo es sin duda el que es vivido con mayor amargura, descrito como el más complicado, del que se recuerdan mayores incidencias e incidentes negativos, el más prolongado y el que ha requerido de la utilización de un mayor número de recursos (específicos e inespecíficos) tanto para la deshabitación como para la reinserción social. Todo el proceso es vivido con angustia, como una lucha, como una respuesta que responde a la una elección de lo menos malo o desagradable: tratamiento o abandonar el domicilio.

Ante la actitud de su familia, de no tolerar su conducta y que ella sabe que no son amenazas vacías, decide buscar un centro de tratamiento lejos del domicilio. Después de una serie de incidentes fortuitos entra en el centro, pero decirle abandonarlo a los pocos días por el método de intervención basado en “la Biblia” (cuando había recibido una educación laica) y, no sabe exactamente cómo ingresa posteriormente en una comunidad terapéutica con profesionales. De su relato se desprende un trabajo terapéutico en el sentido de no presionarla, de no plantearle objetivos de cambio mayores hasta que su motivación no creció, no evoluciono del estadio de contemplación a preparación. La actuación de su familia, en cuanto a establecimiento de límites y no tolerar la conducta inapropiada, junto a unos rasgos de personalidad dependientes, el temor a lo desconocido, al desamparo y a la inseguridad, hace que se pliegue a las presiones de la familia. Excepto que no pasaba de etapa, no refiere situaciones desagradables con los profesionales y con los compañeros y aunque no esta motivada al tratamiento permanece de forma voluntaria. Es libre de estar o irse, nadie la retiene contra su voluntad, no se siente prisionera pero si sabe que si abandona tiene que ir a la calle porque sabe que los límites de la familia son claros y la consecuencia del abandono es estar en la calle. Finalmente va pasando de etapas y completa el programa en Comunidad Terapéutica le dan el alta y vuelve a su domicilio. A la vuelta a su entorno habitual decide volver a consumir, una sola vez, y es en ese momento cuando decide personalmente proseguir con el cambio siendo esta

la última vez que consume. Se agolpa ante si todo sí sus vivencias en el mundo de las drogas: el sufrimiento, la lucha constante, las dificultades, el malestar, etc., y lo compara con su presente que valora como más valioso y decide proseguir cueste, lo que cueste.

Comienza un programa de reinserción en un piso tutelado, para proseguir el proceso de rehabilitación y, al mismo tiempo, tiene que proseguir su tratamiento de recuperación de la dependencia a la heroína. Elige acudir a un centro ambulatorio para la atención de toxicómanos donde recibe psicoterapia y control médico y, al que ya había acudido con anterioridad. Como no tiene estudios ni mucha experiencia laboral, todos los trabajos que le ofrecen en el centro de acogida son de servicio doméstico o de limpieza, tareas que no había realizado antes, constituyendo un trabajo denigrante que le cuesta aceptar pero que, finalmente, con mucho esfuerzo decide realizarlo. Comenzar la actividad laboral le permite pasar del piso de acogida al de reinserción y, afrontada esta dificultad, comienza una nueva lucha: hacer un nuevo círculo de amistades, cuando todas estaban en el mundo de las drogas.

Podemos decir, que su percepción de autoeficacia es elevada, ya que durante todo el periodo de mantenimiento de la abstinencia y la adaptación social está dispuesta a perseverar, a demorar el refuerzo y a afrontar las dificultades de la vida cotidiana, porque cree firmemente que es capaz de conseguirlo. Así mismo, paulatinamente, los esfuerzos van teniendo compensaciones: estar en el piso de reinserción en un ambiente más normalizado, poder visitar a su familia, salir con voluntarios y compañeras de piso.

Completa el programa de reinserción y vuelve a su domicilio y, posteriormente, también le dan el alta terapéutica en el centro ambulatorio. No obstante, ella misma demandó proseguir durante más tiempo por sentirse insegura y querer afianzar algunos aspectos psicológicos que consideraba importantes. A la vuelta al domicilio familiar su padre está ya muy grave tras una larga enfermedad, y fallece un tiempo después. Hace piña con su familia -vuelve a ser una más entre los hermanos-, no hace un duelo patológico y, su conducta colaboradora y útil, en estos momentos complicados, hace que se sienta y se perciba cambiada y que su familia advierta que realmente a cambiado. Se ha sentido apoyada por la familia, los amigos y los terapeutas solo durante las últimas etapas del proceso de recuperación.

Cuando podríamos decir que el proceso de cambio ha concluido, hay una situación de estabilidad, no necesita utilizar recursos de afrontamiento, el estilo de vida ha cambiado, las relaciones familiares son frecuentes, cordiales, afectuosas, tiene un amplio círculo de amistades nuevas, etc., percibe un tumor en su pecho y un tiempo después le diagnostican un cáncer de mama. Tarda un tiempo en decirlo, porque sospecha el diagnóstico y que, a consecuencia de la dolencia va a volver a ser una carga para su familia y, en parte, continúa pensando así, aunque su familia considere que es algo diferente y no hay ningún reproche por su parte. Tanto su familia como el grupo nuevo de amigos (que tanto le costó encontrar) son un gran apoyo para el afrontamiento de la enfermedad (intervención quirúrgica, quimio y radioterapia). Respecto a su madre también considera que se da un apoyo mutuo; por una parte la madre no está sola y por otro la apoya en su enfermedad.

En este caso, advertimos un cambio en cuanto a la tolerancia y la frustración en el afrontamiento al estrés, pues a diferencia de la percepción del proceso de rehabilitación y el tratamiento para el cáncer lo afronta con entereza y escasa angustia a pesar de lo aversivo y la gravedad del mismo. No hay quejas ni lamentos por el sufrimiento personal, la contrariedad, el peligro real sobre su vida, sino por las molestias, que de nuevo, está produciendo en su familia y por haber tenido que detener su proceso de reinserción laboral que aún tiene pendiente.

4.2.3.3 – Conclusión.

Todos los procesos de rehabilitación definitivos que hemos analizado se iniciaron y concluyeron a lo largo de la década de los noventa. En esos momentos, los conocimientos sobre las conductas adictivas, en general y la experiencia en el tratamiento son mayores. Se incrementa el compromiso de la Administración y se destinan más recursos que permiten ampliar y consolidar la red asistencial. Hay más servicios públicos y se dispone de mayores recursos materiales y humanos y, aunque todavía son insuficientes, están más al alcance de los potenciales usuarios. En la misma línea, los programas terapéuticos se han diversificado con el objeto de atender las diferentes demandas y necesidades tendiéndose a los programas individuales de tratamiento, en detrimento del programa del centro, al que se acoplaban los usuarios. La consecución de la abstinencia deja de ser objetivo primero y necesario para iniciar la recuperación y comienzan a contemplarse la consecución de otros objetivos como deseables y beneficios y, tímidamente, comienzan a ser viables intervenciones que

contemplan objetivos de cambio menos ambiciosos y la reconversión total deja de ser el único objetivo terapéutico, al menos a corto plazo, y en los que prima la preservación de la salud pública y la de los propios individuos. Se consolidan los programas de mantenimiento con metadona dentro de los programas de reducción de daños, a raíz de la proliferación de casos VIH – SIDA entre la población toxicómana, con la oposición de muchas voces eminentes, siendo un acto voluntario, entre los facultativos de los servicios el ser o no prescriptor, atendiendo a su ética profesional, condición que en la Comunidad Valenciana se mantuvo hasta finales de la década. No obstante, son numerosos los estudios y la propia experiencia de los profesionales que reflejan la necesidad de adecuar las estrategias asistenciales a las necesidades individuales.

Por otra parte, va tomando cuerpo la idea de hacer más accesibles ese tipo de programas para un subgrupo de toxicómanos, y acercar los servicios a los potenciales usuarios porque se comprueba que hay un colectivo importante que no se acerca a los existentes, por desconocimiento por no acoplarse a la dinámica y las normas de los servicios o no responder a sus necesidades. Se parte de una concepción más dinámica y heterogénea de la heroínomanía, no se plantean objetivos en términos de todo o nada, existiendo objetivos intermedios, que se consideran exitosos como la retención en el tratamiento. Dejan de considerar la abstinencia como una condición imprescindible para iniciar un tratamiento y se entiende la recaída como un elemento más de aprendizaje en el proceso de cambio. Progresivamente y no sin dificultades se iniciaron y consolidaron estos nuevos abordajes sin detrimento de los anteriores para los individuos que lo necesiten y lo demanden porque, en ningún caso, los nuevos programas constituyen la panacea de la problemática.

