

# **EL ROL DEL PACIENTE EXPERTO EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES**

---

**UNA PROPUESTA PARA PALIAR LAS  
ALTAS TASAS DE ABANDONO  
PREMATURO EN COMUNIDADES  
TERAPÉUTICAS**

**Marc Miguel Martínez**

Estudiante de 4º de Terapia Ocupacional en la Universidad de Vic, 2012-13

Sagrada Familia, 7, 08500 Vic (España).

[Marcos.Miguel@uvic.local](mailto:Marcos.Miguel@uvic.local)

10/05/2013



1.	Resumen .....	5
2.	Antecedentes y estado actual del tema .....	6
2.1.	Paciente experto (PE) .....	6
2.2.	Comunidad Terapéutica (CT).....	8
2.3.	La visión de Terapia ocupacional.....	11
2.3.1.	Re-construir una personalidad saludable: ¿Quién soy? .....	12
2.3.2.	¿Cómo y de qué forma ayudar?.....	14
3.	Primera hipótesis de trabajo.....	15
4.	Objetivos.....	16
4.1.	Objetivo general .....	16
4.2.	Objetivos específicos.....	16
5.	Metodología.....	17
5.1.	Primera parte.....	19
5.1.1.	Revisión sistemática de la evidencia científica publicada.....	19
5.2.	Segunda parte .....	21
5.2.1.	Confección e implementación de los cuestionarios: Necesidades asistenciales de los usuarios y opinión del rol del E-ASAA como “PE” .....	22
5.2.2.	Confección y ejecución de las entrevistas cualitativas focalizadas .....	24
5.3.	Tercera parte.....	25
5.3.1.	Metodología utilizada en la descripción e interpretación de los resultados de las investigaciones cualitativas.....	25
5.4.	Cuarta parte: contacto y formación de los E-ASAA (sin implementar) .....	26
5.5.	Quinta y última parte: evaluación final del Proyecto (metodología a decidir) .....	27
6.	Resultados de la investigación.....	28
6.1.	Descripción de los resultados de la investigación cualitativa a los residentes de CT: cuestionarios .....	28
6.1.1.	Pre-entrada y primeras semanas en CT (preguntas de 1 a 6) .....	28
6.1.2.	Estancia en CT (preguntas de 7 a 11) .....	35
6.1.3.	Futura Alta Terapéutica: (pregunta 12) .....	41
6.2.	Descripción de los resultados de la investigación cualitativa a los informantes clave de Fundación Salud y Comunidad: las entrevistas.....	42
6.2.1.	Entrevista a Jordi Murillo, Director de la CT “Can Coll” .....	42
6.2.1.1.	Puntos clave entrevista .....	50
6.2.2.	Entrevista al Sr. Francisco González, Presidente de la Fundación Salud y Comunidad 50	
6.2.2.1.	Puntos clave entrevista .....	56
7.	Discusión de toda la investigación cualitativa .....	57
8.	Hipótesis de trabajo definitiva .....	60
9.	Objetivos del Proyecto Mi Amigo de Comunidad.....	61
9.1.	Objetivo general .....	62
9.2.	Objetivos específicos.....	62
10.	Metodología del Proyecto “Mi Amigo de Comunidad”.....	63
10.1.	Contraprestación económica.....	63
10.2.	Presupuesto del Proyecto .....	64
11.	Conclusión.....	64
12.	Agradecimientos y nota final del autor .....	66
	Bibliografía.....	68
	ANEXO 1 .....	73

Tabla desglose de actividades en PFG1-2: .....	73
ANEXO 2 .....	76
Categorías y unidades conceptuales utilizadas en la tabulación de los cuestionarios:.....	76
ANEXO 3 .....	86
Preguntas clave de las entrevistas focalizadas: .....	86
Entrevista al Sr. Francisco González (Presidente Honorífico de Fundación Salud y Comunidad; “Riera Major”, Viladrau, 12-02-2013): .....	86
Entrevista al Sr. Jordi Murillo (Director de la CT de “Can Coll”, Manresa, 03-05-2013):.....	87
ANEXO 4 .....	88
Cuestionario sobre las necesidades de los usuarios residentes de una CT: .....	88
ANEXO 5 .....	93
Presupuesto parte 1,2 y 3: .....	93
ANEXO 6 .....	94
Autorización de registro de audio.....	94

# 1. Resumen

El objetivo de este estudio recae en cómo y de qué forma el ex adicto a sustancias alteradoras del ánimo (E-ASAA), cursando por el estadio de mantenimiento, puede ejercer el rol de asesor y promotor de salud, como “Paciente Experto”, conjuntamente con los profesionales especializados en drogodependencias. Paralelamente este “cómo y de qué forma” viene a dar respuesta a una necesidad existente en las Comunidades Terapéuticas, a saber, reducir las Altas Voluntarias (AV) de los residentes recién incorporados y tras su Alta Terapéutica (AT). Sin embargo, se requiere de una investigación de tipo cualitativo para determinar los factores desencadenantes que inducen a esta prevalencia de AV y recaídas post-AT.

Los resultados extraídos de la investigación a informantes clave muestran como existe un deficitario asesoramiento pre-entrada y acompañamiento post-AT. El E-ASAA, debidamente formado, podría dar respuesta a estas demandas asistenciales, mejorando así la completa reinserción de los usuarios de CCTT. La Propuesta del Proyecto “Mi amigo de Comunidad” integra este conocimiento aportando soluciones.

**Palabras clave:** análisis cualitativo, comunidad terapéutica, paciente experto, rehabilitación.

## **Abstract:**

The main purpose of this project is to analyze how the former addict of mood-altering substances can take the role of adviser and health promoter, acting as “expert patient”, together with the specialized professionals in drug addictions. In parallel this “how” covers an existing need in the therapy communities, as reduces the voluntary discharges (VD) of the new residents and just after their therapeutic discharge (TD). Nevertheless, a qualitative investigation needs to be performed in order to determine the factors that triggered the prevalence of VD and the post-TD relapses.

The results extracted from this investigation to key-informers show how a poor pre-entrance advice and post-TD companion exist. The E-ASSA properly formed could cover these existential demands, improving the proper re-insertion of the CCTT users. The project proposal “My community friend” handles this knowledge and provides solutions.

**Key words:** qualitative analysis, therapeutic community, expert patient, rehabilitation.

## 2. Antecedentes y estado actual del tema

### 2.1. Paciente experto (PE)

Los modelos paternalistas están dejando paso a otros modelos sanitarios holísticos, donde la autonomía del paciente adquiere una importancia fundamental (López, 2007). En este sentido, se legitima su aportación como agente activo y colaborador del proceso asistencial (Holman y Lorig, 2000)<sup>1</sup> y no como agente pasivo (CSIP, 2007) o como mero objeto científico.<sup>2</sup> La consecuencia más ilustrativa es el auge de los programas denominados de «paciente experto» (PE), (Hainsworth, 2005; Molina, Cataño y Massó, 2008; García, 2011; Plews, 2011) y así como aquellos otros Programas auto-gestionados por los propios pacientes (Lawn, Battersby, Pols, Lawrence, Parry y Urakalo, 2007)

Vivir con una enfermedad crónica genera a la persona que la padece el aprendizaje en el manejo de consecuencias físicas, psíquicas y sociales (Department of Health, London, 2001; Anthony, 2003), las cuáles de no darse la enfermedad no serían adquiridas. Por consiguiente, cuando hablo de “paciente experto” me refiero a la convicción de que el usuario –y sus allegados-, disponen de un conocimiento valioso y útil, inaccesible por otras vías (Coulter, 2007). Estas habilidades, experiencias y conocimientos adquiridos por los usuarios han sido durante mucho tiempo un recurso infrutilizado. Actualmente, la evidencia científica muestra lo valioso de tener

---

<sup>1</sup> Las primeras experiencias con Programas de Pacientes Expertos se llevaron a cabo en el Servicio Nacional de Salud Británico y en la Universidad de Stamford (EEUU), donde la investigadora Kate Lorig lleva 20 años utilizando estos programas con enfermos de artritis, artrosis, diabetes, esclerosis múltiple, obesidad, enfermedades cardíacas o pulmonares, cáncer, etc., así como con sus cuidadores o familiares, (Holman H, Lorig K, 2000).

<sup>2</sup> EX-IN (EXperienced INVolvement). [página web en internet]. Bremen: Initiative zur sozialen Rehabilitation e.V. Disponible en: <http://www.ex-in.info>.

en cuenta este recurso (García, 2002; National Schizophrenia Fellowship UK, 2003; ONUSIDA, 2003; Palomer, Izquierdo, Leahy, Masferrer y Flores, 2010)<sup>3</sup>

A pesar de esta notable repercusión, especialmente en lo que refiere a las enfermedades crónicas, una reciente revisión de la biblioteca Cochrane pone de manifiesto que se requiere de un mayor control y una selección adecuada de las variables en los futuros estudios<sup>4</sup> así como un escaso número de estudios longitudinales (Foster, Taylor, Eldridge, Ramsay y Griffiths, 2008)<sup>i</sup> –impacto en el tiempo–.

En el ámbito de las drogodependencias aún es más escasa la evidencia científica publicada, todo y ser un precursor en la utilización de esta metodología de trabajo<sup>5</sup>. Una de sus causas es la escasa formación que poseen los profesionales sanitarios en este ámbito, especialmente en Atención Primaria, tal y como señalaba ya hace tiempo y sin evidencia de mejora la propia OMS, (Grant y Hodgson, 1992).

No obstante, los escasos estudios publicados muestran como los usuarios poseen una notable percepción acerca de que “el paciente experto”

---

<sup>3</sup> Un ejemplo de ello es el Programa de Prevención y Control del SIDA (AIDSCAP) de “Family Health Internacional/USAID”, donde 116 de los 195 proyectos de Comunicación para el cambio de comportamiento aplicaron la educación inter-pares, (ONUSIDA, 2000).

Otro ejemplo de calado es el denominado como Proyecto multi-céntrico de investigación EMILIA (*Empowerment of Mental Illness Service Users: Lifelong Learning, Integration and Action*) el cuál se vertebraba según las premisas de la formación continuada (LLL), la capacitación de los usuarios (empoderamiento) y, fundamentalmente, la legitimización de los usuarios vistos como expertos. Cabe destacar el relevante papel de España en este ambicioso Proyecto. Emilia (*Empowerment of Mental Illness Service Users: Lifelong Learning, Integration and Action*). [página web en internet]. Disponible en: <http://www.emiliaproject.net/>

Otro ejemplo de peso es el Proyecto llamado “Bola de Nieve” (SEISIDA, 1999). Éste último hace mayor hincapié en la formación de los usuarios como potenciales agentes de salud. El proyecto enmarcado dentro de la filosofía más general de las estrategias de Reducción de Daños y Riesgos aprovechaba la experiencia de personas que padecían SIDA en sus Programas, (Lalinde G, 2002).

<sup>4</sup> Por ejemplo, variables como el impacto hacia la propia enfermedad o la auto-eficacia percibida, (Foster G y cols., 2008).

<sup>5</sup> La Asociación de Alcohólicos Anónimos (A.A.) se inauguró en EEUU en el año 1935. [página web en internet]. Su pág.web en España: <http://www.alcoholicos-anonimos.org>

desempeñe un papel relevante en el proceso de su propio «empoderamiento», (Ortiz, Soriano, Galván, Rodríguez, González y Unikel, 2007)<sup>6</sup>

La educación promovida a través de agentes de salud (PE) como estrategia facilitadora de cambios de comportamiento (Documento Marco sobre Reducción de Daños, Barcelona, 2000)<sup>7</sup> se basa en teorías bien conocidas, como la teoría de la Difusión de la Innovación de Rogers (Rogers, 1983)<sup>8</sup> la teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1986), o la teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen (1980).

## **2.2. Comunidad Terapéutica (CT)**

A Maxwell Jones se le conoce como el fundador de las denominadas CCTT<sup>9</sup>. Su aportación más notable fue la liberación de los pacientes psiquiátricos de la opresión institucional y de la etiqueta psiquiátrica y su transformación en personas (Palacios, 2007). No fue hasta 1979 que en nuestro país empezaron a desarrollarse (Zelaya, 1983), especialmente tras el “boom” del consumo de

---

<sup>6</sup> Un estudio cuantitativo y cualitativo llevado a cabo en Méjico y en colaboración con la OMS dio a conocer que el 75% de los usuarios encuestados veían a los grupos de auto-ayuda como la mejor alternativa asistencial. Esta buena impresión acerca de los grupos de auto-ayuda se debe a que para ellos son personas que han pasado por su misma experiencia, que los comprenden mejor y son más solidarios. (Ortiz A y cols. 2007)

<sup>7</sup> La educación inter pares se ha aplicado en muchas áreas de la salud pública, como educación sobre nutrición, planificación familiar, consumo de drogas y prevención de la violencia. Sin embargo, en el campo del VIH/SIDA la educación inter pares destaca por la frecuencia de ejemplos de aplicación en la documentación internacional reciente sobre salud pública, (Documento Marco sobre Reducción de Daños; Barcelona, 2000)

<sup>8</sup> En 1954, el Ministerio de Sanidad de Perú puso en marcha un Programa de salubridad de sus aguas, especialmente enfocado a los pueblos periféricos de Lima. Éste consistía a hervir el agua antes de su consumo. Se pudo comprobar, dos años después, que el Programa había sido un total fiasco. El sociólogo Everett Rogers, teorizó acerca del porqué una innovación no era acogida en la sociedad de la misma forma. El mensaje, en muchas ocasiones, no era recibido por igual. Ello se debía a que no se informaba adecuadamente del porqué de su práctica, tampoco se tenía en cuenta al mensajero y su legitimidad y/o popularidad, en definitiva de la idiosincrasia de los pueblerinos. En consecuencia, en el ámbito de las drogodependencias tan importante es el mensaje como el mensajero mismo. Siguiendo la teoría de Everett, el mensajero debe poseer un conocimiento exhaustivo de los receptores del mensaje además de ser un representativo portavoz de éstos. (N. del A.)

<sup>9</sup> Las formas de trabajar que se desarrollaron en el Belmont Hospital, cerca de Londres, en 1953: no usar uniformes, tratar a las personas por su nombre, hacerlos participar en las decisiones acerca de sus vidas, ser corteses, no usar la violencia, evitar las jerarquías, dar información a las personas cuando la requieren, dar trabajo y traer a la familia a participar de este proceso. Fueron en esos tiempos y son hoy día poderosas armas morales y técnicas que luchan contra la rigidez institucional y la deshumanización, (Jones M, 1953).

heroína (Fase mítica: 1979-84). Desde entonces, las CCTT que han sobrevivido son aquellas que han sabido amoldarse a los nuevos perfiles de consumidores adictos.