En el momento de iniciar la carrera definitiva para modificar su estilo de vida la motivación y compromiso con el cambio son elevados, podíamos decir que estaban preparados para la acción, excepto Támara que estaba en un periodo de ambivalencia e indecisión, contemplando la posibilidad de cambiar. Se produce un aumento de la conciencia, en tanto que advierten toda la problemática asociada y derivada de su conducta, del impacto que su proceder tiene sobre sus valores, sus emociones y afectos por estar en contradicción con sus propias creencias y actitudes ante la vida. Su comportamiento influye negativamente en las interacciones con su entorno más próximo y la observación o anticipación de consecuencias graves sobre su salud y,

sobre su libertad les generan un malestar psicofísico intenso, que les impele a ponerse en marcha para cambiar.

Apreciamos como en las historias de los varones se produce un aumento de su conciencia de problemática y advierten que tienen que tomar una decisión. La decisión no se puede demorar y las posibilidades para decidir sobre el curso de su vida se constriñe a dos opciones: proseguir en la degradación personal y social o intentar seriamente el cambio. Una mínima percepción de autoeficacia y expectativas de tener éxito con el cambio, fruto de acciones propias precedentes o por la observación de la experiencia de los demás, influyen en la percepción de las propias capacidades y habilidades para poder cambiar. Margarida estaba preparada pero quizás, no hubiese pasado a la acción en ese preciso momento si no se hubiese producido la circunstancia del ingreso en prisión, que constituye un entorno protector de la conducta, donde sigue el programa de drogas.

Son ellos mismos los que buscan los centros o servicios (en función de los conocimientos o la información que disponen) donde van a acudir para iniciaran o reintentar un nuevo tratamiento. Los servicios ambulatorios constituyen el primer paso de entrada en la red asistencial, bien para recibir tratamiento en el ámbito ambulatorio, o en tanto centros de derivación a otros recursos, constituyendo el centro de referencia de los usuarios, trámite que no realiza Támara para el ingreso en Comunidad Terapéutica, por el que percibe que su situación es especial, diferente al resto de compañeros. No obstante, en todos los casos comienzan los tratamientos por propia iniciativa.

En dos casos, el programa de mantenimiento de metadona constituye el tratamiento dominante y aunque, aproximadamente, ocurren en el mismo espacio temporal, en la misma ciudad y en el mismo centro de dispensación la evolución es bien diferente. Mientras que en un caso no se aprecian dificultades en el seguimiento del programa, se da una evolución paulatina y un progreso lineal que culmina con la desintoxicación del opiáceo satisfactoriamente y sin complicaciones; en el otro tiene una recaída complicada, retomando posteriormente el programa, produciéndose un abandono del tratamiento, cuando no había finalizado la desintoxicación por reducción progresiva. En un caso, se establece una mejor relación con el equipo terapéutica del centro prescriptor, una mayor utilización del apoyo psicológico ofertado y no percibe como problemático, ni especialmente dificultoso. El acceso al centro dispensador, por el ambiente que se generaba en los alrededores, aunque objetivamente, las

condiciones eran deplorables y tal como las describe Juan y, que según nos cuenta fue el motivo del abandono del tratamiento y la autodesintoxicación (ya le habían reducido considerablemente la dosis). No obstante, el desenlace final es el mismo (consolidación de un cambio de estilo de vida y abstinencia a opiáceos), con una evolución bien diferente y una valoración similar, en tanto que ayudó, en mayor o menor medida, en la primera etapa de la recuperación.

José recurre al mismo dispensario donde se han realizado y/o diseñado todos los tratamientos anteriores, lo cual repercute en un mayor sentimiento de continuidad y aprendizaje, demandado tratamiento orientado a la abstinencia, ya que una experiencia previa con un programa de metadona no fue satisfactoria y considera que incluso su situación empeoró.

La primera parte de su proceso de las dos mujeres, tuvo lugar en sitios cerrados (Comunidad Terapéutica y prisión) y aún con las diferencias evidentes les protegió el estar alejadas del entorno habitual. Objetivamente, la estancia en la Comunidad es elegida y en prisión obligada, pero emocionalmente el deseo de separación de su entorno habitual era tan fuerte que la prisión era deseable y la experiencia satisfactoria con percepción de múltiples ventajas: llora cuando le comunican que “es libre” y que tiene que dejar el establecimiento penitenciario. Támara concluye el programa y nada más llegar a su entorno consume heroína para autoafirmarse, para sentirse libre, porque había actuado coaccionada, presionada y es, tras un consumo de heroína, cuando se presenta ante sí todo lo que ha ganado y va a perder, el sufrimiento que le espera. El desliz o caída no pasan a ser recaída porque se ponen en marcha toda una serie de procesos cognitivos, fruto de sus experiencias previas (tanto durante el tratamiento como anteriores al mismo) que hacen que evolucione hacia una motivación interna. Es decir, tiene la posibilidad y la capacidad para elegir (libre de presiones) propiciadas por una experiencia reciente que le permite reconocer la mejoría significativa que ha supuesto el abandono de la conducta adictiva y anticipar el impacto de todos los aspectos negativos que tan bien conoce y, decide persistir y perseverar en el esfuerzo y afrontar las dificultades y adversidades para consolidar el cambio porque cree que es capaz de conseguirlo.

Respecto a la utilización de recursos de la red asistencial tenemos desde la utilización de muchos recursos y terapéuticos o un solo recurso con máxima intervención de tipo multidisciplinar, pasando por la utilización de un solo recurso y escasa utilización de los servicios de apoyo, hasta una mínima intervención

terapéutica. Como veremos, existen toda una serie de factores personales y contextuales, dentro de la evolución del curso del cambio, ajenos a los tratamientos que también van a influir en el devenir de los acontecimientos.

La percepción de la primera etapa de evolución como, más o menos, dificultosa, satisfactoria, penosa, dolorosa, etc., es eminentemente subjetiva y está, en gran medida motivado por las experiencias, actividades, relaciones, etc., anteriores y por las propias expectativas de cambio. Es decir, en la medida que sea posible retomar, se pueden tomar decisiones sin presión y éstas sean reforzadas por el entorno, las acciones propias del cambio se vivencian con menor angustia, se valoran como menos dificultosas e incluso, pueden resultar gratificantes, que cuando es necesario iniciarse en el desempeño de las mismas.

Se describen toda una serie de estructuras y de recursos de apoyo que han sido utilizados por los informantes (empleo comunitario, piso tutelado, centros de tratamiento), pero cuando hacen referencia a fuentes de apoyo hacen referencia al apoyo humano y mencionan a familiares (padres, hermanos, pareja), amigos y profesionales por este orden. El apoyo familiar es el más valorado, tanto en su vertiente material como afectiva, y se considera beneficioso en los inicios del cambio, pero fundamental cuando se ha progresado para poder consolidarlo. La experiencia con los profesionales y con los monitores de los centros iría de muy valorada a indiferente (según los casos y los profesionales), pero nadie refiere experiencia negativas, ni intervenciones desafortunadas y contraproducentes (exceptuando la retención de Juan en un centro). La red de apoyo, tanto institucional como íntima, ha sido considerable y es valorado como un factor que les ha permitido consolidar el cambio de estilo de vida, nadie deja las drogas en soledad.

Otras fuentes de apoyo que se aportan en las narraciones son la pareja toxicómana, que se recupera al mismo tiempo, y toxicómanos rehabilitados. Aunque, generalmente, se aconseja que las parejas hagan los tratamientos por separado porque pueden influirse negativamente, apreciamos que cuando la motivación es elevada esta influencia puede ser positiva y reconfortante para progresar en el cambio. Al mismo tiempo, vemos como toxicómanos rehabilitados también han sido de gran ayuda para la inserción social. Y que incluso, ellos mismos también han ayudado a otros. En ningún caso, se hace referencia a individuos que estén en grupos de autoayuda o que sigan trabajando como operadores o monitores, sino que son sujetos

del entorno comunitario que ayudan bien por ser amigos, vecinos o por conocer a la familia.

Además de la necesidad de recepción de apoyo para poder recorrer y completar el curso del cambio, también se hace referencia a la necesidad de separarse de personas que propicien, directa o indirectamente, continuar el consumo y/o la degradación social. La relación de sumisión con su pareja maltratadora y delincuente a través de amenazas y por la propia atracción que ejercía hace que, a pesar del deseo y del inicio del cambio, quizás no se hubiese consolidado si no se hubiese sustraído a su presión por el fallecimiento de éste. En el otro caso, sería una relación de pareja en que se tolera el consumo y la heroíomanía y no se presiona para el cambio, como una forma de hacerse necesario (imprescindible) para no ser abandonado. La presencia o existencia de un amigo, familiar, pareja que no sea consumidor no supone necesariamente una ayuda para el cambio, sino que tienen que darse unas condiciones para que cumpla una función de apoyo, e incluso pueden interferir y dificultar el proceso, cuando se establecen lazos afectivos patológicos.

Para poder progresar en la cimentación del cambio de estilo de vida es imprescindible, establecer un nuevo círculo de relaciones y de amistades pero, realmente ésta no resulta, en absoluto, una tarea fácil. Acertar con unos nuevos amigos, sentirse integrado en el grupo, participar de sus intereses, aficiones y actividades es complicado y costoso. Además de las diferencias individuales de personalidad, encontramos algunos factores que van a dificultar o facilitar la integración en el nuevo círculo. Poder retomar la relación con antiguos amigos facilitaría la integración en los grupos y el traslado de la residencia a un entorno diferente y desconocido facilitarían el cometido. Retomar amigos presupone también haber tenido previamente un periodo fuera del mundo de la heroína o periodos previos de abstinencia prolongados en que se han establecido nuevas relaciones y, en cuanto al cambio de entorno será aún más fácil la integración si el grupo se tiene que formar, que si está ya formado y hay que incorporarse. Además de retomar los amigos que han ido dejando en la medida que se han adentrado en el ámbito de la heroína, también es plausible continuar con una relación de amistad, cuando anteriormente han sido “colegas”, una vez rehabilitados de la heroíomanía.

Tras el inicial cambio conductual fueron adentrándose progresivamente en una fase del mantenimiento del cambio, su confianza en sus propias capacidades es escasa y la posibilidad de recurrir al tóxico como forma de afrontar dificultades está

aún presente, así como el temor a la recaída. Necesitan dedicar gran esfuerzo y energía para ir consiguiendo y consolidando los cambios, utilizan frecuentemente los recursos y estrategias de afrontamiento. La paciencia, la constancia y la perseverancia en el intento están muy relacionadas con el anhelo por cambiar, con las ganancias que se anticipan, pero especialmente con las ganancias, satisfacciones y beneficios de todo tipo que van obteniendo.

Todos han llegado a un punto, tras un periodo más o menos prolongado de abstinencia, diferente en cada caso y que no podemos precisar en que mantener ese estilo de vida no supone esfuerzo añadido, no hay que tener una especial precaución, ni se produce temor a la recaída ya que esta posibilidad no se contempla. Todos han conseguido una estabilidad emocional, conductual y social que les permite afrontar las dificultades de la vida emitiendo respuestas adaptativas. No sólo las dificultades de la vida cotidiana, sino estresores agudos que han afrontado sin haber contemplado la posibilidad de refugiarse en la heroína o en otras drogas. La vida se ha estabilizado y no contemplan la posibilidad de la vuelta atrás: trabajo estable o temporal, realizando o habiendo realizado estudios universitarios, se han independizado, etc. y en dos casos se ha producido un retroceso o interrupción en su autonomía y proceso de independencia y viven en el domicilio familiar, por enfermedades graves.

No queremos finalizar sin mencionar el asunto, un tanto escabroso, del uso de otras sustancias por parte de nuestros interlocutores. Todos hacen uso de alguno o algunas de estas sustancias: tabaco, alcohol y derivados de la cannabis. Cada uno sabe qué tipo de sustancias puede usar y cuál no sin problemas; el por qué una sí y otra no; en qué dosis, en qué contextos debe hacerlo y cuándo no es apropiado y con qué fin. Incluso el uso del tabaco, que puede ser abusivo, en algunos casos, vemos que forma parte de las costumbres de la vida social, en la población normalizada del entorno.

5 – CONCLUSIONES Y COMENTARIOS.

El proceso de cambio en adicciones constituye un continuo en el que se producen avances y retrocesos y, es difícil precisar cuándo se iniciará y cómo se mantiene el proyecto de recuperación que resultará ser permanente, aunque sí coexisten toda una serie de factores, tanto personales como sociales, previos y durante el proceso de recuperación que van a favorecer o entorpecer la consolidación del cambio. Las personas sólo deciden cambiar cuando una situación resulta insostenible y el sufrimiento que implica quedarse donde está es mayor que la angustia que le produce el cambio. Apartarse del mundo de la heroína constituye un proceso pausado y no podemos basarnos únicamente en el análisis de los mecanismos de adicción, la personalidad, la motivación, etc., porque el acontecer cotidiano a través del tiempo y las experiencias previas juegan un papel clave.

No es posible establecer el perfil del toxicómano que en un momento dado, a partir de los factores positivos y negativo aportados, estudiados y observados, nos permita predecir la evolución hacia la recuperación. Es necesario que se den una conjunción de algunos de estos factores protectores, que vayan combinándose y fortaleciéndose a lo largo del proceso, cimentando los iniciales deseos de cambio provocados por en el intenso malestar de una forma de vida que les resulta insoportable.

Apreciamos como las variables psicosociales previas al abuso de opiáceos cumplen un papel fundamental en el proceso de deshabitación. Factores tales como la crianza (transmisión de valores, estilo educativo, cohesión familiar, etc.) el entorno (barrio marginal, obrero, de élite, etc.) la disponibilidad de la droga, las relaciones de iguales fuera del mundo de la droga, la edad y los motivos del inicio en el uso de drogas (lúdicos, automedicación, rebeldía) van a influir, en uno u otro sentido, en el proceso de recuperación. Consideramos, que el tipo de experiencias previas en sí mismas y por su influencia en la configuración de la personalidad de los individuos desempeñan, posiblemente, el papel más relevante en el proceso de recuperación. Aún no siendo idéntico cronológicamente el proceso madurativo de los seres humanos,

podemos convenir que, en general, a mayor edad, mayores vivencias y mayor nivel de desarrollo psicosocial.

No existen dudas de que la personalidad se construye dentro del proceso de socialización de los individuos, jugando un papel primordial el entorno social y en el que la adolescencia es una etapa clave del mismo. En este sentido, un inicio precoz el uso de sustancias constituye un acontecimiento más negativo para el proceso de cambio porque la conciencia se ve tempranamente alterada por el efecto de las sustancias (con el riesgo de que se conviertan en estados de conciencia normales) cuando todavía por razones de edad, otras vivencias y estados que irán conformando la identidad, no se han asentado todavía. Este aspecto repercute en dos vertientes: mayor o menor deterioro psicofísico por demorar o precipitar la contaminación de su conciencia y haber alcanzado más o menos cuotas de integración social, por tener mayor o menor número de vivencias fuera del mundo de las drogas.

Existen múltiples factores en el entorno social, durante el periodo de recuperación, que tienen una influencia poderosa en que los heroinómanos continúen o abandonen el consumo de sustancias psicoactivas, pero no podemos decir que éstos sean determinantes. Pudiera ser posible dejar la heroína sin ayuda, sin apoyos durante un corto periodo de tiempo, pero lo que no resulta viable es la rehabilitación en soledad. La dificultad que entraña alcanzar las metas de las diferentes etapas de la recuperación y, lo prolongado y lento del curso del cambio hace necesaria la presencia de personas en las que apoyarse, a través de las cuales se justifique una parte del esfuerzo y de la esperanza en un futuro mejor, en un entorno social (íntimo e institucional) disponible y accesible para proporcionar la ayuda.

Cuando el entorno social propio contiene muchos factores negativos o pocos protectores, el nivel de dificultad se incrementa considerablemente pero siempre queda la posibilidad de mitigarla, al alejarse del entorno o de la fuente obstaculizadora. Familias muy patológicas, padre o madre que interfieren en el crecimiento personal y en la individualización, pareja, amigos, etc. cuyas relaciones insanas (a veces de forma encubierta) están dificultando el cambio, al no establecer límites y reforzar la conducta de consumo aliviando las consecuencias negativas, como una manera de hacerse imprescindibles y no ser abandonados.

En lo relativo a la estructura de personalidad, en ningún caso se menciona o se advierte la existencia de una personalidad subyacente al trastorno por dependencia. Los profesionales no consideran que exista una estructura psíquica estable y específica que propiciará la conducta del consumo abusivo de sustancias opiáceas que propiciará una posterior dependencia. A partir de la experiencia clínica, se apunta la posible existencia de un trastorno de personalidad producido por el uso de sustancias porque se observan un conjunto de síntomas que no reúnen las categorías de síndromes descritos.

La personalidad disocial o antisocial constituye otro rasgo que repercute negativamente en la recuperación. Las grandes dificultades que presentan estos sujetos para cambiar su estilo de vida y permanecer abstinentes estriban, principalmente, a dos características: la tendencia a la transgresión de normas (ya con anterioridad siendo el uso de drogas una transgresión más) y a comportarse en función de su etiqueta (diagnóstico de difícil o antisocial). En estas circunstancias, la rehabilitación es muy complicada porque la rehabilitación no es sinónimo de abstinencia sino que lleva implícita, necesariamente, la adaptación social.