Los últimos estudios realizados muestra que existen en nuestro país un total de 119 CCTT acreditadas, las cuales ofertan en torno a 3.200 plazas, realizan unas 7.100 admisiones al año y proporcionan unas 2.600 altas terapéuticas (Comas, 2006). Ofrecen tratamientos “multi-componentes” (Becoña y Cortés, 2008)<sup>10</sup>, incorporando gran variedad de abordajes siendo la terapia psicológica el más destacado (Fernández, Arias, Castillo, Roncero, Rovira y Secades, 2008; Foster, Taylor, Eldridge, Ramsay y Griffiths, 2008). Sin embargo, no existen pruebas suficientes para establecer si las CCTT son más efectivas en comparación a otros tratamientos alternativos para el cese del consumo de sustancias alteradoras del ánimo (Smith, Gates y Foxcroft, 2006).

Lo que sí muestra la evidencia científica publicada hasta la fecha es que las CCTT son claramente más efectivas tras los primeros meses de tratamiento en la medida que presentan menor nivel de recaídas y abandonos (Greenwood, Woods, Guydish y Bein, 2001) en comparación a otros servicios<sup>11</sup>. Empero, existe un umbral, traspasado el cual, estos datos sí que son significativos en el cese del consumo. Es decir, el abandono voluntario es más alto en los primeros días de tratamiento disminuyendo conforme la persona permanece en la CT (De Leon y Schwartz, 1994). Ya en los años ochenta, estudios sobre los Programas *Daytop Village* y *Phoenix House* así como otros algo más recientes corroboraron esta realidad (De Leon, Wexler y Jainchill, 1982; Uchtenhagen y Zimmer, 1987; Berglund y cols., 1991; De Leon, 1993; Broekaert, Raes, Kaplan y Coletti, 1999; Nemes, Wish y Messina , 1999)

---

<sup>10</sup> **Nivel de evidencia 2:** Los componentes activos de cambio de las CCTT son: control estimular, **modelado**, reforzamiento de conductas adaptativas, manejo del tiempo, entrenamiento en habilidades, prevención de recaídas, toma de decisiones, manejo de cogniciones y emociones, y feedback y reforzamiento de los progresos, (Becoña E y Cortés M, 2008., p.58).

<sup>11</sup> A nivel hospitalario o ambulatorio, p.ej. (N. del A.)

Los estudios actuales muestran que el 60-70% de los residentes iniciales continúan su tratamiento una vez transcurridos 90 días tras su ingreso<sup>12</sup>. Éstos últimos también enfatizan en las variables dinámicas, como factores que influyen en la adherencia al proceso de internamiento, tales como la concienciación sobre la entrada a un recurso de este tipo, la presión judicial externa y, sobre todo, el estadio de cambio (Prochaska y DiClemente, 1986), en el cual se encuentra la persona coincidiendo con las investigaciones anteriores (Hubbard, Collins, Rachall, Cavanaugh, 1988; De León, 1988; Condelli y De León, 1993; De León, Melnick, Kressel y Jainchill, 1994; Simpson y Joe, 1993). En consecuencia, la diatriba entre la reclusión forzosa durante estas primeras semanas de internamiento y la decisión del Alta Voluntaria como derecho legítimo de la persona en cualquier momento –en consonancia con los principios fundacionales de Maxwell Jones–, es una preocupación, aún hoy en día, importante dentro de las CCTT. De cualquier forma, los factores de motivación y preparación para la entrada (concienciación del tipo de recurso) evidencia la contribución de éstos en la evolución favorable del tratamiento en las CCTT, (De Leon, Melnick y Hawke, 2000; Melnick, De Leon, Thomas, Wexler y Kressel, 2001)

Resumiendo, el 30% de los ingresados son Altas voluntarias antes del año de tratamiento, concentrándose la mayoría de éstas en el primer mes. Por consiguiente, la duración de la estancia en una CT es el mejor predictor de éxito, (Becoña y Cortés, 2008).<sup>13-14</sup>

---

<sup>12</sup> Estos Estudios coinciden con los realizados el siglo pasado (1980 en adelante) en diferentes países europeos en los que se mostraba que entre el 25-50% de los usuarios ingresados se mantenían abstinentes al año de seguimiento. Esta cifra se elevaba hasta el 90% si solo se tenían en cuenta los sujetos que finalizaban los Programas, (Uchtenhagen y Zimmer-Höfler, 1987; Berglund et al., 1991; Broekaert et al., 1999; Nemes et al., 1999; Mesina, Wish y Nemes, 2000).

<sup>13</sup> **Nivel de evidencia 1:** El porcentaje de usuarios que abandonan el tratamiento en las CCTT es elevado y la mayoría de los abandonos se produce durante las primeras semanas de la admisión, (Becoña E, Cortés M, 2008).

<sup>14</sup> **Grado de recomendación B:** Es recomendable desarrollar estrategias para incrementar la retención de los pacientes, ya que el aumento de las tasas de retención está asociado a la reducción del consumo de drogas, (Becoña E, Cortés M, 2008).

### **2.3. La visión de Terapia ocupacional**

Apenas existen trabajos disponibles en la literatura científica que refieran el trabajo de la Terapia Ocupacional en este campo y los existentes con relevancia científica están obsoletos (Hosack, 1952 y Lindsay, 1983).

La Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO, 1999) define ésta como «la disciplina socio-sanitaria que evalúa la capacidad de la persona para desempeñar las actividades de la vida cotidiana e interviene cuando dicha capacidad está en riesgo o dañada por cualquier causa». Por ende, cuando desde Terapia Ocupacional se habla de ocupación, se refiere a actividades de la vida cotidiana, nominadas, organizadas, y con un valor y significado concreto para las personas de una determinada cultura. La ocupación es lo que hacen las personas para el desempeño de sus roles, que incluye el cuidado de sí mismo (...), el ocio (...), y la participación social y económica de la comunidad (Law, Polatajko, Baptiste y Townsend, 1997). En consecuencia, dado el desequilibrio y disfunción ocupacional (Riveros, 2004) al que está supeditada la persona adicta en su proceso de recuperación está más que justificada la intervención desde Terapia Ocupacional. Además, la Terapia Ocupacional tiene una visión humanista positivista de las personas, es decir, su visión está focalizada en “lo que uno puede hacer” aún y a pesar de la problemática que cause la disfunción ocupacional, en este caso la adicción a sustancias alteradoras del ánimo. Es por ello que el terapeuta ocupacional tiene como sistema de categorización de referencia la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001)<sup>15</sup>

Esta óptima funcionalidad que defiende la OMS está intrínsecamente relacionada con el desempeño de actividades y/o ocupaciones, englobadas éstas en actividades de la vida diaria básicas, instrumentales o avanzadas

---

<sup>15</sup> Mientras la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) clasifica a las enfermedades, la CIF clasifica la salud. (N. del A.)

(AVDB/I/A) de forma competente y saludable. A su vez, requieren ser experimentadas como necesarias, útiles y gratificantes y ello acarrea una inversión de tiempo, ya sea para aprenderlas (conductas adaptadas) o consolidarlas (hábitos). Sin embargo, esta estructura temporal de las ocupaciones desempeñadas –que nos aporta seguridad y conforma quién soy a partir de lo que hago-, resulta ser el mayor hándicap al que debe hacer frente el recién abstinente debiéndose de re-construir nuevamente, ahora, de forma saludable.

### **2.3.1. Re-construir una personalidad saludable: ¿Quién soy?**

Un modelo más que pertinente para el trabajo en drogodependencias es el Modelo de Ocupación Humana (Kielhofner, 2004), ya que el proceso ilustra claramente el circuito dinámico de exploración, competencia y logro. De acuerdo a este modelo toda ocupación nace de una tendencia innata y espontánea del ser humano, que lo lleva a explorar y a sentirse eficaz en el ambiente. Además, propone que las elecciones para involucrarnos en cualquier comportamiento ocupacional, están influenciadas por disposiciones simbólicas y un «auto-conocimiento» (Riveros, 2004), las que se refieren a orientaciones emocionales y cognitivas hacia las ocupaciones, impactadas tanto por la experiencia previa como por anticipaciones hacia el futuro. Cada vez que se realiza una selección de una actividad, se anticipa una experiencia o resultado particular y/o algún objetivo que se espera alcanzar. Sin embargo, en las personas con consumo problemático de drogas y/o adictos a ellas, existe generalmente una alteración en este auto-conocimiento, lo que conlleva a una elección errónea de las ocupaciones, las cuales pueden encontrarse por sobre o bajo sus habilidades, situación que puede condicionar frustración o bajo nivel de satisfacción en la actividad. De ésta forma, la persona buscará actividades que le generen expectativas positivas y que indiscutiblemente lo lleven a alcanzar su objetivo. Dentro de éstas actividades se encuentran las relacionadas directa o indirectamente al consumo, el cual le provee de experiencias satisfactorias. Es por ello que las etapas denominadas, según el modelo Transteórico de de las etapas del cambio (Prochaska y DiClemente,

1986), como contemplación y determinación, las experiencias saludables previas favorecedoras del cese en el consumo y que aumentan la motivación hacia el cambio son relativamente escasas, excesivamente estériles, además de difíciles de hallar por encontrarse demasiado lejanas en el tiempo.

Hasta aquí se llega al consenso del deficitario auto-conocimiento que posee de sí mismo el recién abstinente. Resulta evidente que toda la batería instrumental propia de Terapia Ocupacional enfocada en el rescate de información relativa a la historia ocupacional está toda ella intoxicada y alterada por la sustancia y, en consecuencia, no excesivamente determinante.

Toda actividad pasada gratificante lo es por la sensación que ésta nos aportaba, directa o indirectamente. Por ende, debe discernirse si era gratificante la actividad o lo era debido a la sustancia. La exploración aquí no resulta sólo como una oportunidad de encontrar una ocupación significativa sino que además de ello, es imperativa para hallarse uno mismo. La personalidad, entendida ésta como la identificación de quién soy, cómo soy, qué me gusta o me disgusta, en qué soy competente, etc., se construye en una dialéctica constante a través del hacer, de la interacción de nosotros con el medio y las demás personas. Ahora, de pronto, el recién abstinente se encuentra en la disyuntiva de qué toda esta información de lo que soy y no soy, de lo que me gusta y disgusta, en qué me considero competente y en qué soy torpe, es y debe ser cuestionada, reactualizándose a través del camino que ahora posibilita la abstinencia.

Utilizando una terminología más propia de Terapia Ocupacional encontramos que los roles, rutinas y hábitos desempeñados resultan aquéllos que, en su mayoría y paradójicamente, no deseamos seguir fortaleciendo. Ahora éstos, deben re-construirse en un nuevo proyecto de vida saludable. Es por ello, que la Terapia Ocupacional en drogodependencias rara vez se centrará en un área

ocupacional en concreto sino que de forma integral brindará asistencia en todas y cada una de las áreas, ahora, desequilibradas por el consumo<sup>16</sup>.

Este pobre auto-conocimiento provoca que el recién abstinente se sienta frecuentemente des-personalizado. Describirse quién es a partir de la actividad desempeñada en el pasado es sumamente complicado pues la mayoría de su “hacer” está intoxicado por la sustancia. En este sentido, el afrontar ciertas adversidades de la vida diaria sin este bagaje previo condena a éste, frecuentemente, a un sentimiento de “vacío”, donde determinados ambientes y contextos son experimentados en demasiadas ocasiones como hostiles. Obviamente este pobre bagaje no actúa como aliado en el mantenimiento de la abstinencia y, menos aún, en un entorno completamente desconocido para la persona como es el ingreso a una CT en régimen cerrado.

### **2.3.2. ¿Cómo y de qué forma ayudar?**

La observación en profundidad de dichas cuestiones ha propiciado mi interés y motivación hacia una mayor comprensión del fenómeno relativo a los factores desencadenantes de las mencionadas y recurrentes Altas Voluntarias (AV). Mi particular posicionamiento se decanta por el intento de hallar explicaciones y soluciones factibles alienas, a la vez que complementarias, al reduccionista síndrome de abstinencia físico que aporta el Modelo Biologicista. Por consiguiente, las aportaciones de Aaron Beck (1993) y Stephen Rollnick (1991) resultan esenciales para comprender el proceso que ocurre en el denominado “*craving condicionado*”<sup>17</sup> y principal causante de estas recurrentes AV.

---

<sup>16</sup> No obstante, tal vez y por las mismas características del drogodependiente, el área de ocio y tiempo libre es el más trabajado dado el potencial de riesgo que posee. (N. del A.)

<sup>17</sup> El *craving condicionado* no es más que las ganas irrefrenables de consumir provocadas por la exposición a un estímulo o situación de alto riesgo y totalmente ajeno a una causa orgánica como factor causal (Síndrome de abstinencia físico). Ésta exposición no solo es física, como por ejemplo el encontrarse una “papelina” de cocaína olvidada en una chaqueta sino que puede ser endógena como podría ser el recrearse en pensamientos de consumo, (Miller R W, Rollnick S. *La entrevista motivacional*. Paidós; Barcelona, 1991).

Paralelamente, el ex adicto a sustancias alteradoras del ánimo (E-ASAA)<sup>18</sup>, cursando en estadios de mantenimiento (Prochaska y DiClemente, 1986), puede ejercer el rol de asesor y promotor de salud (agente de salud), conjuntamente con los profesionales especializados en drogodependencias con los residentes recién ingresados en una CT. Además, dado el actual contexto de crisis económica, toda aportación comunitaria es de incalculable valor y ya no sólo en el ámbito de las drogodependencias. No obstante, este proyecto tiene como objeto el “cómo” y, por ende, no basta solo con buenas intenciones.