Los profesionales indican que la comorbilidad psiquiátrica, constituye un factor negativo que reduce considerablemente la posibilidad del mantenimiento de la abstinencia, en función de la gravedad de los mismos. Esto junto a la no presencia de psicopatología en los casos estudiados, nos podría llevar a presuponer que los individuos que presentan psicopatología aguda no pueden mantenerse abstinentes. No obstante, somos conscientes que los propios criterios de selección de la muestra (abstinencia y cambio evidente y consolidado de estilo de vida), ya excluimos a las que sufren psicopatologías agudas, pues la propia enfermedad mental, no les permite normalizar su vida, aunque se mantengan abstinentes.

Realizar conductas antisociales (hurtos, trapicheo, robos etc.) durante el periodo de consumo o entrar en submundos marginales y socialmente excluidos, es bastante usual entre los adictos a opiáceos.. La conducta manifiesta no es criterio suficiente para hablar de sociopatía sin tener en cuenta los procesos mediadores y las consecuencias emocionales de la misma: los sentimientos que acompañan y suceden

a la acción. Los sentimientos de culpa provocados por la disonancia cognitiva, al no actuar acorde con sus principios y sus valores provocan un malestar tan agudo que impele a plantearse la necesidad de cambiar.

No resulta conveniente plantear la reconversión, como el único objetivo terapéutico, cuando nos encontramos con sujetos con trastornos psíquicos o de personalidad agudos y crónicos que dificultan la recuperación o que no están preparados para tal fin. En estos supuestos, también pueden resultar valiosos la consecución de objetivos menos ambiciosos que tiendan a la integración social y a la mejora de la salud del individuo y la colectividad. Los servicios de atención a través de los programas de tratamientos y la actuación de los profesionales pueden tener una decisiva importancia en la evolución de los usuarios, si son capaces de adoptar la flexibilidad, pluriformidad e implicación personal que cada caso requiere.

Tenemos que evaluar como positiva la retención en el tratamiento, la consecución de pequeñas metas dentro de las posibilidades, y los objetivos de cambio que se plantee y no precipitarse en la consecución de la abstinencia sino adaptarse a la etapa de cambio en que se encuentre el individuo para, más a largo plazo, si es el caso, poder plantear objetivos más ambiciosos. Los programas de metadona también constituyen una puerta de entrada en el proceso de recuperación orientado a la abstinencia en el que se cambia el curso habitual de los procesos de tratamiento; primero se inicia la normalización social y posteriormente la desintoxicación.

Resulta peligroso pensar (y actuar) como si un heroinómano fuese una persona sin capacidad de discernir entre el bien y el mal y resulta inaceptable la imposición de la recuperación a cualquier precio. Diferenciamos entre retener a una persona en contra de su voluntad, coartando su libertad con el pretexto de redimirlo; y la de presionarle, no tolerando su conducta y no “salvándole” de las consecuencias negativas de la misma para que sea el individuo el que toma la decisión, por ser lo que considera menos malo. Además de las consideraciones éticas, el impacto emocional y las consecuencias a medio y largo plazo serán bien diferentes.

Toda la experiencia acumulada durante las etapas previas de deshabitación y la propia experiencia de la recaída supone, en mayor o menor

medida, un aprendizaje, un reciclaje para posteriores intentos. Este aprendizaje será mayor y más positivo en función de la interpretación que se haga de las mismas y de los cambios personales y sociales alcanzados durante los periodos de abstinencia. La vuelta al mismo servicio tras la recaída se considera un criterio de eficacia terapéutica y ese retorno estará en parte motivado por la relación terapéutica y por el apoyo recibido (la empatía, el no sentirse juzgado, el clima de confianza, etc.) que repercutirá en una mayor percepción de aprendizaje y continuidad, en las diferentes etapas del proceso de recuperación. De alguna manera, las recaídas por la experiencia que aportan, pueden preparar para un próximo intento, pues las recaídas no son simplemente retroceder a la época anterior de consumo activo, incluso por la propia evolución de la vida, ya nada es igual como era antes.

Muchos de los factores que hemos analizado en nuestro estudio ya se habían identificado a través de numerosos estudios tanto cualitativos como cuantitativos, estudios de casos, etc., e incluso los terapeutas entrevistados por lo que tampoco queremos extendernos en comentarlos todos. Se han realizado numerosos estudios sobre la evolución en los tratamientos, y sobre la influencia de los tratamientos en la evolución, pero son escasos los que han estudiado, los que se han adentrado en etapas posteriores, cuando los individuos se han desvinculado de la red asistencial.

Los exadictos participantes en nuestra investigación están desvinculados de la red asistencial, llevan más de tres años abstinentes del uso de opiáceos con un estilo de vida normalizado y están integrados socialmente. Han tenido que afrontar numerosas dificultades (incluso estresores agudos) en su vida sin necesidad de recurrir ni sentirse atraídos por el tóxico: algunos han formado su propia familia, tienen trabajo estable, mantienen un círculo de amistades, etc., y con esta información nos atrevemos a aproximarnos a analizar las posibilidades de una etapa de finalización, en la adicción a la heroína.

La etapa de finalización en el proceso de cambio, no está muy estudiada en ninguna conducta adictiva. Desde el modelo transteórico se advierte qué conocer si existe o no el estadio de finalización (o si solo es valido en el caso de determinadas conductas) o por el contrario, si el estadio de mantenimiento posee una duración de

por vida, es una cuestión que no afecta en demasía la conceptualización del modelo, ni los procedimientos de evaluación e interventivos que de él se derivan.

Consideramos que sí es importante que puedan alcanzar esta etapa que se caracteriza por la estabilidad, porque implica un menor sufrimiento que la etapa de mantenimiento indefinido y por la importancia que se modifique el estigma social provocado por la creencia en torno a que la huella que deja la heroína es imborrable y les impide vivir, al menos emocional y afectivamente, al margen de su pasado. Saber que sí es posible alcanzar el estadio de finalización redundaría en una mayor utilización de recursos, y en desterrar la percepción social que no es posible la recuperación, que más pronto a más tarde se vuelve a “las andadas” por la atracción del tóxico y las escasas posibilidades de vivir una vida llena y satisfactoria.

No estamos en disposición de rebatir que exista un grupo de toxicómanos que permanecen en el estadio de mantenimiento indefinidamente, llevando una vida excesivamente rígida y estructurada, empleando frecuentemente las estrategias de afrontamiento, por temor a una recaída, pero una vez analizadas exhaustivamente las historia apreciamos que nuestros interlocutores no están en esa situación y que, consecuentemente, existe otro subgrupo que si puede desvincularse totalmente de su vida anterior.

La ubicación en el estadio de finalización implica “la total extinción de la conducta adictiva y que el mantenimiento del nuevo patrón conductual no suponga ningún esfuerzo significativo extra de tiempo o energía, con relación a cualquier otra conducta del repertorio de ex – adicto”. El nivel de autoeficacia en numerosos ámbitos de su vida es tan alto como sobre el mantenimiento de la abstinencia y, además han pasado por muchas circunstancias o situaciones sin tener deseos de consumir. No diríamos que se da una situación de odio o repudio sino una actitud de indiferencia. Si les molesta la presencia de toxicómanos porque no entienden su conducta o porque les reconocen y les traen su pasado, a un presente en el que no tienen cabida.

Excepto en un caso de los estudiados no se atisba un gran padecimiento durante las primeras etapas del abandono y, en la medida que va cambiando, va percibiéndose infinitamente mejor que anteriormente por lo que decide proseguir, a

pesar de las dificultades. No mantienen lucha, no hay debate interno, ni angustia, por mantenerse en un estilo de vida que es satisfactorio, o al menos sienten cómo suyo. No hay pensamientos positivos, ni ningún atisbo de recuerdo, ni sentimientos de pérdida, o de añoranza de las sensaciones positivas de los efectos (solamente se rememoran experiencias positivas anteriores al uso de opiáceos). Han aprendido a utilizar otras drogas en el contexto, la dosis, y el tipo de sustancias que no les genera problemas sociales y de salud.

Nadie utiliza la jerga yonqui sino que utilizan un lenguaje estandar, en función de su nivel cultural y del habla de su entorno. En los casos estudiados, es como si esa experiencia, las sensaciones experimentadas no estuviesen accesibles en sus memorias. Nadie rememora, ni menciona, ni hace referencia a los efectos de la sustancia sobre el organismo (el flash), ni positiva ni en negativamente (no hay alegatos en contra de los males producidos) a partir de lo cual, inferimos que esa huella indeleble que se presupone deja la heroína, no se aprecia en ninguna de los relatos de vida.

6 - BIBLIOGRAFIA.