Tal y como señala la premio Nobel Rigoberta Menchú<sup>19</sup>, «si existe un amplio consenso en el Mundo del Voluntariado de acción social, tal vez encontremos el de mayor calado en aquel que remite a la necesaria formación de los voluntarios para que puedan enfrentarse con calidad y altura de miras a los vaivenes de la acción solidaria. Así hablamos de que con la buena voluntad no basta, hay que formarse» (cit. Allende y cols., 2010: 359), o el influyente teórico educativo Paolo Freire, «actuar sin reflexión es activismo, pensar sin actuar es palabrería [...]» (1997: 59)

### 3. Primera hipótesis de trabajo

Todos los datos hasta ahora mostrados evidencian que los E-ASAA poseen el potencial de “capacitar” conjuntamente y bajo supervisión profesional al residente recién ingresado en CT en el manejo de su propio “auto-cuidado” durante su proceso terapéutico dedicado al cese del consumo. El rol desempeñado por el «Paciente Experto» (PE) y la transferencia de

---

<sup>18</sup> De ahora en adelante se utilizará la nomenclatura (E-ASAA) para describir al ex adicto de sustancias alteradoras del ánimo cursando por estadios de Mantenimiento (Prochaska, 1986) dado que el único término ilustrado en el Glosario de Términos de Alcohol y Drogas (OMS, 1994) no incluye ninguno más apropiado. El único existente, aunque demasiado ambiguo, es el de “recuperado”, ubicado en la categoría de “recuperación”, utilizado más comúnmente entre los ex consumidores de alcohol y asociado al Grupo de Ayuda Mutua Alcohólicos Anónimos (AA). (N. del A.)

<sup>19</sup> Rigoberta Menchú Tum nació en Uspantán, el 9 de enero de 1959. Es una líder indígena guatemalteca, miembro del grupo mayaquiché, defensora de los derechos humanos; embajadora de Buena Voluntad de la UNESCO y ganadora del Premio Nobel de la Paz y el Premio Príncipe de Asturias de Cooperación Internacional. (N. del A.)

capacitación ya se ha demostrado efectiva en otro tipo de patologías y enfermedades crónicas. Sin embargo, no existe evidencia suficiente del tipo de actuación que éstos deberían desempeñar para dar respuesta a las verdaderas necesidades del colectivo recientemente internado en una CT y que, a su vez, inducen a este citado aumento en la tasa de abandonos prematuros. Por lo tanto, aun y tener una hipótesis de trabajo bien definida, se requiere de mayor investigación para determinar qué tipo de formación precisan los E-ASAA para poder dar respuesta a esta demanda existente de la forma más eficaz y eficiente posible. Para ello resulta esencial el dar voz a los auténticos protagonistas. Qué piensan ellos. Qué sienten. En definitiva, cómo podemos ayudarlos y mejorar así nuestras intervenciones.<sup>20</sup>

## **4. Objetivos<sup>21</sup>**

### **4.1. Objetivo general**

- Reducir las tasas de Altas Voluntarias de los residentes de 2 Comunidades Terapéuticas ubicadas en Cataluña (Can Coll, Manresa; Riera Major, Viladrau)

### **4.2. Objetivos específicos**

- Confeccionar y realizar una investigación de tipo cualitativo para identificar y determinar las causas de los usuarios recién internados en una CT proclives a propiciar abandonos en su particular tratamiento.

---

<sup>20</sup> Aún y existir evidencia científica suficiente de las necesidades de los residentes en CCTT, sobre todo tras su recién ingreso, así como también de los datos estadísticos de efectividad y eficacia en comparación a otros tratamientos, estos estudios no aportan ningún dato revelador referente a la percepción subjetiva de los beneficiarios (a excepción de uno: Ortiz y cols., 2007). (N. del A.)

<sup>21</sup> Los objetivos específicos son susceptibles a modificarse tras la refutación/corroboração de la primera hipótesis de trabajo. (N. del A.)

- Confeccionar y realizar una investigación de tipo cualitativo para identificar y determinar las demandas asistenciales más problemáticas que se encuentran los profesionales sanitarios dentro del seno de la CT.
- Capacitar (formación) a los E-ASAA en la adquisición de competencias relativas a la concienciación pre-entrada a una CT de los residentes en lista de espera tomando como base las necesidades surgidas de las investigaciones cualitativas.
- Capacitar (formación) a los E-ASAA en la adquisición de competencias relativas al asesoramiento del proceso pre-post Alta Terapéutica (AT) de los residentes en CT tomando como base las necesidades surgidas de las investigaciones cualitativas.
- Capacitar (formación) a los E-ASAA en la adquisición de competencias relativas al soporte/acompañamiento de los residentes en sus primeras salidas de CT tomando como base las necesidades surgidas de las investigaciones cualitativas.
- Evaluar el impacto de la formación de los E-ASAA y su posterior desempeño como agentes de salud (PE) en sus particulares vidas.
- Evaluar el impacto de la intervención en relación al número de AV de los residentes de CT.

## **5. Metodología**

Al tratarse de una propuesta, el Proyecto “Mi Amigo de Comunidad” no se ha realizado en su totalidad. Sin embargo, se han establecido las bases necesarias para que éste pueda desarrollarse. Estas bases obedecen a la justificación de la demanda, el rol del E-ASAA como futuro agente de salud en el tratamiento de las drogodependencias, las nuevas demandas asistenciales

requeridas en CT y, muy importante, el dar voz a sus auténticos protagonistas, a saber, las personas recién internadas en CT.

Para facilitar la descripción del procedimiento metodológico desempeñado el proyecto se ha subdividido en cinco partes y obedece a cada una de ellas a los objetivos específicos antes citados y, todos ellos, al logro del objetivo principal. Las primeras tres partes tienen como objetivo rescatar información relevante y su posterior análisis que no solo justifique la implementación futura del proyecto sino que proporcione una guía sólida para la formación y capacitación de los E-ASAA para ejecutar su cometido lo más efectivo y eficiente posible. Así, mientras las dos primeras partes están orientadas a la obtención de esta información, la tercera tiene como objetivo principal el análisis de los resultados obtenidos y la corroboración/refutación de la primera hipótesis de trabajo. Tras ello, se establece la hipótesis de trabajo definitiva.

Las partes cuarta y quinta están orientadas al desarrollo de la propuesta del Proyecto “Mi amigo de Comunidad” en su totalidad a partir de los resultados obtenidos de la investigación (pendiente de validación por parte del equipo multidisciplinar).

Seguidamente se ilustra a modo de resumen la secuencia en la elaboración del PFG mediante una tabla (Tabla 1., pág. Siguiende). Tras ésta, se explica la subdivisión del Proyecto y la actividad principal desarrollada en cada una de las partes así como a los objetivos específicos a los que hace referencia:

<b>Partes</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Metodología y Estrategias</b>
<b>Parte 1</b>	Obtención de la primera hipótesis de trabajo	Revisión sistemática de la bibliografía existente en bases de datos relevantes en salud y extracción de resultados.  Establecimiento de los objetivos generales y específicos <sup>22</sup> .

<sup>22</sup> Los objetivos específicos son susceptibles a modificarse tras el análisis de los resultados cualitativos no siendo así para el general –reducir las AV en CT-.

<b>Parte 2</b>	Corroborar/refutar la primera hipótesis de trabajo mediante la obtención de información a través de informantes clave: factores desencadenantes de AV y papel del PE como agente de salud.	Confección cuestionarios de tipo cualitativo
	Corroborar/refutar la primera hipótesis de trabajo mediante la obtención de información a través de informantes clave: demandas asistenciales de las CCTT pertenecientes a la Fundación Salud y Comunidad	Confección de entrevistas de tipo cualitativo
<b>Parte 3</b>	Establecimiento de la hipótesis de trabajo definitiva	Análisis, descripción e interpretación de ambas investigaciones cualitativas.  Contrastación de los resultados con la primera hipótesis de trabajo.  Modificación de los objetivos específicos pertinentes.
<b>Parte 4</b>	Propuesta de intervención	Establecimiento y desarrollo de la guía metodológica para implementar el Proyecto logrando los objetivos determinados en la parte 1 o sus posibles modificaciones realizada en la parte 3.
<b>Parte 5</b>	Evaluación de resultados	Estudio cuantitativo transversal relativo al impacto en la frecuencia de AV tras el Proyecto.  Estudio cualitativo referente a la satisfacción y utilidad de la implementación del Proyecto tanto de los residentes, E-ASAAs como a los profesionales de CT.

**Tabla 1.:** Proceso en la elaboración del PFG

## 5.1. Primera parte

### 5.1.1. Revisión sistemática de la evidencia científica publicada

La revisión sistemática de la evidencia científica publicada hasta la fecha se ha llevado a cabo consultando las bases de datos de Salud más potentes (Cuiden Plus, Cochrane, JBIconnect+, Cinahl, Medline y PsycINFO) previa consulta de

los descriptores MESH a través de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS). Los descriptores utilizados han sido los siguientes: (en español)

1. Terapia por drogas
2. Abuso de drogas
3. Centros de Tratamiento de abuso de drogas
4. Dependencia de drogas
5. Consumidores de drogas
6. Estudio comparativo

(En inglés):

1. Evaluation of Results of Therapeutic Interventions
2. Therapeutic Community
3. Disability, alcohol-or drug-related
4. Self-help group
5. Expert patient
6. Co-therapist
7. Rehabilitation
8. Meta-Analysis (as topic; como tema)

Se han utilizado los operadores pertinentes para cada base de datos consiguiendo los siguientes resultados:

Para los descriptores “Meta-Analysis” AND “Abuso de drogas” OR “Dependencia de drogas” se encuentran 39 resultados con una mayor presencia de artículos de la base de datos PsycINFO, con relevancia excelente y/o de muy buen resultado. Sin embargo, los estudios hallados hacen referencia al tipo de consumo (9), perfil de usuario (7), *abstracts* (6), prevalencia (5) y sobre temas epidemiológicos (5); no encontrándose ningún estudio comparativo sobre los resultados en diferentes tipos de intervención.

Para los descriptores “self-help group” AND “Dependencia de drogas” la mayoría de estudios hallados hacen referencia a la Intervención en Atención Primaria (5) y muchos de ellos relacionados con consecuencias orgánicas. Su puntuación es inconsistente.

Para los descriptores “self-help group” surgen 58 resultados, 2 de los cuáles de relevancia excelente. No obstante, solo hacen referencia a grupos de autoayuda a personas adictas en prisiones y de rehabilitación psiquiátrica. Los más relevantes proceden de la base de datos SCOPUS.

Para los descriptores “Programa paciente experto” surgen 42 registros siendo nuevamente la base de datos SCOPUS y SCience Direct las más destacadas. Sin embargo, no se halla ninguno sobre el tema de drogodependencias. Cuando se incorpora los descriptores “Disability, alcohol-or drug-related” OR “dependencia de drogas” OR “Consumidores de drogas” solo el CERCATOT me proviene de 19 resultados, todos ellos de baja relevancia.

## **5.2. Segunda parte**

Aún y existir evidencia científica referente al fenómeno de las altas tasas de Altas Voluntarias (AV) tras los primeros días de ingreso en una CT y el papel que puede ejercer el “PE” en el acompañamiento (preparación para la entrada, motivación por modelaje, asesoramiento en el proceso, acompañamiento en salidas, etc.) y en consecuencia de la reducción de las AV, se requiere de una investigación de tipo cualitativo para poder discernir las verdaderas preocupaciones de los residentes. En este sentido, en el PFG1, se complementa la investigación mediante la confección de cuestionarios<sup>23</sup> enfocadas a las necesidades y preocupaciones de los residentes de la CT de Can Coll, Manresa. La información registrada facilita la elaboración posterior de la propuesta de intervención, a saber, preparación para la entrada, asesoramiento mediante correo ordinario o electrónico (a decidir), acompañamiento en las primeras salidas (a las 4-6 semanas aprox.) y tras el AT.

---

<sup>23</sup> Se desarrollará mediante el análisis por categorías y unidades siguiendo las directrices de: Salamanca Castro A B, Martín C. El diseño en la investigación cualitativa. Nure Investigación, nº26, febrero 2007; y Polit DF, Hungler BP. Diseño y métodos n la investigación cualitativa”. En: Polit DF, Hungler BP. Investigación científica en ciencias de salud, 6ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000, p. 231-47.

### **5.2.1. Confección e implementación de los cuestionarios: Necesidades asistenciales de los usuarios y opinión del rol del E-ASAA como “PE”**

Se elabora un cuestionario<sup>24</sup> auto-diligenciado<sup>25</sup> con doce preguntas, cada una de las cuales obedecen a las necesidades de pre-ingreso y ingreso, estancia y futura AT. Por lo que refiere a la confidencialidad se añade en el cuestionario un apartado en su cabecera el cual garantiza el anonimato y la subsiguiente protección de datos de acuerdo a la Ley Orgánica 15/1999. Asimismo, aporta datos propios del autor y el objeto de estudio.

Para la elaboración del cuestionario se parte de la previa información rescatada a partir de la revisión sistemática de la bibliografía existente hasta la fecha, la cual ha establecido la primera hipótesis de trabajo. Se utiliza como guía para su confección el trabajo realizado por Rodríguez, Gil y García (1996) estableciéndose el marco teórico-conceptual pertinente. En consecuencia, el modelo utilizado es el hipotético-deductivo ya que se han confeccionado las preguntas a partir de la primera hipótesis de trabajo. Es decir, las preguntas seleccionadas tienen como objeto corroborar o refutar esta primera hipótesis.

Su confección parte de una triangulación metodológica, ya que aun y ser mayoritariamente de tipo cualitativo se incorporan variables cuantificables como las respuestas de opción múltiple y/o en abanico y preguntas de clasificación.

Por tanto mi investigación –el apartado del cuestionario de preguntas abiertas-, se incluye en la fenomenología eidética que tiene por objetivo describir el significado de una experiencia a partir de la visión de quienes han tenido dicha

---

<sup>24</sup> Ver anexo 4: Cuestionario usuarios CT., p.89.

<sup>25</sup> El cuestionario es de tipo auto-diligenciado, es decir, resuelto en forma escrita por los propios sujetos de la investigación, tiene la ventaja de que reduce los sesgos ocasionados por la presencia del entrevistador, es un formato simple que facilita el análisis y reduce los costos de aplicación. Entre sus desventajas cabe destacar que el encuestador pierde el control de la secuencia de las respuestas y presenta menor porcentaje de respuestas. Además, se transfiere a los educadores que cuándo ésta sea distribuida a los usuarios se cercioren de que sepan que su participación es totalmente libre y que nada tiene que ver con su particular proceso en CT. (N. del A.)

experiencia. Aquí el investigador pone entre paréntesis sus presuposiciones al contrario que la investigación participativa (De la Cuesta, 2006). Éstas tienen como objetivo que la persona exprese libremente sus experiencias sobre las expectativas de CT (pre-ingreso), factores desencadenantes de “*craving condicionado*”, opinión sobre las dinámicas dirigidas por un “PE”, etc.