- Abellanas, L. y Mc.Lellan, A.T. (1993), Stage of change by drug problem in concurrent opioid, cocaine, and cigarette users. *Journal of Psychoactive Drugs*, 25, 307 – 313.
- Albiach, C., Llinares, M.C., Santos. P. y Palau, C. (1996), Estudio descriptivo sobre sujetos heroínómanos que demandan asistencia en servicios ambulatorios: evaluación de los estadios de cambio. S. Amigo Ed., *II Jornada sobre drogodependencias*. Universidad Politécnica de Valencia.
- Alonso, L.E. (1990). Sujeto y discurso: El lugar de la entrevista abierta en la práctica de la sociología cualitativa. En J. M. Delgado y J. Gutiérrez (comp), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid. Ed. Síntesis.
- Anguera, M.T. (1995). Metodología cualitativa Ed. Anguera et al. *Métodos de investigación en psicología*. Madrid. Síntesis
- Araujo, M. (1994). Drogodependencias: sociedad e intervención. *Intervención psicosocial*. 3 (9). 23-41.
- Bandura, A. (1977) Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-295.
- Bandura, A. (1982),) “Self-efficacy mechanism in human agency”, *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bandura, A. (1986), *Pensamiento y acción*. Barcelona, Martinez Roca.
- Bandura, A. & Walters, R. W.(1978) *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid. Alianza Editorial.
- Barrera, M. (1981). Social support in the adjustment of pregnant adolescents: Assessment issues. En B.H. Gottlieb (De.), *Social networks and social support*. London: Sage.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14, 413-445.
- Barron, A. (1992). Apoyo social y salud mental. En J.L. Alvaro, J.R. Torregrosa y A. Garrido (comp), *Psicología ambiental: Intervención y evaluación del entorno*. Sevilla: Ed. Arquetipo.
- Barrón, A., Lozano, P. y Chacon F. (1988). Autoayuda y apoyo social. En A. Martín Chacón, F. y Martínez, M. (Eds.). *Psicología Comunitaria*. Madrid, Siglo XXI.

- Becoña, E. (1994). Evaluación de la conducta de fumar. J. L. Graña, Ed. *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid. Debate.
- Berjano, E. (1982). *Una nueva experiencia en el tratamiento y rehabilitación de pacientes drogodependientes*". I Jornada de Toxicomanías del PSOE. Madrid.
- Berjano, E. (1985). *Habitat, delincuencia y consumo de drogas en la Comunidad Valenciana. Una perspectiva socio - ambiental*. Tesis de Licenciatura. Directores Gonzalo Musitu y José M^a Peiró.
- Berjano, E y Musitu, G. (1987). *Las drogas: Análisis Teórico y métodos de intervención*. NAU Llibres. Valencia.
- Blanco, A. (1988). La psicología comunitaria ¿una nueva utopía para final del siglo XX?.. En A. Martín, F. Chacón y M.Martinez. (Eds.), *Psicología Comunitaria*. Madrid: Visor.
- Blazer, D.G y Kaplan, B. H (1983). The assessment of social support in an elderly community population. *The American Journal of Social Psychiatry*. 3, 29-36.
- Bogdan y Taylor. (1988). *Aplicación de las metodologías a la investigación*. Barcelona Ed. Paidós.
- Bronferbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Paidós. Barcelona.
- Brownell, K. D., Marlatt, G.A., Lichtenstein, E. y Wilson, G. T. (1986). Understanding and preventing relapse. *American Psychologist*, 41, 765 – 782.
- Bueno, J.R. (1991). *Intervención Psicosocial: Experiencias y Programas*. Madrid. Ed. Popular.
- Bueno, J.R. (1996). Intervención Comunitaria aspectos teóricos y técnicas. En Sánchez Vidal y Musitu Ochoa. *La Percepción de los Servicios Sociales*. Edita Publicaciones de la Universidad de Barcelona.
- Bueno, J.R. (1996). *Las metodologías cualitativas en: "Actitudes, presencia y representaciones de los estudiantes Universitarios"*. Servei de Formació Permanent. Universitat de València.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health: Lectures on concept developmente*. New York: Behavioral Publications.
- Caplan, G. (1976). The family as support system. En G. Caplan y M. Killilea (Eds.), *Support systems and mutual help: Multidisciplinary explorations*. New York: Grune & Stratton.
- Casas, M. (1992) *Trastornos psíquicos en las toxicomanías*. Sitges. Neurociencias.

- Casas, M. y Gossop, M. (1993). *Recaída y prevención de recaída. Tratamientos Psicológicos en drogodependencias*. De. Neurociencias. Barcelona.
- Casas, M., Gutierrez, M. y San, L. (1995). *Avances en drogodependencias*. De. Neurociencias. Barcelona.
- Cassel, J.C. (1963). The use of medical records: Opportunity for epidemiologic studies. *Journal of Occupational Medicine*.5, 185-190.
- Cassel, J.C. (1974). Psychosocial processes and "stress": Theoretical formulations. *International Journal of Health Services*, 4, 471-482.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American journal of Epidemiology*. 104, 107-123.
- Cava, M. J. (1995). *Autoestima y Apoyo Social: su incidencia en el ánimo depresivo en una muestra de jóvenes adultos universitarios*. Tesis de Licenciatura. Universitat de València. Facultat de Psicologia. Dir.: Gonzalo Musitu.
- Cobb, S. (1976) Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*. 38, 300-314.
- Cobb, S. (1979). Social support and health through the life course. En M. W. Riley (De.), *Aging from birth to death*. Boulder, CO: Westview Press.
- Cohen, S. y McKay, G. (1984). Social support, stress and buffering hypothesis: A theoretical analysis. En J. Baum, E.Singer y S.E Taylor (Eds.), *Handbook of psychology and health*. 4. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen, S. (1985). Measuring the functional components of social support. En I.G. Sarason y B.R Sarason (Eds.). *Social support: Theory, research, and applications*. Dordrecht, The Netherlands:Martinus Nijhoff.
- Cohen, S. y Syme, S.L. (1985) *Social support and health*.New York: Springer.
- Cohen, S, Sherrod, D.R y Clark M.S. (1986). Social skills and the stress-protective role of social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 566, 278-288.
- Cohen, S. (1992). Stress Social Support and Disorder. En H. Baumann y U. Veiel (Eds.), *The meaning and measurements of social support*. New York: Nemisphere.
- Comas, D. (1989). La formación de mediadores. En *Guía para realizar programas de formación de mediadores*. Instituto de la juventud. Madrid.
- Comas, D. (1992). La fundamentación teórica y las respuestas sociales a los problemas de la prevención. *Adicciones*. Vol. nº 4. p.4-15.
- Comas, D. (1994). *Los jóvenes y el uso de drogas en España en los años 90*. Instituto de la Juventud. Mº de Asuntos Sociales. Madrid.

- Comas, D., Garcia Martí, E. et al. (1996). Políticas sobre drogas a partir de los resultados de un estudio longitudinal retrospectivo de adictos a heroína (1982-1992). *Adicciones*. 8,
- Comas d'Argemir, D. et al. (1990). *Vides de Dona*. De. Alta Fulla. Barcelona.
- Cooley, C.H. (1902). *Human nature and the social order*. New York. Scribner's
- Cunillera, C. y Feixas, G. (1990). Acuerdos y Desacuerdos en el sistema de Constructos Familiares. *Cuadernos de Terapia Familiar*. II Epoca 13, 34-44.
- Cusker, C. G., Brown, K. (1996): "Cue – responsibility phenomenon in dependent drinkers: "personality" vulnerability and anxiety as intervening variables" *British Journal of Addictions*. 86, 905 – 912.
- Cutrona, C.E., Suhr, J. A. y MacFarlane, R. (1990). Interpersonal transactions and the psychological sense of support. en S.Duck (De.), *Personal relationships and social support*. London: Sage.
- Dakof, G.A. y Taylor, S.E. (1990). Victim's perception of social support: what is helpful from whom?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 1, 80-89.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. (1992). *Memoria de 1991*. De. Mº de Sanidad y Consumo. Madrid.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. (1995). *Memoria de 1994*. Mº de Justicia e Interior. Madrid.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. (1995). *Informe S.E.I.T.Mº* de Justicia e Interior. Madrid.
- Delgado, J. M y Gutiérrez, J. (1994). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación social*. De. Síntesis. Madrid.
- Deslauriers, J. P (1985). *La recherche qualitative: Resurgence et convergences*. Quebec. Université de Quebec a Chicoutimi.
- DiClemente, C.C. y Prochaska, J.O. (1982). Self-change and therapy of smoking behavior: A comparison of processes of change of cessation and maintenance, *Addictive Behaviors*, 7, 133 –142.
- DiClemente, C.C. y Prochaska, J.O. (1985), Processes and stages of self-change: coping and competence in smoking behavior change, en S. Shiffman y T. A. Wills (Eds), *Coping and substance use*, Londres, Academic Press.
- DiClemente, C. C. (1986) Self efficacy and the addictive behaviors, *Journal of Social and clinical psychology*, 4, 302 – 315.