Las preguntas de opción múltiple y en abanico (jerarquizadas; de mayor a menor relevancia) está basado en el estudio de casos y sirven mayoritariamente para clasificar. Esta clasificación remite a conocer si un determinado fenómeno sucede y su frecuencia (Serrano, 1994), como por ejemplo si los usuarios internos poseen familiares o allegados que puedan ejercer de acompañantes en sus primeras salidas de CT.

Por lo que refiere a la transcripción, descripción, explicación e interpretación de los resultados de las preguntas abiertas obtenidas se ha utilizado el método de tabulación por categorización en unidades conceptuales. En este sentido todo y partir de un modelo hipotético-deductivo también se torna necesario el introducir el modelo inductivo, ya que es a partir de la síntesis de estas respuestas que se elaboran las unidades y no antes. Es decir, las unidades conceptuales están elaboradas a posteriori y, por lo tanto, no están prediseñadas.

En la descripción de los resultados se utilizan gráficos de soporte complementarios como los histogramas de barras y de sectores mediante la computación, tanto de las unidades conceptuales como las variables de clasificación, mediante el programa Excel de Microsoft.

Por último, cabe señalar que se ha escogido la opción de confeccionar este cuestionario ya que no se ha hallado evidencia de la existencia de ninguna escala validada pertinente a corroborar o refutar la hipótesis de trabajo. Las halladas son específicas en la valoración de determinados síndromes de abstinencia producidos por una determinada sustancia exógena como la “Cocaine Craving Questionnaire-Now” (CCQ-N-10) (Tiffany, Singleton, Haertzen y Henningfield, 1993) o la Escala Multidimensional de Craving de

Alcohol (EMCA) (Trujols y cols., 2004), no hallándose ninguna apropiada para la investigación cualitativa de este estudio.

### **5.2.2. Confección y ejecución de las entrevistas cualitativas focalizadas**

Se realizan dos entrevistas de tipo cualitativo semi-estructuradas y focalizadas mediante informantes clave: una al Sr. J. Murillo, director de la CT de Can Coll (Manresa) y otra al Sr. Francisco González, Presidente de la Fundación Salud y Comunidad. La recopilación de la información de ambas entrevistas es recogida mediante una grabadora y posteriormente se han transcrito las respuestas relevantes, pertinentes al objeto de estudio y mostradas en este trabajo<sup>26</sup>.

Las preguntas abiertas de ambas entrevistas se elaboran previamente y sirven de guía para focalizar el tema<sup>27</sup>. La primera de ellas es la realizada en la CT de Riera Major (Viladrau) al Sr. Francisco González el 12-03-2013. Ésta tiene como objetivo principal el discernir la trayectoria del voluntariado en el tratamiento de las drogodependencias. Este informante es elegido no solo por ser el Presidente de la Fundación Salud Comunidad sino porque como E-ASAA posee una visión global del fenómeno, es decir, la visión propia de un ex consumidor y la visión de los Servicios y recursos disponibles en la Fundación.

La segunda de ellas es realizada en la CT de Can Coll, al Director del Centro, Sr. Jordi Murillo, el 03-05-2013. En ésta, el objetivo recae en saber de primera mano cuáles son las necesidades asistenciales que debe hacer frente la CT, nuevos paradigmas, perfiles de usuarios, etc., y cómo el E-ASAA puede colaborar en dicha atención de soporte.

---

<sup>26</sup> Antes de su registro se procedió a pedir el consentimiento para poder divulgar el audio en la U-VIC. Ver Anexo 6., p. 93.  
Para escuchar la totalidad de la entrevista ver CD. (N. del A)

<sup>27</sup> Para ver la guía de preguntas focalizadas ir a Anexo 3., p.85.

Por último, en el trabajo se adjunta un Disco Compacto (CD) donde se muestran estas entrevistas, con subtítulos de las preguntas clave y sus respuestas. (Dorso de este trabajo)

### **5.3. Tercera parte**

#### **5.3.1. Metodología utilizada en la descripción e interpretación de los resultados de las investigaciones cualitativas**

Una vez tabuladas las respuestas de los cuestionarios y ubicadas en sus respectivas categorías de unidades conceptuales se incluyen en el texto de este trabajo aquellas aportaciones más significativas rescatadas de las respuestas de los usuarios residentes que sirvan para corroborar o refutar la primera hipótesis de trabajo. Todo ello se realiza de forma narrativa complementado con gráficos estadísticos con el objetivo de facilitar su comprensión<sup>28</sup>.

Se ha seguido el orden pre-establecido de las preguntas de los cuestionarios. Es decir, se empieza por explicar las expectativas de los usuarios frente a la CT donde están internados para finalizar con las opiniones relativas al papel del E-ASAA como PE y agente de salud. Esto es debido a que el cuestionario está confeccionado de forma que ilustre la secuencia temporal establecida en CT (pre-entrada, seguimiento, post-AT).

Del mismo modo, se rescatan aquellas aportaciones relevantes rescatadas de las dos entrevistas realizadas a los informantes clave de la Fundación Salud y Comunidad que sirvan para corroborar o refutar la primera hipótesis de trabajo y se transcriben en el trabajo intercalando diálogo y narración. Tras ello, se

---

<sup>28</sup> Se complementa un Disco Compacto (CD) donde se ilustran las respuestas de los informantes clave. (Ver punto 6.2. p. 41). Los cuestionarios, preguntas guía de las entrevistas, y las respuestas tabuladas por categorías de unidades conceptuales están debidamente anexadas. (Ver anexo).

hace una interpretación de los datos en forma narrativa estableciendo la hipótesis de trabajo definitiva y, en consecuencia, modificando aquellos objetivos específicos que no sean congruentes.

#### **5.4. Cuarta parte: contacto y formación de los E-ASAA (sin implementar)**

Tras la adquisición del conocimiento relativo a las demandas de los residentes de CT y las demandas reales de la CT de la Fundación Salud y Comunidad el proyecto se focalizará en la capacitación (formación) de los E-ASAA (ver objetivos específicos). La formación se centra en la concienciación pre-entrada, asesoramiento del proceso pre-post AT y acompañamiento en salidas de CT. Los formadores de los E-ASAAs serán:

- ✓ **Sr. Jordi Murillo:** Director CT Can Coll (conocedor demandas asistenciales, recursos disponibles, estudios longitudinales de AV en CT y localización de E-ASAAs)
- ✓ **Sr. Francisco González:** Director Fundación Salud y Comunidad (conocedor de la red asistencial y de las competencias necesarias de los E-ASAA como agentes de salud. Articulador de la Red de Servicios)
- ✓ **Sra. Mayte Tudela:** Psicóloga especialista en drogodependencias. (Conocedora de las aptitudes/actitudes terapéuticas necesarias de un agente de salud en el manejo de SARS –*cravings* y *cravings condicionados*- y motivación hacia el cambio)
- ✓ **Sr. Marc Miguel Martínez:** Estudiante 4º Terapia Ocupacional (TO), experiencia en voluntariado en el ámbito de las drogodependencias en CT (Can Coll) y prácticas CDCADO. (Coordinador del Proyecto)
- ✓ Brevemente, la intervención desempeñada por los E-ASAA formados englobaría:

- ✓ **Localización de personas adictas a sustancias alteradoras del ánimo en lista de espera de una CT**, (información confidencial transferida por los profesionales previo contacto con el E-ASAA).
- ✓ **Asesoramiento de personas adictas a sustancias alteradoras del ánimo en lista de espera de una CT**: ello implica transferencia de conocimiento de lo que comporta ingresar en una CT, descripción exhaustiva del lugar, talleres desempeñados, normas institucionales, objetivos terapéuticos, metodología de trabajo, etc.
- ✓ **Asesoramiento de los residentes en el proceso dentro de CT**: respuesta ante las demandas, inquietudes u otras dudas surgidas durante el proceso terapéutico en CT, (demandas externas a CT, p. ej.). Ello será desempeñado vía cartero ordinario o correo electrónico (a decidir)
- ✓ **Acompañamiento en salidas**: según palabras de J. Murillo y F. González esta demanda es causada, en gran parte, por la mayor desestructuración familiar de las personas residentes en la actualidad, lo que conlleva que en estas primeras salidas no se disponga de acompañantes (familiares, amigos, etc.) apropiados. El E-ASAA, tras su debida formación, desempeñará esta labor de acompañamiento.

## **5.5. Quinta y última parte: evaluación final del Proyecto (metodología a decidir)**

Evaluación del Proyecto que remiten de los dos últimos objetivos específicos:

- ✓ **Evaluar el impacto de la formación de los E-ASAA y su posterior desempeño como agentes de salud (PE) en sus particulares vidas.** (Estudio transversal cualitativo. A decidir.)

- ✓ **Evaluar el impacto de la intervención en relación al número de AV de los residentes de CT.** (Estudio longitudinal cuantitativo pre-post intervención. A decidir.)

## **6. Resultados de la investigación**

### **6.1. Descripción de los resultados de la investigación cualitativa a los residentes de CT: cuestionarios**

La muestra se compone por 21 personas, 7 mujeres y 14 hombres, residentes internas en la CT de Can Coll (Manresa). 7 mujeres y 14 hombres. La edad media es de 38,90 años. El más joven tiene 29 y el más mayor tiene 54 años (rango de 25).

La media del tiempo de consumo es de 21'09 años. Los extremos oscilan entre un mínimo de 11 años y un máximo de 40 años consumiendo (rango de 29).

#### **6.1.1. Pre-entrada y primeras semanas en CT (preguntas de 1 a 6)**

Se recopila información sobre las expectativas que los usuarios tenían de la CT antes de entrar. Éstas se dividen en dos categorías –congruencia y discrepancia-, para facilitar tanto la transcripción, análisis y su posterior interpretación.

Las primeras aluden a que los usuarios poseían la información necesaria para que una vez allí sus expectativas fueran congruentes a la realidad de la CT, mientras que las segundas hacen referencia a que los usuarios se

sorprendieron mostrándose la CT diferente ha como ellos se la habían imaginado.<sup>29</sup>

## Congruencia y discrepancias sobre las expectativas de CT

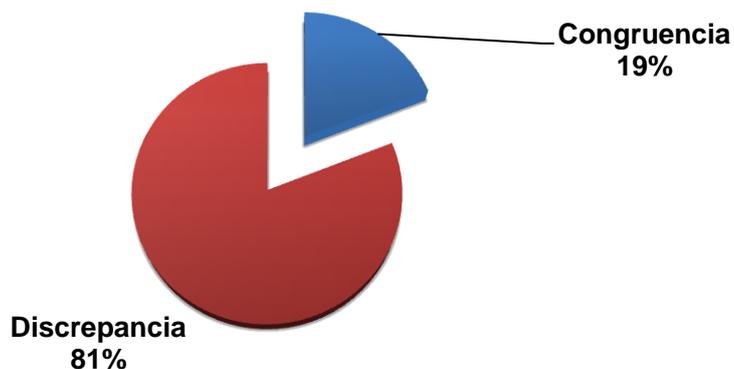


Fig. 1: Expectativas de los usuarios; discrepancias y congruencias

Así pues, de un total de 21 personas, 4 expresaban unas expectativas congruentes a la realidad mostrada de CT mientras que el resto, 17 personas, se mostraban sorprendidos con la CT.

Dado que las discrepancias superan con creces las congruencias se determina dividir a éstas según sus supuestos causales,<sup>30</sup> (ver Fig. 2., pág. siguiente)

Las discrepancias surgidas a partir de la experiencia del funcionamiento propio de la CT destacan sobre las otras dos sub-categorías con un 53%.

Los usuarios coinciden mayoritariamente en que se imaginaban que la CT fuera menos normativa así como la disposición de más tiempo libre para

---

<sup>29</sup> Las discrepancias se muestran con carácter neutro. Por consiguiente, no se valora si éstas han sorprendido gratamente o desfavorablemente a los usuarios en relación a la CT. (N. del A.)

<sup>30</sup> Las respuestas de cada uno de los usuarios puede englobar supuestos causales ubicados en diferentes sub-categorías. Por ende, no se cuentan los usuarios sino los supuestos causales. Las diferentes sub-categorías se han confeccionado a partir de la información relativa a las discrepancias expresadas por los 21 usuarios. Las categorías y sub-categorías se explican en Anexo 2., p. 75. (N. del A.)

desempeñar actividades de carácter más íntimo y/o propicio para la auto-reflexión:

## Supuestos causales de las discrepancias

■ Normas y funcionamiento ■ Relación con el grupo ■ Ambiente y contexto

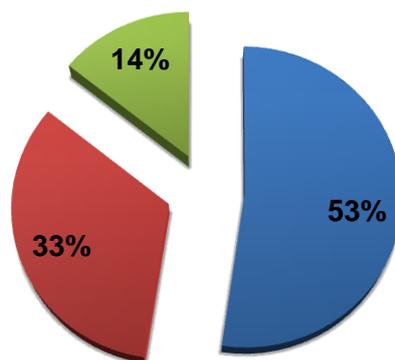


Fig. 2: Porcentajes de las causas de las discrepancias percibidas por los usuarios ubicadas según normas y funcionamiento, relaciones con el grupo y el ambiente y contexto de la CT.