- DiClemente, C. C. Prochaska, J. O. y Gibertini, M. (1985), "Self – efficacy and the stages of self – change of smoking" *Cognitive Therapy and Research*, 9, 181 – 200.
- Diaz-Veiga, G. (1987). Evaluación del apoyo social. En R. Fernandez-Ballesteros. *El ambiente. Análisis psicológico*. Madrid. Pirámide
- Diez, O, Sanabria, M. A. et al (1993). Resistencia al tratamiento en familias con toxicómanos. *Adicciones*. Vol.5 nº 2. p. 163-170.
- Dole, V. P. & Nywander, M.E (1973) A medical treatment for diacetyl morphine (heroin): A clinical trial with methadone hydrochloride. Chambers, C.D; Brill, L. *Methadone: Experiences and issues*. New York. Behavioral Publications.
- D.S.M - III - R. (1989) "*Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*". Versión española de Valdes, M. y col. Masson. Barna.
- Dunham, H.W. (1989). The community today: Place or process. *Journal Community Psychology*, 14 (4) 399 – 404.
- Dunkel-Schetter, C. y Bennett, T.L. (1990). Differentiating the Cognitive and Behavioral aspects of social support. En B.Sarason, I. Sarason y G. Pierce (De.), *Social Support: An Interactional View*. New York: Wiley.
- Dunkel-Schetter, C., Bennett, T.L. (1990). The availability of social support and its activation in times of stress. En I.G. Sarason, B.R. Sarason y G.R. Rerce (Eds.). *Social support an interactional view*. New York: Wiley.
- Duran, A. y Bueno, F.J. (1996) "*Familia y drogodependencias*". Ed. Ayuntamiento de Valencia.
- Durkheim, E. (1951). *Suicide: A study in Sociology*. Glencoe, Ill.: The Free Press.
- Duró, P. Colom, J y Casas, M. (1995). Directrices actuales del tratamiento de mantenimiento con metadona. En Casas, M.Gutierrez, M. y San, L. *Avances en drogodependencias*. De. Neurociencias Barcelona. 29-43.
- Espina, A., Ayerbe, A. et al (1996). "Las percepciones de las pautas parentales de crianza en toxicómanos". *Adicciones*. 8, 203-217
- Espinosa, A. & García Martín, E. (1993) "Factores pronóstico de abandono terapéutico y recaída en heroínómanos. Una revisión." *Adicciones*. 5, 185 – 205.
- Fernández, M.; Manrique, R. et al. (1991). Relaciones familiares y drogadicción. *Adicciones*. Vol. 3. nº 1.p 7-22.
- Freixa, F. Soler-Insa, P. A. et al (1981). *Toxicomanías un enfoque multidisciplinario*. Barcelona. Ed. Fontanella.

- Funes, J y Romaní, O. (1985) *Dejar la heroína: Vivencias, contenidas y circunstancias de los procesos de recuperación*. Madrid. Cruz Roja Española.
- Funes, J. (1990) Los adolescentes: socialmente problemáticos. *Comunidad y drogas*. Monografía 10, 29-45.
- García-Rodríguez, J.A. (1989) Prevención de las drogodependencias: prevención específica versus inespecífica. *Adicciones*. nº 1 Vol. 2. p. 113-121.
- Gómez, P. (1988). Programas de intervención social en las diferentes alternativas terapéuticas para toxicómanos. *Revista Española de drogodependencias*. 13 (4), 287-300.
- Gore, S. (1985) Social support and styles of coping with stress. En S. Cohen y S. L. Syme (Eds.), *Social support and health*. New York: Academic Press.
- Gossop, M. (1993) "El tratamiento en su entorno circunstancial" Casas y Gossop Eds: *Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias*. Sitges. Neurociencias.
- Gottlieb, B. H. (1981). Social networks and social support in community mental health. En B.H. Gottlieb (Eds), *Social networks and social support*. London: Sage.
- Gottlieb, B.H. (1983). Social support as a focus for integrative research in psychology. *American Psychologist*. 38, 278-287.
- Gottlieb, B.H. (1983). *Social support strategies: Guidelines for mental health practice*. London: Sage.
- Gottlieb, B.H. (1985). Social support and the study of personal relationships. *Journal of Social Relationships*. 2, 351-375.
- Gracia, E. y Musitu, G. (1990). Integración y participación en la comunidad: una conceptualización empírica del apoyo social comunitario. En G. Musitu, E. Berjano y J.R. Bueno. *Psicología Comunitaria*. Valencia. NAU Llibres.
- Gracia, E. y Musitu, G. (1993). *El maltrato infantil. Un análisis ecológico de los factores de riesgo*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Gracia, E, Musitu, G. y García, F. (1991). El apoyo social: una variable maduradora en las relaciones padres-hijos en situaciones de maltrato. *III Congreso Nacional de Psicología Social. Libro de Comunicaciones* (Vol. I). Santiago de Compostela.
- Gracia, E., Musitu, G. y Escartí, A. (1988). La socialización en la familia: técnicas de disciplina en función del sexo. En J. Fernández (De), *Andrógina y roles sexuales*. Madrid: Pirámide.

- Graña, S.L. (1994). *Conductas adictivas. Teoría evaluación y tratamiento*. Debate. Madrid.
- Guardia, J., Masip, J., Viladrich, C. (1987), “Estudio de seguimiento de adictos a la heroína a los tres años de su admisión a tratamiento. *Comunidad y drogas*, 3, 61 – 79.
- Gurin, G., Veroff, J. y Feld, S. (1960). *Americans view their mental health*. New York: Basic Book.
- Gutierrez, M., Ballesteros, J., Figuerido, J.L., Elizagarte, E. (1995) Las desintoxicaciones ultracortas con antagonistas opiáceos. En Casas, M., Gutierrez, M., y Sau, L. *Avances en Drogodependencias*. Ed. en Neurociencias.
- Haley, J. (1980). *Terapia no convencional: Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Ericson*. Amorrortu Ed.
- Hall, A. y Wellman, B. (1985). Social networks: and social support. En S. Cohen y S.L. Syme (Eds) *Social support and health*. London: Academic Press.
- Haastrup, S. y Jepsen, P. (1988) “Eleven year follow-up of 300 young opioid addicts” *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 22-26.
- Hanninen, V. & Koski – Jannes, A. (1999) “Narratives of recovery from addictive behaviors” *Addiction*. 94, 1837 –1848.
- Haro, E. (1979) *¿De qué van las drogas?* Madrid. La Piqueta.
- Herrero, J. B. (1992). *Comunicación familiar y estilos de socialización familiar*. Tesis de Licenciatura. Universitat de Valencia.
- Herrero, J.B (1994). *Estresores sociales y recursos sociales: el papel del apoyo social en el ajuste bio-psico-social*. Tesis Doctoral. Directores Gonzalo Musitu y Enrique Gracia.
- Hinkle, L. E, Jr. y Wolff, H.G. (1957). Health and social environment: Experimental investigations. En A.H Leighton, J. A. Clausen y R. N. Wilson (Eds.), *Explorations in social psychiatry*. New York: Basic Books.
- Hirsch B.J. (1979). Psychological dimensions of social networks: A multimethod analysis. *American Journal of Community Psychology*, 7, 263-277.
- House, J.S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- House, J.S., Robbins, C. y Metzner, H.L (1982). The association of social relationships and activities with mortality: Prospective evidence from the Tecumseh community health study. *American Journal of Epidemiology*. 116, 123-140.

- House, J. y Kahn, R. (1985). Measures and concepts of social support. En S. Cohen y S.L. Syme (Eds), *Social support and health*. New York: Academic Press.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Hubbard, R., Rachal, J., Craddock, S. y Cavanaugh. (1984) "Treatment outcome prospective study (TOPS): client characteristics and behavior before, during, and after treatment" En F. J. Tims y J.P. Ludford, Eds. *Drug Abuse Treatment Evaluation: Strategies, Progress and Prospects*. Washington, D. C, National Institute of Drug Abuse.
- Isenhardt, C. E., (1994), Motivational subtypes in an inpatient sample of substance abusers. *Addictive Behaviors*, 19, 463 – 475.
- Janis, I.L. & Mann, L. (1977), *Decision Making: A psychological analysis of conflict, choice and commitment*. New York. Free Press.
- Jenkins y Asen. (1992). Family therapy without family: framewok for systemic practice. n° 14.p 1-14.
- Kaplan, B. H, Cassel, J.C y Gore, S. (1977). Social support and health. *Medical Care*. 13, 47-58.
- Kessler, R.C y Mcleod, J. D. (1985). Social support and mental health in community samples. En S. Cohen y S. L. Syme (Eds.). *Social support and health*. New York: Academic Press.
- Kessler, R., Price, R y Wortman, C. (1985). Social factors in psychopatology: Stress, social support, and coping processes. *Annual Review of Psychology*, 36, 531-572.
- Khantzian, E. J. (1985): The self-medication hyphotesis of addictive disorders: Focus on heroine and cocaine dependence." *American Journal of Psychiatrie*", 142: 1259-1264..
- Kobasa, S.C y Puccetti, M.C. (1983). Personality and social resources in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 839-850.
- Kramer, J. F.;& Cameron, D. C. (1975) *Manual sobre dependencia de las drogas*, Ginebra, OMS.
- Laireiter, A. y Baumann, U. (1992). Network structures and support functions-theoretical and empirical analysis. En. H. Veiel y U. Baumann (Eds.), *The meaning and measurement of social support*. New York: Hemisphere.
- Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw Hill.