*“Pensaba que tendría más tiempo para poder reflexionar y no tantas dinámicas, tan seguidas y a toque de campana”*

*“Me esperaba algo más de intimidad y algún rato libre para poder estar solo”.*

*“...me esperaba fuera menos normativo, sin campana [...]”*

*“...todo el día trabajando, me refiero a un trabajo físico”*

*“Me esperaba algo más de intimidad y algún rato libre para poder estar solo”*

*“Desconocía el funcionamiento [...]”*

*“Pensaba que tendría más tiempo para poder reflexionar y no tantas dinámicas, tan seguidas y a toque de campana”*

*“Más tranquilo y menos estresante”*

*“...tanto la terapia recibida como la comunidad supera lo que yo esperaba”*

*“Me esperaba que no habría tantas tareas de la casa [...]”*

*“...me esperaba no hacer tantas tareas y pensaba que no habían tantas normas”.*

También las actividades desempeñadas no coinciden con sus supuestos. Algunos de ellos pensaban tener que realizar trabajos físicos muy duros mientras que otros pensaban que las labores desempeñadas tenían que ver con el cuidado y mantenimiento propios de una granja como el cuidado de animales o mantenimiento de un huerto:

*“...pensaba estar todo el día trabajando, me refiero a un trabajo físico”*

*“pensaba que tenía que cuidar de animales, del campo, etc.”*

Ello también queda de manifiesto en la sub-categoría de ambiente y contexto donde los usuarios expresan que pensaban encontrarse con un entorno rural con animales típico de una granja:

*“...con animales”*

*“...esperaba más o menos una granja con animales”*

*“Diferente. Pensaba que era más tipo granja [...]”*

Por lo que refiere a la relación con el grupo la mayoría coincide que se esperaba encontrar con un perfil de usuarios diferente, más agresivo y poco accesible:

*“...pensaba que era un ámbito más agresivo por parte de los compañeros. La verdad que me daba mucho respeto pero me equivoqué. Es mejor de lo que esperaba”*

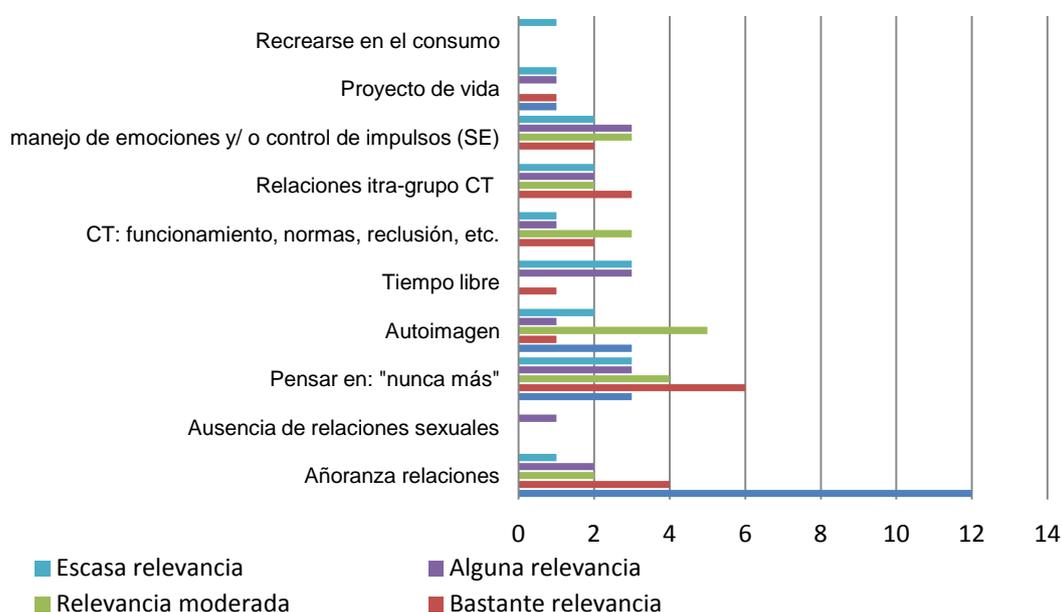
*“Me esperaba encontrar gente más delincuente [...]”*

*“...lo que sí me sorprendió es que las personas que hay aquí son más parecidas a mí de lo que yo creía” “...el trato es muy bueno, la convivencia es buena sin gente super-agresiva”*

Seguidamente el cuestionario aborda los posibles episodios de crisis padecidos en CT y su causa durante los primeros días de estancia. No solo se deja la droga/alcohol sino que también se deja el entorno y contexto, ocupaciones, relaciones y familia que han acompañado a los usuarios durante largo tiempo antes de su entrada. Todo ello puede ocasionar períodos de crisis y ambivalencia en el cese del consumo. Un aspecto significativo es que los 21 casos incluyen la «Añoranza relaciones» como factor desencadenante de periodos de crisis ubicada ésta en diversas percepciones según su grado de relevancia. En este sentido destacan 12 y 5 casos que perciben este factor como muy relevante y bastante relevante respectivamente.

Le sigue el pensamiento de “nunca más” referente al cese definitivo del consumo de sustancias alteradoras del ánimo así como las relativas a la «Autoimagen». Esta última destaca el pensamiento de “verse mejor que el resto del grupo” como un factor desencadenante que podría propiciar un precipitado abandono del tratamiento en CT. En el gráfico siguiente se muestra la frecuencia de estos factores y su grado de relevancia:

## Factores desencadenantes de periodos de crisis



**Fig. 3:** Frecuencia de los factores desencadenantes de periodos de crisis favorecedores a desencadenar estados de ambivalencia en el cese del consumo de sustancias alteradoras del ánimo y diferenciados según la relevancia percibida.

Otro factor desencadenante destacado son los conflictos y relaciones entre los usuarios percibida ésta como bastante relevante. El resto de resultados es muy variado tal siendo el sexo y la recreación en el consumo (pensamientos recurrentes relacionados con el consumo) los factores desencadenantes de periodos de crisis menos significativos.

Por lo que refiere a las alternativas disponibles en CT relativas a quién solicitar ayuda en estos citados periodos de crisis se elaboró una pregunta con respuestas de opción múltiple. Una vez cuantificado los datos se observa la opción de «cualquier profesional» como la más destacada con un total de 10/21, seguida de la opción de la «persona que haya pasado por la misma situación» con un total de 5/21.

Tanto la opción de «no dispongo de nadie con la suficiente confianza. Lo sobrellevo yo solo» y la opción de «cualquier compañero de CT» es marcada por 2 usuarios respectivamente. Los siguientes gráficos muestran la

predilección de los usuarios a la hora de pedir ayuda teniendo en cuenta las posibilidades reales que ofrece la CT:

### Transitando por periodos de crisis, ¿A quién puede recurrir teniendo en cuenta las alternativas reales disponibles en TC?



Fig. 4: División porcentual del perfil de personas al que el usuario solicitaría ayuda teniendo en cuenta las posibilidades reales de la CT.

### Transitando por periodos de crisis, ¿A quién puede recurrir teniendo en cuenta las alternativas reales disponibles en TC?

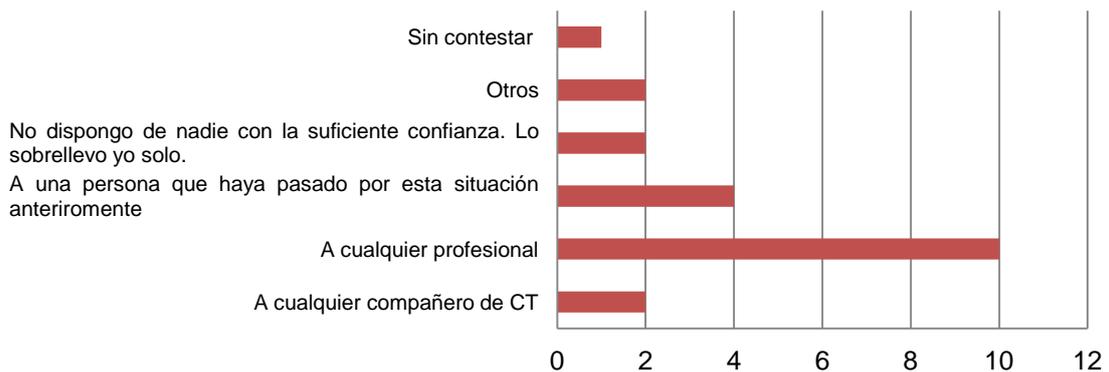


Fig. 5: frecuencia del perfil de personas al que el usuario solicitaría ayuda teniendo en cuenta las posibilidades reales de CT.

Del mismo modo ante la pregunta de si ahora los usuarios pudiesen escoger a quién recurrir sin las limitaciones reales de la CT los datos revelan que sería la

opción de «un profesional de CT especializado que conozco y/o confío» con un total de 14/21 seguida de la opción «mi familia» con 3/21. La opción de «ex usuario de CT que ya ha pasado por esta situación anteriormente que conozco y/o confío» no es marcada por ningún usuario.<sup>31</sup>



Fig. 6: Porcentajes del perfil de personas al que el usuario solicitaría ayuda si éste pudiese elegir.

### 6.1.2. Estancia en CT (preguntas de 7 a 11)

La CT de Can Coll tiene en su ideario programático una dinámica que consiste en invitar a un ex usuario para que compartan con los actuales residentes su particular experiencia en su proceso de reinserción. La pregunta está enfocada a rescatar información acerca de la opinión que tienen los actuales residentes de estas dinámicas específicas así como el beneficio que pueden obtener en sus particulares procesos.<sup>32</sup>

Solo hay dos casos que no contestan y el resto de opiniones lo hacen favorablemente enfatizando en alguna de las cuatro sub-categorías citadas.

<sup>31</sup> Esta respuesta ha sido debidamente reflexionada ya que el Proyecto intenta mediante la figura del E-ASAA aportar ayuda complementaria relativa a estos momentos de crisis que pueden influir en un cese prematuro del tratamiento en CT. Para más información ver apartado de resultados y predicciones. (N. del A.)

<sup>32</sup> Ya que nuevamente se trata de una pregunta abierta con respuestas de tipo cualitativo se han ubicado éstas en diferentes sub-categorías conceptuales siendo la categoría principal la opinión de éstas dinámicas protagonizadas por un E-ASAA. Así, todas las respuestas han podido ser englobadas en las sub-categorías siguientes: «Ejemplo», «Motivación», «Expectativas positivas de cambio» y «Aprehender nuevas estrategias de afrontamiento». Ver con más detalles la categoría de «opinión sobre utilidad/aportación sobre la dinámica de grupo consistente a que un E-ASAA comparta su propia experiencia sobre su particular proceso de re-inserción». (N. del A.)

Tanto la Sub-categoría de «Ejemplo», «Motivación» y «Expectativas de cambio» obtienen 9/19, mientras que la de «Aprender nuevas estrategias de afrontamiento» obtiene 5/19.

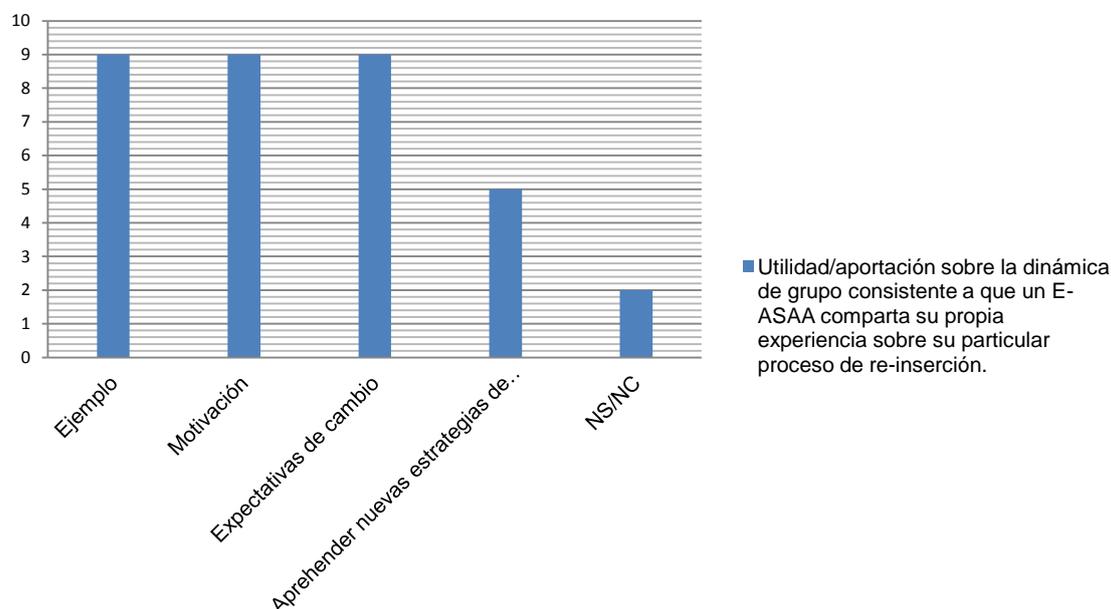


Fig. 7: frecuencia de las sub-categorías englobadas dentro de la categoría de utilidad/aportación sobre la dinámica de grupo consistente a que un E-ASAA comparta su propia experiencia sobre su particular proceso de re-inserción social.

Según los usuarios el poder ver a una persona con su mismo problema compartiendo con ellos su propia experiencia ayuda a éstos a poder comprobar que el cambio es posible:

*“Con su ejemplo los usuarios ven una realidad donde un adicto puede estar en abstinencia y llevar una vida con normalidad”*

*“Comprobar que verdaderamente se puede conseguir salir de las drogas, que sí hay un futuro”*

*“...comprobar en que todo se puede llegar a conseguir”.*

También el hecho de escuchar los relatos de los E-ASAA y preguntar sobre cuestiones problemáticas parece enriquecer el abanico de habilidades de afrontamiento relacionadas con el consumo:

*“...conocer y valorar las tácticas que ellos han requerido, tácticas para posibles recaídas [...]”*

*“Te cuentan su experiencia y yo creo que esto ayuda mucho para no cometer los mismos fallos que ellos”*

*“Siempre creo que la experiencia es sabiduría y me puede enseñar en un presente y un futuro a superar o sobrellevar mi adicción”.*

Otro aspecto importante dentro de la programática de la CT son las salidas. Estas salidas, graduadas en cantidad y duración, forman parte del proceso terapéutico y son una oportunidad para poner en práctica lo aprendido en CT. Sin embargo, éstas requieren una estricta planificación y supervisión y es por ello que uno de los criterios de inclusión es que el usuario residente posea una familia<sup>33</sup> de referencia. A este respecto el 90,47% (19/21) posee una familia de referencia que puede hacerse cargo de él en las primeras salidas de CT. Sólo hay dos residentes que tienen dudas de quién podrá hacerse cargo de ellos pero que, sin embargo, igualmente mantienen comunicación vía telefónica y correo ordinario con éstos desde CT una vez se les es permitido.

Por otro lado, EL 76% (16/21) opina favorablemente a que un E-ASAA y ex usuario de Can Coll se hubiera puesto en contacto con él antes de entrar a CT ejerciendo el rol de tutor/mentor durante la totalidad de su proceso terapéutico (incluye pre-entrada, seguimiento y post-AT). En este sentido muchas respuestas confluyen en lo positivo de tal asesoramiento:

*“Me hubiera ido bien porque me habría preparado mejor para venir aquí”*

*“Bien, porque es una decisión difícil y costosa. Haber tenido información hubiese sido bueno”*

---

<sup>33</sup> El concepto de familia es aplicado aquí en su esfera más amplia, pudiendo ser allegados cercanos, amigos, etc., que reúnan unos criterios mínimos para asegurar que el usuario podrá estar en un entorno protegido. A esta persona/s de referencia se le exige estar en las primeras salidas las 24h. (N. Del A.)

*“Bien por la experiencia y ánimos que podría darme ya que ha pasado por lo mismo”*

*“Yo creo que si el ex usuario está rehabilitado puede darme buenos consejos respecto a su experiencia y enseñarme a conllevar mi proceso”*

*“Me hubiera informado mejor del tratamiento y viéndolo a él me animaría a hacer el tratamiento”*

*“Me hubiese gustado porque habría aprendido mucho más”*

*“No es mi caso pero te puede aportar confianza y animarte a realizar tu proceso”*

El 9% (2/21) se muestra ambivalente no posicionándose ni completamente a favor ni en contra:

*“Creo que se podría probar, pero también creo que lo más adecuado sería tener a un profesional como tutor”*

*“Bien pero me daría igual que fuese ex adicto o no”*

## Opinión acerca de la figura del E-ASAA como tutor/mentor de todo el Proceso terapéutico

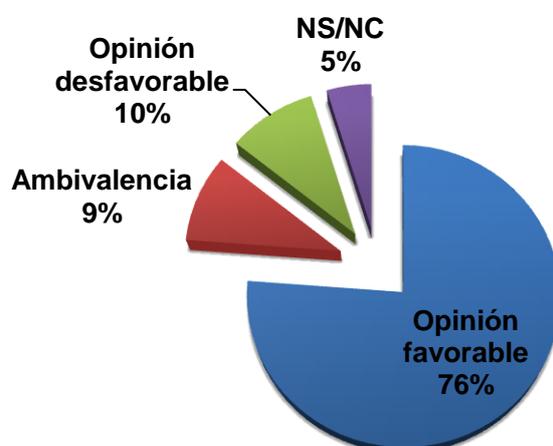


Fig. 7: frecuencia de las sub-categorías englobadas dentro de la categoría de utilidad/aportación sobre la dinámica de grupo consistente a que un E-ASAA comparta su propia experiencia sobre su particular proceso de re-inserción social

Un 10% se muestra crítico de adoptar tales medidas:

*“Un ex adicto no debe ponerse en contacto con adictos porque es muy peligroso. Puedes recaer”*

*“Que no es muy terapéutico, por si no lo saben”*

En relación a los beneficios que podría obtener el residente mediante el mantenimiento del contacto<sup>34</sup> con un E-ASAA, durante la totalidad del proceso terapéutico, destaca la creencia del beneficio en la adquisición de habilidades relacionadas en la resolución de problemas. Éstas incluyen estrategias de afrontamiento ante adversidades (situaciones estresantes) así como de prevención de recaídas (discernimiento de las propias situaciones de Alto Riesgo, SAR), etc.:

---

<sup>34</sup> Incluye la comunicación virtual mediante teléfono o correo ordinario y la comunicación con presencia física como el asesoramiento pre-entrada, acompañamiento en salidas y seguimiento post-Alta Terapéutica. (N. del A.)

*“Que comprendería totalmente la enfermedad. Por tanto considero que sería de gran ayuda en todos los aspectos que conlleva la adicción”*

*“En todo y sobre todo en la forma de afrontar los problemas”*

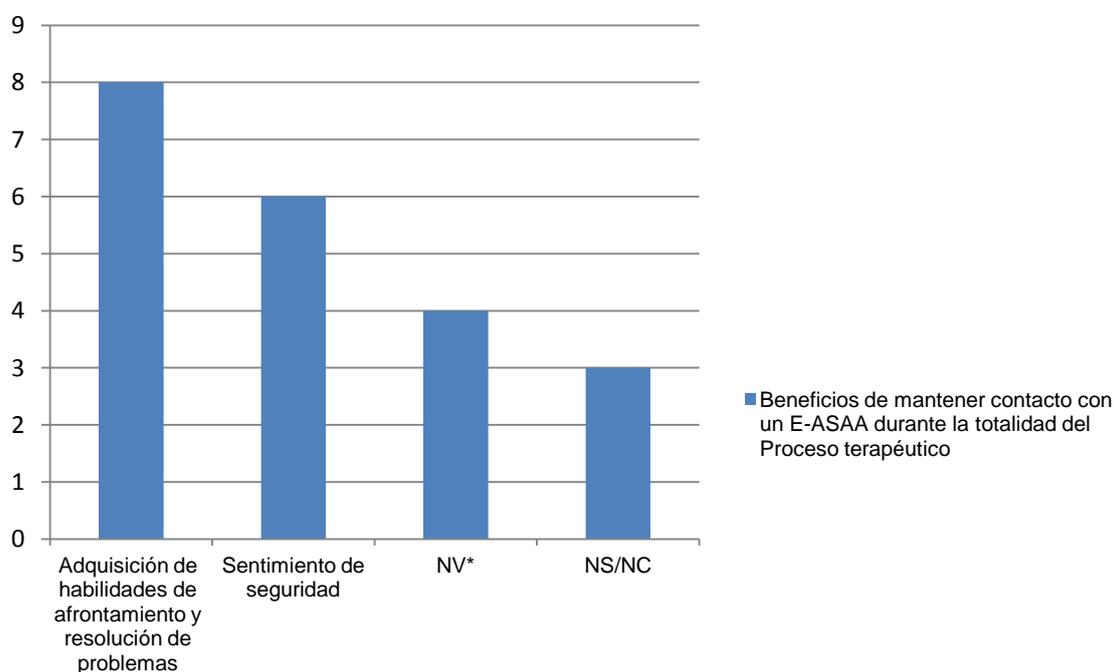
*“En seguir sus pasos para el bien mío, ya que él ya tiene la experiencia de haberlo hecho”*

*“Comentar con él algún problema que tuviera en la casa. Supongo que su experiencia me daría ánimos”*

También destacan las respuestas relacionadas al sentimiento de seguridad que podría aportar la incorporación del mantenimiento del contacto con un E-ASAA en el programa terapéutico establecido en CT:

*“El sentirme acompañado en el proceso, ayudado”*

*“Podríamos estar más protegidos una vez obtenida el Alta Terapéutica”*



**Fig. 8:** Frecuencia de los supuestos beneficios que adquiriría un residente si un E-ASAA mantuviera contacto con éste en la totalidad de su Proceso terapéutico.

\*Cuatro respuestas no han podido ser ubicadas en ninguna unidad conceptual por ser inespecíficas o debido erratas de comprensión, (ver anexo).

### 6.1.3. Futura Alta Terapéutica: (pregunta 12)

Por último, el tiempo libre es percibido como la esfera de la vida diaria que perturba más a los residentes de CT una vez hayan finalizado su tratamiento y estancia en Can Coll, ocupando el 34% del total de categorías conceptuales. Sin embargo, este dato es mayor si en vez de tomar de referencia la proporción entre categorías se toma de referencia el número de usuarios que han marcado esta opción.

Del mismo modo las relaciones sociales alcanza un 20% del total de ámbitos y contextos percibidos como perturbadores marcándose esta opción por un 29% del total de encuestados.

Los residentes que marcan la opción de «Otras» manifiestan preocupación por su economía doméstica y “mucho miedo” a salir a la calle por miedo a recaer.

### Percepción de ambientes y contextos perturbadores tras el Alta Terapéutica

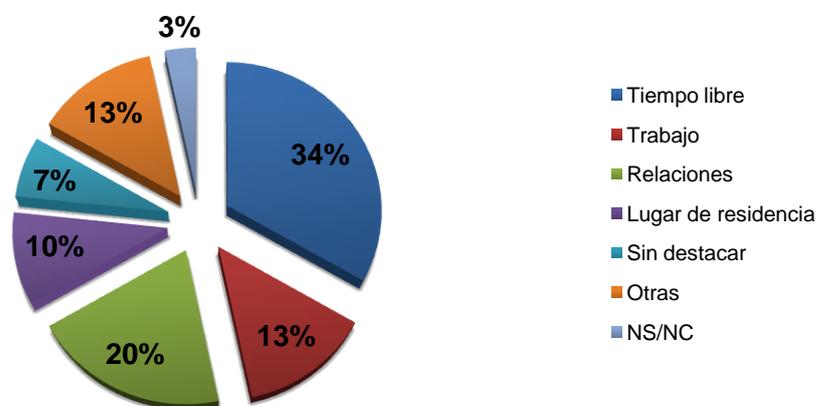


Fig. 9: Porcentajes de los ambientes y contextos percibidos como potencialmente perturbadores en el futuro, tras el AT.

## 6.2. Descripción de los resultados de la investigación cualitativa a los informantes clave de Fundación Salud y Comunidad: las entrevistas

Como se ha comentado anteriormente las entrevistas han sido registradas en audio realizándose un video<sup>35</sup> para cada una de ellas. Los resultados aquí transcritos están resumidos eligiéndose aquellos más relevantes y pertinentes al objeto de estudio. Tras la finalización de la entrevista se hace un breve resumen de aquellos puntos esenciales.

### 6.2.1. Entrevista a Jordi Murillo, Director de la CT “Can Coll”

La labor de soporte desempeñada por un “PE” en drogodependencias (a partir de ahora E-ASAA) arrastra una tradicional mala prensa entre los profesionales médicos. Esto se debe a que las antiguas CCTT denominadas “granjas” fueron organizadas y gestionadas por pacientes adictos rehabilitados como las Asociaciones de Alcohólicos Anónimos (AA) o Narcóticos Anónimos (NC):

**Marc: ¿A qué se debe esta mala prensa?**

**Jordi M:** “...El ex usuario no tiene una formación específica [...]; “...había toda una parte conductual muy desarrollada, muy rígida y muy estricta y ello era necesario en el sentido que necesitábamos establecer rutinas, estructuras, responsabilidades, obligaciones, constancia, hábitos. Esto lo hacían muy bien los ex usuarios pero eran muy radicales. **Trabajaban toda la forma pero no trabajaban el contenido [...]**”

Los tratamientos de los ex rehabilitados se centraban en su mayoría en la conducta “observada” y no en el proceso psicológico subyacente:

---

<sup>35</sup> Video en CD en dorso de este trabajo. (N. del A.)

*“... ¿El motivo del consumo cuál es? ¿Por qué no puedes dejar de consumir? Porque al final lo que nosotros trabajamos no es que uno deje de consumir sino que no tenga motivos para consumir [...]”*

**Marc:** *¿Es necesaria la figura del E-ASAA en la atención a las drogodependencias?*

**Jordi M:** *“...si ha pasado por un proceso formativo, sí. Si no ha pasado por un proceso formativo...te diría que no”*

*“...antes los ex rehabilitados estaban en contra de medicalizar a los residentes aunque fueran con drogas legales si ahora continuásemos con esto la mayoría de personas que están ingresadas no podrían asumir el funcionamiento de una CT [...]”*

*“...no es necesario haber pasado por un proceso adictivo para trabajar con drogodependientes pero lo que sí es necesario es conocer los procesos psicológicos propios que crean la adicción. Cómo se modifican las estructuras cerebrales cuando una persona consume de forma crónica y, a partir de aquí, cuál es el plan de tratamiento que nosotros podemos ofrecerle [...]”*

*“...si el paciente experto utiliza esta misma estructura que utilizan el resto de profesionales, fantástico. Si no, las expectativas de la intervención han de ser más bajas. Es decir, no intervenir a nivel terapéutico, a nivel de cambios de personalidad. Sin embargo, a nivel de acompañamiento, soporte y todo lo referente a la reinserción la función puede estar muy bien”*

*“...pero si además queremos que un E-ASAA haga tratamiento se ha de forma, esto está clarísimo, clarísimo”*

**Marc:** *¿Es excluyente o difícilmente integrable el conocimiento del E-ASAA con los profesionales especializados?*

**Jordi M:** *“...si el profesional ha pasado por esta experiencia puede aportar más que aquél que no haya pasado. Hemos de intentar juntarlo todo [...]”* **“Esto no solo se ha de ligar no solo desde las sensaciones y percepciones**

**subjetivas sino con una base teórica detrás que sustente cualquier intervención [...]**”

Además, los voluntarios no deben tener acceso a la historia clínica ya que se vulneraría la ley de protección de datos, y ello limita el lograr objetivos congruentes con los realizados con el resto de profesionales. Por ello es esencial trabajar de forma coordinada estableciendo claramente la función de cada uno.

**Jordi M:** “...los profesionales son los que tienen la información real de la historia clínica del paciente [...]: “...así, por mucha experiencia que tu tengas a nivel personal siempre quedarán tus intervenciones cojas, porque te falta información a tiempo real de cuáles son los objetivos que se están trabajando con esta persona. Claro, es muy fácil meter la pata [...]” ; “...lo único que podemos conseguir en el paciente es generarle confusión”

Así, Recordando a Rigoberta Menchú, con buena voluntad no basta, hay que formarse, (UNESCO, 1986).

**Marc:** **¿Cómo entonces podría llegar a complementarse la labor desempeñada por el E-ASAA con la profesional? ¿Qué experiencia tenéis al respecto desde Fundación?**

**Jordi M:** “...desde Fundación incluso nos hemos planteado el hacer acompañamientos. Tenemos muchos pacientes que pasan por un proceso de rehabilitación en CT y en Piso Terapéutico que tras el Alta tiene muchas dificultades para gestionar su día a día [...]; “...**mientras están con nosotros poseen una estructura estable y rígida y una supervisión pero cuando están solos no pueden reproducir aquello que han realizado con nosotros [...]**”

Aquí se denota los espacios deficitarios donde no se encuentra ninguna figura de apoyo y soporte que ayude a que estas personas puedan reproducir lo desempeñado en CT:

**Jordi M:** “¿...qué hacemos con todos estos pacientes que han funcionado en la CT y en Piso Terapéutico por un alto grado de supervisión y contención pero que cuando están fuera no tenemos ni contención familiar ni la capacidad personal de reproducir esta estructura que garantice el que ésta se encuentre dentro de unos parámetros de seguridad? Entonces, **nos planteamos que exista una figura de apoyo que ayude con todo lo que tiene que ver con el día a día como trámites administrativos, visitas al CAAS o al CSM, gestionar una baja, etc. [...]**”

“...aquí sí que sería muy importante el incorporar la figura del E-ASAA como acompañamiento”

Sin embargo, la Generalitat no contempla el potencial del E-ASAA. Si una CT desea ofrecer este servicio está obligada a contratar la figura del “monitor”, pero éstos, al igual que los E-ASAA, no poseen ningún tipo de formación específica más allá de la experiencia personal de cada uno de ellos tras haber trabajado en este ámbito. Por consiguiente, hasta que no se haya consolidado esta necesidad y haya surgido un profesional especializado en este acompañamiento, legitimado por la propia Generalitat, será muy difícil que cada CT sea la que preste este tipo de docencia.