- Lazarus, R.S y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R.S y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martinez Roca.
- Lin, N., Dean, A. y Ensel, W. (1981). Social support scales: A methodological note. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 73-90
- Lin, N. (1986), Conceptualizing social support. En N. Lin, A. Dean, y W. Ensel (Eds), *Social Support, Life Events, and Depression*. New York: Academic Press.
- Lin, N. (1986). Modelling the effects of social support. En N. Lin, A. Dean & W. Ensel (Eds.), *Social support, life events, and depression*. New York: Academic Press.
- Lin, N., Dean, A. y Ensel, W. (1986). *Social support, life events and depression*. New York: Academic Press.
- Lin, N. y Ensel, W. (1989). Life stress and health: estressors and resources. *American Sociological Review*, 54, 382-399.
- Lindsey, A. y Carrieri, V.L. (1981) The influence of social desirability on symptom and mood reporting in a community survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 448-452.
- Long, W. & Vauding, C. (1999) I've had too much done to my heart. The dilemma of addiction and recovery aus been thourought seven youngters' lives. *Journal of drug education*. 29, 309 – 322.
- Machado, M. J. y Girón, S. (1993). Perfil psicosocial y retención de heroinómanos en tratamiento ambulatorio. *Adicciones*. Vol. 5. nº 2. p. 109-125.
- Marina, J.M y Santamarina, C. (1993). *La historia oral: Métodos y experiencias*. Madrid. Ed. Debate.
- Marina, P., Vazquez- Barquero, J. L., Jimenez, et al. (1996). *Los beneficios de la abstinencia: un estudio de seguimiento de adictos a la heroína*. *Adicciones*. 8, 295 – 309.
- Marlatt, G.A. (1985), Situational determinats of relapse and skill-training interventions, en G.A. Marlatt y J.R. Gordon *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*, New York, Guilford Press.
- Marlatt, G.A. (1985), "Cognitive assessment and intervention procedures for relipse prevention, en G.A. Marlatt y J.R. Gordon. *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*, New York, Guilford Press.

- Marlatt, G. A. y Gordon, J.R. (1985), *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*, New York, Guilford Press.
- Marlatt, G.A. (1993), "La prevención de recaídas en las conductas adictivas: Un enfoque de tratamiento cognitivo – conductual", En M. Casasy M.Gossop, *Recaída y prevención de recaídas: tratamietos psicológicos en drogodependencias*, Sitges. Ediciones en Neurociencias.
- Martin, W. R., Gorodetzky, C. W., McClane, T. K. (1966) An experimental study in the treatment of narcotic addicts with cyclazocine. *Clinical Pharmacology Therapy* (7) 455-465.
- Martín, E. (1989). Prevención de las drogodependencias. Conceptos generales. En *guía para realizar programas de formación de mediadores*. Instituto de la Juventud. Mº de Asuntos Sociales. Madrid.
- McCallister, L. y Fisher, C.S. (1978). A procedure for surveying personal networks. *Sociological Methodology Research*, 7, 131-143.
- McKenzie, R. (1926), The ecological approach to the study of the human community. En R. Park y. E. Burgess (Eds), *The city*. Chicago: University of Chicago Pres.
- McKinlay, J.B. (1973). Social networks, lay consultation, and help seeking behavior. *Social Forces*, 51, 275-292.
- Merlo, P y Lago, S. (1993). *Práctica profesional de la Psicología en Drogodependencias*. Colegio Oficial de Psicólogos. Madrid.
- Miller, W.R. (1983) "Motivational interviewing with problem drinkers" *Behavioural psychotherapy*, 1, 147-172.
- Miller, W.R. (1985), "Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism" *Psychological Bulletin*, 98, 84-107.
- Miller, W.R y Rollnick, S. (1991), *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviors*, New York, Guilford Press.
- Miller, W.R y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional: Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona. Ed: Paidós.
- Mino, A (1998) Un programa experimental de prescripción de estupefacientes en Ginebra. *V Encuentro Nacional sobre drogodependencias y su enfoque Comunitario*. Chiclana. CPD de Cádiz.
- Minuchin y Fishman.(1984). *Técnicas de Terapia Familiar*. Ed. Paidós. Barcelona.

- Molpeceres, M. A. (1984). *Sistemas de valores, estilos de socialización y colectivismo familiar*. Tesis de Licenciatura Universitat de València. Facultad de Psicología. Dir.: Gonzalo Musitu.
- Molpeceres, M. A. (1999) "El self" En J. R. Bueno. *Psicología social para trabajadores sociales*. Valencia. Ed: Gules.
- Moser, G. (1994). *Les relations interpersonnelles*. París. Presses Universitaires de France.
- Musitu, G.; Berjano, E.; Gracia, E y Bueno, J.R. (1993). *Intervención psicosocial: Programas y experiencias*. Madrid. Ed. Popular.
- Musitu, G, Herrero, J. y Lila, M. (1993). Comunicación y Apoyo. En G. Musitu (De.), *Psicología de la comunicación humana*. Buenos Aires: Lumen.
- Musitu, G., Román, J. M y Gracia, E (1988). *Familia y educación: Prácticas educativas de los padres y socialización de los hijos*. Barcelona: Labor.
- Musitu, G., Roman. J. M. y Gracia, E. (1988). *Familia y Educación*. Labor Universitaria, Nau Llibres.
- Musitu, G., Molpereces, M. A. y Martinez, I. (1991). Problemática psicosocial del joven en centros penitenciarios. *Corintios XIII*, 56, 77-111.
- Nowlis, H. (1979). La verdad sobre las drogas. París. UNESCO.
- O'Brien, W. (1985), The therapeutic community-static or moving. *Actas del VIII Congreso Mundial de Comunidades terapéuticas*. Roma. CIS.
- Ochoa, E.; Cebollada, A. e Ibañez, A. (1994). Implicación familiar como predictor en un tratamiento de mantenimiento con antagonistas opiáceos. *Adicciones*. Vol. 6. nº 1.p. 51-60.
- O'Reilly, P. (1988). Methodological issues in social support and social network research. *Social Science Medicine*, 26,8, 863-873.
- Orte, C. (1993). Elementos para la construcción de un modelo predictivo en la conducta adictiva. En M.F Martínez-G^a. *Psicología Comunitaria*. Edema. Madrid. p. 333-342.
- Park, R. y Burgess, E. (1926). *The city*. Chicago: University of Chicago Press.
- Pattison, E. M., Llamas, R y Hurd, G. (1981). Social network mediation of anxiety. *Psychiatry Annals*, 9,56-67.
- Pearlin, L. I. (1985). Social structure and processes of social support. En S. Cohen y S. L. Syme (Eds). *Social support and health*. New York: Academic Press.

- Pearlin, L. I., Lieberman, M.A., Menagham, E.G. y Mullan, J. T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337-356.
- Piga, A., Marinoni, A. (1906) *Las bebidas alcoholicas. El alcoholismo*. Manuales Soler. Barcelona.
- Pinazo, S. (1993). *Prevención del Consumo de Drogas en Niños en Edad Escolar*. Dirigido a Padres. Tesis Doctoral dirigida por Enrique Berjano y Gonzalo Musitu.
- Pinet, M.G, Terradas, A., Trujols, J.(1995). Aspectos metodológicos de los programas de Mantenimiento con Naltrexona. En Casas, M., Gutierrez, M., y Sau, L. *Avances en Drogodependencias*. Ed. en Neurociencias.
- Polo, L.I., Zelaya, M. (1985), “*Comunidades para toxicómanos*”. Dirección General de Acción Social. Cruz Roja Española.
- Pons, J. (1989). *Autoconcepto, comunicación familiar y consumo de drogas en alumnos de segundo ciclo de EGB*. Tesis de Licenciatura. Directores Gonzalo Musitu y Enrique Berjano. Universidad de Valencia.
- Pons, J. (1994). *Factores de riesgo asociados al consumo de alcohol en adolescentes*. Tesis doctoral dirigida por Enrique Berjano. Universidad de Valencia.
- Pons, J. (1994) Familia y drogas: una reflexión desde la psicología social. *Revista Española de Drogodependencias*. 19. 279-280. Editorial.
- Prochaska, J.O, y DiClemente, C.C. (1982), “Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change”, *Psychotherapy: Theory, Reseach, and Practice*, 19, 276 – 288.
- Prochaska, J.O, y DiClemente, C.C. (1984), “Stages and processes of self – change of smoking: Toward and integrative model of change”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390 – 395.
- Prochaska, J.O, y DiClemente, C.C. (1986) “Toward a comprehensive model of change” W.R. Miller y N. Heather *Treating addictive behaviors: processes of change*. New York, Plenum Press.
- Prochaska, J.O., Velicer, W. F., DiClement, C.C., et al (1991) “Patens of change: Dinamic typology applied to the smoking cessation” *Multivariate Behavioral research*. 26, 83-107
- Prochaska, J.O, y DiClemente, C.C. & Norcross, J. C. (1992) “In seach of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*. 47, 1102 – 1114.