**Marc:** **¿Hay alguna contraindicación en la propia enfermedad crónica del ex adicto para que éste, como “PE” ejerza esta labor de soporte?**

**Jordi M:** “...muchas veces el E-ASAA utiliza el ámbito de actuación en drogodependencias pensando que puede ser un soporte a su propio proceso de rehabilitación. Esto es un error”.

“...hemos tenido ex adictos trabajando con nosotros que sustentan su abstinencia porque tienen un compromiso con los compañeros del equipo y con el resto de usuarios de CT, pero que **en el momento de que su estructura no depende de esto se generan recaídas**”.

Este fenómeno es una de las cosas más dramáticas que le puede pasar a un ex adicto pues la teoría está sumamente desarrollada e integrada y la recaída

deja a la persona en una situación de frustración inmensa. Ello se debe en parte a que, como bien explica Jordi, se dejan de trabajar cosas a nivel práctico. La estructura, entendida esta como la gestión del propio tiempo ha de aprenderse mediante la planificación libre y creativa más allá de imposiciones externas aportadas por una institución “x”, en esta caso la que aporta CT.

**Marc: ¿Con qué porcentajes de abandonos prematuros os encontráis en CT?**

**Jordi M:** “...nos encontramos muchos el primer mes y la primera semana. Pero esto es básicamente debido a malas derivaciones [...]”; “...**la persona no sabe a dónde viene**”

“Una de las causas es la falta de recursos. Si antes tenía visita con el psicólogo cada dos semanas ahora lo tengo cada seis, siendo muy optimista. Si tenía visita con el psiquiatra cada mes ahora lo veo cada tres. Los profesionales tienen menos horas de atención a nivel ambulatorio y los pacientes son los mismos [...]”

“...no se debería derivar a CT sin antes haber realizado un trabajo preparatorio previo [...]”; “...a veces le preguntas a un paciente cuánto hace que realiza seguimiento con el CAS y responde que tres semanas. No ha habido un tratamiento previo [...]”; “...**desde el CAS derivan porque no saben cómo parar el consumo y cuando la persona llega a CT dice: -eh, que yo no estoy dispuesto a que me pongas límites y me digas cuándo tengo que levantarme-, esto son malas derivaciones**”.

**Marc: ¿Qué implica para un usuario dado de AT en CT un mal diagnóstico ya dado previamente por el CSM/IJ?**

**Jordi M:** “...hay muchos síntomas que remiten tras la abstinencia. ¿Es un diagnóstico real? No, es un diagnóstico de un periodo dado de tu vida [...]”

“...si yo pienso que todo lo que me pasa es derivado por mi diagnóstico la persona se desvincula de toda responsabilidad [...]”

*“...si el paciente de drogodependencias ya es un paciente que genera resistencias y quiere, de alguna forma, ser especial, si además le sumamos un diagnóstico de salud mental que NO genera sintomatología cuando dejas de consumir lo único que estás haciendo es darle alas para que se descuelgue más [...]”*

A raíz de ello desde CT se ha empezado a realizar diagnósticos psiquiátricos. Según Jordi, en el futuro serán éstas las que le dirán al CSM cuál es el verdadero diagnóstico ya que desde CT pueden ver todos los episodios de la vida de la persona y su sintomatología tras la abstinencia.

*“...esto no estaba previsto. Nos hemos debido de formar. De momento es una experiencia piloto [...]”*

**Marc:** Por último, ¿Qué crees que todavía no se ha hecho en el ámbito de drogodependencias que se debería potenciar? ¿Qué papel podría jugar aquí el E-ASAA?

**Jordi M:** *“...Lo que no se ha hecho es toda esta parte de acompañamiento, de soporte [...]”*

***“...a mí se me ocurre la función del E-ASAA en el momento de captación. Si éste tiene posibilidades de hablar con alguien que se está drogando y no tiene conciencia de enfermedad, el paciente que ha pasado por esto puede trabajar esta toma de conciencia de enfermedad y favorecer el ingreso a un proceso de rehabilitación, sea ambulatorio o residencial”.***  
*“...esto es lo que desempeña la figura del educador de calle en los programas de Reducción de Daños [...]”; “...pero no le obligas a que deje de consumir”*

Muchos de estos educadores sociales de calle que trabajan como captadores han sido ex consumidores.

Otra posible función es la de suplir determinadas acciones de contención desempeñadas por la familia de referencia. De hecho, un criterio de inclusión en la CT de “Can Coll” es poseer esta familia de referencia. Esto es lógico y

debido a que en las primeras salidas la CT debe garantizar una protección (supervisión y contención) hacia la persona, especialmente vulnerable en estas salidas<sup>36</sup>.

***“...qué útil sería incorporar esta persona que se hiciera cargo de esta supervisión cuando la persona desposee una familia de referencia [...]”***

*“...si la persona va a piso de reinserción aun hay cierta supervisión pero sino la supervisión es ambulatoria con los déficits de recursos que hay. Sé que el cambio es enorme de CT afuera. En Comunidad sé cuándo como, sé lo que pasará en cada momento y cuando me voy para casa digo: -¡eh!, ahora que tengo un problema no tengo a veinticinco personas que me escuchan, ni al educador a cinco metros de mí-.*

*“...y aunque tu hayas hecho cambios a nivel de personalidad éstos todavía están muy tiernos, no están consolidados, firmes en tu manera de hacer las cosas, el tener un control y supervisión es muy útil [...]”*

*“...el hecho de saberse supervisado condiciona [...]”; “...no me ducho porque yo quiera sino porque sé que tengo que rendir cuentas a alguien [...]”*

*“...cuando esto se consolide en hábitos y rutinas ya no lo haré por ti sino por mí”*

El controlar que la planificación del ex usuario de CT sea realizada ofrece una estructura de seguridad que previene posibles recaídas y, paralelamente, la persona aprende a gestionar su tiempo libre de forma saludable. Para que el usuario pueda llegar a consolidar estas rutinas en la calle el rol del E-ASAA puede ser muy significativo.

---

<sup>36</sup> Las salidas de Can Coll se gradúan en duración paulatinamente según los objetivos alcanzados y a trabajar. Las primeras dos salidas suelen comprenderse entre el primer mes y medio y el segundo mes y medio de tratamiento en CT. Son de 12h cada una. La persona parte sobre las 08:00h de la mañana y llega a las 20:00h de la tarde del mismo día. La supervisión ha de ser constante durante este tiempo. Dado el lugar donde está ubicada la CT suele aprovecharse para visitar con los familiares algún lugar turístico de la zona, como las minas de sal de Cardona, p. ej. (N. del A.)

**Marc:** ¿En qué periodos crees entonces que debería estar presente el E-ASAA como figura de soporte?

**Jordi M:** “Ha de estar en el pre-ingreso, durante el ingreso y, principalmente, posterior al ingreso de CT”.

**“El pre-ingreso es básico. ¿Tienes claro a dónde vas? ¡Como mínimo que sepas a dónde vas!, que te vas a encontrar, que no hayan sorpresas. Y evitar la instauración de creencias que pueden ocasionar que hayan abandonos precoces [...]**”

**“...evitar creencias previas distorsionadas: –aquello será el Browns, estará lleno de delincuentes, habrá violencia-.”**

**“...durante, sobre todo con personas que no tienen una familia de referencia. De forma informal sería esto. Como llamar de tanto en tanto para comentarle y normalizar ciertas cosas (relacionadas con problemáticas y funcionamiento de la casa)”**

**“...el vínculo se ha de cultivar y eso requiere tiempo”**

**“...además, en las salidas, en su planificación ya incluiríamos este agente [...]**”

**“y sobre todo posterior a CT [...]”; “...el problema es que hay gente que acaba siempre institucionalizada porque solo están bien cuando están en tratamiento”**

**“...desde el CAS derivan porque no saben cómo parar el consumo y cuando la persona llega a CT dice: -eh, que yo no estoy dispuesto a que me pongas límites y me digas cuándo tengo que levantarme-, esto son malas derivaciones”.**

### **6.2.1.1. Puntos clave entrevista**

Los usuarios arrastran cierta mala prensa por la atención exclusivamente centrada en la conducta “observada” no profundizando en los procesos psicológicos. Por ende, el ex adicto debe formarse, pues lo que importa no es que deje de consumir sino que deje de tener motivos para ello. Sin embargo, la información del ex adicto derivada de su propia experiencia es muy útil, sobre todo para explicar determinados síntomas y percepciones. No obstante, si ello es llevado a la práctica terapéutica debe sustentarse en una sólida base teórica y para que eso ocurra, debe haber una específica formación previa.

Las funciones del E-ASAA engloban todo el tratamiento enfatizando su actuación en la pre-entrada y en tras el AT de CT.

La primera hace referencia tanto a la captación de posibles futuros residentes, debido a la transferencia de conocimientos que el E-ASAA puede realizar induciendo a estas personas adictas a la toma de conciencia de su propia enfermedad, como al asesoramiento del funcionamiento de la CT para evitar creencias distorsionadas que puedan provocar abandonos prematuros.

La segunda alude a la labor de supervisión y control. Este control debe promover la óptima planificación y gestión del tiempo libre de la persona, cumplimentación de las visitas al CAAS y CSM, etc. También importante es la función de acompañamiento, especialmente en aquellas situaciones potencialmente estresantes para el recién abstinente y, especialmente, en aquellas sin una familia de referencia.

### **6.2.2. Entrevista al Sr. Francisco González, Presidente de la Fundación Salud y Comunidad**

**Marc:** ¿Por qué cree que está tan restringida la aportación del voluntariado en este ámbito?

**Francisco:** “En este tipo de Centros es muy difícil el voluntariado ya que está todo él muy profesionalizado”

“Yo hago las dinámicas de alcohol. Creo que soy el único no profesional en todo el circuito. **Tengo claro que no soy un profesional y según qué temas no entro [...]**”

“...**para hacer voluntariado en drogodependencias has de tener muy claro que dependes del profesional.** Es verdad que hay cosas que uno “entra” mejor con los usuarios por el hecho de que ellos saben que yo soy una persona rehabilitada. **Parece que con esto hay una conexión diferente que con el terapeuta [...]**”

“...**hay veces que esta permeabilidad hace que personas me comenten ciertas cosas que no quieren o desean comentar al terapeuta.** Yo aunque lo respete, siempre intento que lo comenten a su terapeuta de referencia [...]

“...**así, mi misión es la de establecer un puente entre los residentes y los profesionales [...]**”

**Marc:** ¿Qué requisitos ha de cumplir un voluntario para realizar estas labores de soporte?

**Francisco:** “...**hay gente que lo ha intentado pero esto no es fácil**”; “...los profesionales, es su profesión y lo tienen asumido pero yo, **con los años que llevo, a veces no tengo todavía según qué cosas asumidas y me las llevo.** El que yo vea una persona que no está haciendo las cosas que debe hacer, que ves que se va a pegar el batacazo y no puedes hacer nada es... (Suspiro) [...]

“...**es verdad que yo iba para ayudar pero, a ver, ¡si el que me estaba ayudando era yo a mí mismo!** Me decía: -¡si a mí esto me está sirviendo!-, Y era debido a que estaba en contacto siempre [...]

“...**hay muchos voluntarios pero se dedican a actividades no al tratamiento terapéutico.** Éstos realizan talleres de informática, manualidades, etc. [...]

**Marc:** ¿Qué proporción de voluntariado existe en la actualidad en Catalunya en este ámbito? ¿Cómo nace este voluntariado?

**Francisco:** “...por lo que yo conozco hay poco voluntariado. Es verdad que cuando las personas están en tratamiento se interesan mucho en cómo pueden ellos ayudar. Pero eso, después, no tiene continuidad”

**Marc:** ¿Por qué cree que se debe esto?

**Francisco:** “no lo sé..., **creo que cuando uno se encuentra bien quiere olvidar.** Son gente joven, encarrilan su vida, encuentran pareja y no quieren relacionar su vida con esto y cuando piensan les duele [...]”; “...para mí tampoco ha sido fácil. Sobre todo me veía a veces impotente ante la recaída de alguien y te preguntas: ¿cómo puede ser?”

**Marc:** ¿Esto es por qué usted sabría cómo intervenir y su limitación como voluntario se lo impedía?

**Francisco:** “No, no. Ni yo ni el profesional podíamos hacer nada. Hay personas que vienen obligadas. No a la fuerza, pero sí que existe una presión exterior que les conduce a llegar hasta aquí. **No vienen concienciados de dejar la droga, y eso se nota**”

Una de las causas de abandono prematuro es la presión de la familia para que entre el adicto a una CT sin que éste tenga conciencia de enfermedad<sup>37</sup>.

**Marc:** ¿Qué puede aportar el E-ASAA rehabilitado como paciente experto “PE” en el tratamiento de las drogodependencias?

**Francisco:** “...el simple hecho que el usuario sabe que tú eres una persona rehabilitada y que llevas “x” años ya es aportarle. **El mensaje implícito es: ¿Si yo he salido porque no lo vas a hacer tú?**”

---

<sup>37</sup> Ello se debe a que la persona se encuentra en un estadio anterior a la acción como la “pre-contemplación” y la “contemplación” (Prochaska y DiClemente, 1986)

Los consejos terapéuticos basados en experiencias suelen tener muy buena acogida entre los usuarios residentes. Esta estrategia también es el pilar central metodológico de las dinámicas grupales que se realizan dentro de la mayoría de CCTT.

**Francisco:** *“...siempre que uno esté trabajando conjuntamente con el profesional puede aportar mucho. Lo más indicativo es el enlace que puedo hacer entre el usuario y el profesional”*

*“A veces, el mismo profesional me pide que intervenga porque él tiene más difícil el acceso a determinadas cuestiones. Si no es así, no intervengo”*

*“...también me he dedicado durante un cierto tiempo a personas que empezaban un tratamiento y tenían la pauta de medicación y no tenían a nadie que lo controlara –hablo de tratamiento ambulatorio-, gestiones administrativas o relacionadas con la justicia, etc.”*

**Marc:** Las dinámicas consistentes en invitar a un ex usuario para que comparta sus experiencias con el grupo son muy bien recibidas por los residentes. ¿Qué evidencia científica existe para seguir apostando por este tipo de metodología?