- Prochaska, J.O., y Prochaska, J.M. (1993) "Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas" en Casas y Gossop (Eds.) *Tratamientos psicológicos en drogodependencias: Recaída y prevención de recaídas* Sitges, Ediciones en Neurociencias.
- Rodríguez Marín, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Síntesis Psicología. Madrid
- Rodríguez-Martos, A. (1994). Reflexiones sobre los programas de mantenimiento con metadona. *Adicciones*. Vol. 6. nº 4 .p. 353-372.
- Roig, A. (1991). Utilidad de la Metadona en el tratamiento de la dependencia a opiáceos. *Libro de actas de la XIX Jornadas de Sociodrogalcohol*. Tenerife. p. 111-133.
- Rios, J.A. (1994). *Orientación y terapia familiar*. Fundación Instituto de las Ciencias del hombre. Madrid.
- Sánchez-Carbonell, J., Camí, J. Y Brigós, B. (1988) "Follow-up o heroin addicts in Spain (EMETYST Project) Results 1 year after treatment admision". *British Journal of Addiction*, 83, 1439 – 1448.
- Sánchez-Carbonell, J., Brigós, B., y Camí, J. (1989). "Evolución de una muestra de heroinómanos dos años despues del inicio del tratamiento" (Proyecto EMETYST). *Medicina clínica*, 92, 135-139.
- Sanchez- Hervas, E. (1995) "Variables psicosociológicas que definen la conducta de adicción a opiáceos" Tesis doctoral dirigida por Enrique Berjano Peirats. Área de Psicología Social. Universidad de valencia.
- Sánchez-Hervas, E & Berjano, E. (1996) "Predicción de la conducta de adicción a heroína: un estudio experimental". *Adicciones*. 8, 149-160.
- Sanchez Pardo, L. (1993). Las perspectivas de los programas de reducción de daños para drogodependientes. *R.T.S.* nº 130 p. 55-67.
- Sarason, B., Shearin, E. y Pierce, G. (1987). Interrelations of social support measures: Theoretical and practical implications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52,4, 813-832.
- Sarason, I. G., Pierce, G.R. y Sarason, B.R. (1990). Social support and interactional processes: A triadic hypothesis. *Journal of social and Personal Relationships*, 7, 495-506.
- Saunders , B. y Allsop, S. (1987) "Relapse: A psychological view" *British Journal of Addictions*, 82, 417 – 429.

- Saunders, B., Wilkinson, C., y Allsop, S. (1991), "Motivational intervention with heroin users attending a methadone clinic" En Miller, W.R y Rollnick, S. *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviors*, New York, Guilford Press.
- Schaefer, C., Coyne, J.C., y Lazarus, R. (1982). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 381-406.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw Hill.
- Shumaker, S.A. y Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues*, 40, 11-36.
- Stanton, M. D.; Todd, T.C.; Heart, B.; et al. (1994). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Gedisa. Barcelona.
- Stevenson, C. (1993). Combinig quantitative and qualitative methods in evaluating a course of family therapy. *Journal of Family Therapy*. nº 15.p. 205-224.
- Stimson, G., Oppemheimer, E, & Thorley, A. (1978), "Seven year follow-up of heroin addicts: drug use and outcome" *British Medical Journal*, 1, 1190-1192.
- Stimson, G., Oppemheimer, E. (1982) *Heroin Addiction*. Tavistock. Londres.
- Taylor, S. J., Bogdan, R. (1986) *Introducción a los metodos cualitativos de investigación*. Paidós. Buenos Aires.
- Tejero, A., Casas, M. (1992) "Trastornos de la personalidad en pacientes adictos a los opiáceos: incidencia, modelos explicativos de interrelación y repercusión clínico-asistenciales" En Casas, Ed: *Trastornos psíquicos en las toxicomanías*. Sitges. Neurociencias.
- Tejero, A., Trujols, J. y Casas, M. (1993). Prevención de recaídas: su aplicación en un contexto clínico, en Casas y Gossop (Eds.) *Tratamientos psicológicos en drogodependencias: Recaída y prevención de recaídas* Sitges, Ediciones en Neurociencias.
- Tejero, A., Trujols, J. (1994) "El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente: un modelo dinámico del cambio en el ámbito de las conductas adictivas". En Graña. J.L. *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid. Editorial Debate.
- Thoits, P.A. (1982). Life stress, social support, and psychological vulnerability: Epidemiological considerations. *Journal of Community Psychology*, 10, 341-362.

- Thomas, W. y. Znaniecki, F. (1920). *The Polish peasant in Europe and America*. New York: Knopf.
- Thompson, P. (1978) *The Voice of the past: Oral History*. Opus Books, Oxford University.
- Tomás, V. (1993) La recaída en el tratamiento de la abstinencia en adictos a opiáceos. *"Informació Psicològica"* 53 (3) 27-30.
- Torrens, M. Castilla, C. y San, L. (1995) Programas de metadona de bajo umbral. En Casas, M. Gutierrez, M y San, L. *Avances en Drogodependencias*. De Neurociencias. 45-48.
- Trullols, J.;Tejero, A y Abellanas, L. (1993), "Aspectos psicológicos de la desintoxicación e intervenciones terapéuticas mínimas" En J. Cadafalch y M. Casas, *El paciente heroínómano en el hospital general*, Madrid, Plan Nacional sobre Drogas.
- Trullols, J.;Tejero, A. & Casas, M. (1996) "El fenómeno de las recaídas en el tratamiento de las conductas adictivas y su repercusión en la dinámica asistencial". *Adicciones*. 8, 349 – 367.
- Turner, R. J. (1983), "Direct, indirect, and moderating effects of social support on psychological distress and associated conditions", En H. Dapnan, *Psychosocial stress: Trends in theory and reseach*, New York. Academic Press.
- Valverde, M.; Martinez, M. e Inchauspe. (1991). Intervención familiar y retención de adictos a opiáceos en tratamiento ambulatorio. *Adicciones*.Vol 3. nº 4. p 317-340.
- Vaux, A. (1992). Assessment and analysis. En H. Veiel y U. Baumann (Eds), *The meaning and measurement of social support*. New York: Hemisphere.
- Vaux, A. y Wood, J. (1987). Social support resources, behavior, and appraisals: A path analysis, *Social Behavior and Personality*, 15,107-111.
- Vaux, A., Burda, P. Jr. y Stewart, B. (1986). Orientation towards utilizing support resources. *Journal of Community Psychology*, 14, 159-170.
- Vega, A. (1992). Modelos interpretativos de la problemática de las drogas. *R. Española de drogodependencias*. Vol. 17, nº 4. p. 221-232.
- Veiel, H. y Baumann, U. (1992). Coments on concepts and methods. En H. Veiel y U. Baumann (Eds.), *The meaning and measurement of social support*. New York: Hemisphere.

- Velicer, W.F., DiClemente, C. C., Prochaska , J.O. y Bradenburg, N. (1985) “A decisional balance measure for assessing and predicting smoking status”, *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1279 – 1289.
- Velicer, W.F., Prochaska, J.O., Rossi, J. S. y Snow, M.G. (1992) “Assessing outcome in smoking cessation studies” *Psychological Bulletin* 111, 23 – 41.
- Weiss, R.L. (1974). The provisions of social relationships. En Z.Rubin (De), *Doing unto others*. NJ.: Prentice-Hall: Englewood Cliffs.
- Wheaton, B. (1983). Stress, personal coping resources, and psychiatric symptoms: An investigation of interactive models. *Journal of health and Social Behavior*, 24, 208-229.
- Wikler, A. (1965) Conditioning factors in opiate addictions relapse. Wilner D.M., Kassembaum (eds) *Narcotics*. New york: McGraw-Hill. 85-100.
- Wills, T.A. (1985) Supportive functions of interpersonal relationships. En S.Cohen y S. L Syme (Eds), *Social support and health*. New York: Academic Press.