**Francisco:** *“Estudios no hay, pero la evidencia es la que es. Nosotros invitamos a personas que lleven cierto tiempo fuera, abstinentes, y hacemos un grupo con ellos. Ese día es una fiesta para ellos. Tiene un valor tremendo”*

**Marc:** “...es que en otros ámbitos sí que la hay, como en determinadas enfermedades crónicas<sup>38</sup>.”

---

<sup>38</sup> Los programas denominados “PE” desarrollados por el CatSalut (Plan 2011-15) incluyen las siguientes patologías: Insuficiencia cardíaca, enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Tratamiento Anticoagulante, Diabetes Mellitus II, Fibromialgia, Deshabitación tabáquica, Ansiedad y Enfermedad de Chagas en fase crónica. Es decir, ¿se apuesta por la deshabitación tabáquica y no por las drogodependencias? Esperemos sea una experiencia piloto que demuestre su eficacia para, posteriormente, aplicarla a otros colectivos necesitados. (N. del A.)

“Pla Salut de Catalunya, 2011-15”, disponible on-line:  
[http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Destaquem/Documents/plasalut\\_vfinal.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Destaquem/Documents/plasalut_vfinal.pdf)

**Francisco:** “Cómo digo siempre, **nosotros somos unos marginados**. La drogodependencia siempre ha estado marginada. **La Administración nunca se ha interesado**. Pero con esto que dices me das una idea [...]”

“Qué existiera un estudio que demostrara el beneficio de invitar a ex usuarios en CT [...]”

“Nosotros hemos hecho un estudio sobre personas que habían estado en tratamiento en CT que llevan entre 5, 10 y 15 años de abstinencia. El estudio se ha realizado en la Universidad de Barcelona y ha llevado tres años hacerlo. Se hizo todo él mediante entrevistas. Con el que no se pudo contactar no se computó. El resultado muestra que sobre un 70% de ex usuarios que en su día obtuvieron el Alta Terapéutica está bien en la actualidad. Este estudio aún no se ha publicado”

**Marc:** ¿Han variado las demandas asistenciales en CT?

**Francisco:** “...tenemos que ir cambiando porque el consumo también va cambiando. Por ejemplo, el año 2004 no era igual que ahora. Ahora nos está viniendo gente muy joven y con un perfil de poli-consumo [...]”; “...también nos vienen muchos con patología dual, te podría confirmar que es casi el 90% de los casos”

**Marc:** ¿Esto es porque se investiga más en la actualidad y existe mayor facilidad diagnóstica? ¿Antes no existía?

**Francisco:** “La forma de consumo ha cambiado. Ahora es mucho más agresiva y, aparte, ahora hay más estudios”. “Antes el que venía con problemas de alcohol era alcohólico social y ya está. Ahora no. Contra más mezclas más trastornos hay y más complejidad”

“Algunos mantienen un trastorno psiquiátrico de base que se le agrava al consumir. Pero igualmente primero has de trabajar el trastorno adictivo y luego el concomitante [...]”

*“...me hace gracia cuando una persona adicta me dice que ha sido diagnosticado por su psiquiatra con un trastorno de la personalidad. ¿Consumiendo droga no vas a tener un trastorno de personalidad? ¡Seguro que lo tienes! **Lo que hay que hacer primeramente es dejar de consumir drogas y después valorar si estos síntomas remiten o no y hacer un diagnóstico fiable.** Sin embargo, creo que los profesionales cada vez están más preparados en este aspecto”*

**Marc: ¿Qué opina acerca de que un ex usuario debidamente formado pueda realizar la labor de seguimiento/acompañamiento mediante carteo ordinario, electrónico, etc., con el pertinente filtraje profesional con los usuarios residentes en CT?**

***Francisco:** “...El contacto con el usuario tiene peligro al principio. Aunque éste lleve dos años primero debe ayudarse a sí mismo. Pero que una vez esta persona está bien y sirve de ejemplo para el otro yo lo veo positivo.*

Es beneficioso siempre y cuando este ex usuario haya pasado por un tiempo de abstinencia suficientemente prolongado y que, esta función, no se realice como medio hacia la propia rehabilitación del ex adicto. Es decir, éste debe estar realmente insertado en todas las esferas cotidianas, laboralmente, socialmente, tiempo libre y ocio, siendo él el principal planificador y gestor de su tiempo.

**Marc: ¿Cuánto hace que es usted el Presidente y como llegó a este cargo?**

*“...no me gusta nunca comentarlo pero, fíjate, entre como usuario y 28 años después soy el Presidente. Una Fundación que actualmente tiene 1500 trabajadores y 500 voluntarios, con un presupuesto de alrededor de 50 millones de euros. Yo siempre he querido estar a la sombra”*

*“...el patronato me pidió por unanimidad suplir a la difunta Sr. Constanza, y ella así lo quería. Sin embargo, exigí, además de llevar toda la responsabilidad que este cargo conlleva, el continuar haciendo mis dinámicas de alcohol de*

*toda la vida [...]”; “...para mi sin embargo, el tema de la presidencia es secundario”*

### **6.2.2.1. Puntos clave entrevista**

Todo voluntariado que trabaje en el ámbito de las drogodependencias debe tener claro cuál es su papel. Siempre debe éste estar bajo las directrices del profesional. Si el voluntario lleva poco tiempo o no se ha trabajado ciertos aspectos de su vida, como la planificación y gestión de su tiempo, puede encontrar en la estructura de la CT un refugio. Un lugar para escapar de sus propias dificultades diarias. Ello es contraproducente y muy peligroso. En este sentido, la sobre-implicación también es un factor a tener en cuenta que puede ir mermando la salud psicológica de estos bienintencionados voluntarios. Ello explicaría en parte el tema de la continuidad, más allá de la ausencia de contraprestaciones económicas.

Paralelamente, el ejemplo implícito del ex adicto, solo con su presencia, aporta al residente fuerzas y ganas para seguir y adherirse con mayor facilidad a los tratamientos pactados. Otra labor crucial de éste es poder desempeñar funciones de acompañamiento, especialmente en aquellas personas que no disponen de un núcleo familiar que le aporte contención y seguridad.

Por último, parece existir un sobre-diagnóstico en lo que refiere a patología dual, diagnosticándose muchos de estos trastornos antes de que se hubiera podido valorar a la persona en un periodo estimado de abstinencia (González y Mendoza, 2003).

## 7. Discusión de toda la investigación cualitativa

Un dato revelador es que el 81% de los usuarios no sabía a dónde iba cuando éstos fueron derivados a CT. Como explica el Sr. Murillo, esto provoca la instauración de ideas preconcebidas que pueden generar posteriores abandonos prematuros. Los usuarios que poseen estas ideas, puede que no se den la oportunidad de contrastarlas con la realidad, aislándose. Estas ideas preconcebidas también pueden inducir a que se comparen con los residentes para, posteriormente, determinar que “ellos no están tan mal”. Y aunque hay quién se sorprende gratamente, cabría preguntarse: ¿Es necesario correr semejante riesgo?

El mismo Sr. Murillo apunta que las CT son catalogadas como el último bastión. Sólo son derivadas aquellas personas, en las cuáles todo tratamiento anterior ha fracasado. Esta idea no refleja la realidad de las CCTT actuales. No todas funcionan como Can Coll, donde los procesos de tratamiento tienen una duración media de 5 meses en régimen cerrado. Existen muchas con tratamientos mucho más cortos e intensivos. De hecho la CT de “Riera Major” (Viladrau) es una variante, y ofrece un servicio de 3 meses y medio en régimen cerrado, dentro de los cuáles se incluyen las salidas periódicas.

Someter a la persona a determinados Programas de Tratamiento sin darle la posibilidad de elegir hace que ésta, cuando llega realmente a una CT, esté agotada y frustrada por su trastorno adictivo, desgastada por una deambulación innecesaria que podría haberse evitado. No hay que adaptar las personas a los tratamientos sino a la inversa. Es decir, se debería ofrecer todas las alternativas posibles a las personas adictas y que ellas, según sus recursos, fortalezas y debilidades escogieran aquel tratamiento que más se adecua a sus características.

Tal y cómo ya se había planteado al principio de este trabajo una de las principales causas es la escasa formación que poseen los profesionales sanitarios en este ámbito, especialmente en Atención Primaria, tal y como señalaba ya hace tiempo y sin evidencia de mejora la propia OMS, (Grant y

Hodgson, 1992). En este sentido, no solo hace falta que el usuario sepa a donde se dirige cuando entra en una CT sino que el profesional que ha realizado tal derivación también sepa de qué estamos hablando. Ciertamente es que desde entonces la horizontalidad de la red asistencial ha mejorado pero todavía las CCTT mantienen connotaciones no muy positivas en comparación a otro tipo de Programas socio-sanitarios.

En este sentido, la figura del E-ASAA podría resultar esencial. El asesoramiento que puede ofrecer un ex usuario del tipo de recurso, funcionamiento, etc., es vital, pues mejor que éste no lo conoce nadie. Sin embargo, cabe decir que las explicaciones que actualmente podría dar un E-ASAA, ex usuario de la década del 2000, estarían obsoletas pues como bien han explicado ambos informantes, tanto el perfil de usuarios actuales como las dinámicas y talleres existentes se han modificado bastante. Por lo tanto, el E-ASAA también y de forma periódica debería actualizar la información relevante que pueda transferir a los futuros residentes.

El asesoramiento por parte del E-ASAA también promueve el poder establecer un vínculo que puede llegar a mantenerse incluso después de su Alta Terapéutica. Como señalan el Sr. Murillo y el Sr. González, existen usuarios que no tienen familias de referencia que puedan ejercer la contención que tanto necesitan tras la protección de Comunidad. Es cierto, que un criterio de inclusión es que esta familia exista. No obstante, puede darse el caso, y no es tan infrecuente, que ese núcleo se desvanezca una vez iniciado el tratamiento. Hemos de pensar que suelen ser estructuras familiares muy desgastadas y que, algunas, tal vez han hecho el último esfuerzo de aguantar hasta que el usuario es ingresado a un Servicio de este tipo. Las causas son diversas y no es mi intención investigarlas, pero también deberían tenerse en cuenta.

Sin este apoyo, el usuario se encuentra solo totalmente. A menos, que se haya establecido un vínculo con alguien que te asegure va a continuar ayudándote una vez salgas de CT. No es lo ideal, pero más "cruel" aun es no tener a nadie en absoluto. Pero repito, este alguien (E-ASAA) debe estar debidamente formado, pues tal y como muestra la investigación y ante la disyuntiva de tener

que elegir entre un ex adicto sin formación y un profesional especializado el 67% de los residentes de “Can Coll” opina que éste último es la mejor opción. Con buena voluntad no basta.

Otro de los aspectos fundamentales es la visión con la que los usuarios ven a una persona rehabilitada. Resultan ser fuentes de inspiración y motivación para los residentes (Coulter, 2000) tal y como muestra el testimonio del Presidente de la Fundación y los cuestionarios, corroborando la investigación de la primera parte de este trabajo (Ortíz, Soriano, Galván, Rodríguez, González y Unikel, 2007).<sup>39</sup> La consecuencia de utilizar la figura del E-ASAA es una mejora en la adherencia a los tratamientos y una oportunidad única para poder plantear cuestiones problemáticas para el futuro posterior que le espera al usuario. En este sentido la mayor preocupación es el tiempo libre con un 34%, seguido del trabajo con un 13%. Esto tiene mucho que ver con la poca habilidad de planificación tan bien expuesta por el Sr. Murillo. La CT ofrece una estructura artificial de protección y gestión del tiempo. Pero no deja de ser impuesta.

El aprendizaje, –conducta adaptada-, es aquella respuesta “libre” más funcional ante determinadas demandas ambientales. El contexto que permite este aprendizaje libre no está en Can Coll, sino tras sus paredes. Y aunque como bien explica se pueda haber desarrollado pequeños cambios a nivel de la personalidad, éstos, todavía son excesivamente tiernos. Remitiéndome a palabras del Sr. Murillo: *“No deseamos que la persona deje de consumir sin más sino conseguir que deje de tener motivos para ello [...]”*

El mayor cambio producido dentro de CT es a nivel teórico. La toma de conciencia de los propios límites, de las Situaciones de Alto Riesgo (SAR) (Beck, 1993; Rollnick y Miller, 1991) y en definitiva, la percepción del propio

---

<sup>39</sup> Un estudio cuantitativo y cualitativo llevado a cabo en Méjico y en colaboración con la OMS dio a conocer que el 75% de los usuarios encuestados veían a los grupos de auto-ayuda como la mejor alternativa asistencial. Esta buena impresión acerca de los grupos de auto-ayuda se debe a que para ellos son personas que han pasado por su misma experiencia, que los comprenden mejor y son más solidarios. (Ortiz A y cols. 2007)

«auto-conocimiento» (Riveros, 2004), se consolidará en el exterior y sólo mediante el “hacer” (Kielhofner, 2004).

Este equilibrio ocupacional pasa indisolublemente por el aprendizaje de la planificación del tiempo sin la estructura que ofrece la CT. Sin embargo, pocos son los recursos y/o servicios destinados a esta labor de acompañamiento. Se dice que es el “monitor” quién desempeña esta labor pero, paradójicamente, tampoco posee la formación específica que sí se le exige al E-ASAA o a cualquier voluntario.

Otro punto interesante aportado por la investigación es que el ex adicto tiende a acercarse a este voluntariado para beneficio de su propio tratamiento de rehabilitación. Este beneficio no siempre es tal, ya que dependiendo de la labor desempeñada puede ser contraproducente. Ésta dependerá en gran parte del tiempo invertido y de las esferas de la vida diaria olvidadas. Es decir, el ex adicto primeramente debe haber adquirido nuevas habilidades y destrezas que le permitan funcionar adecuadamente en las AVD/I/A, potenciando las relaciones sociales de forma saludable más allá de la estructura proporcionada por la CT, el Centro, etc. Del mismo modo, debería mantener circuitos de relaciones satisfactorios ajenos a los que proporciona la labor de soporte. Ello es lógico y extrapolable a cualquier persona ya que si las relaciones significativas de ésta se centran exclusivamente en un trabajo y/o labor desempeñada cuándo esta actividad no esté disponible su impacto será mucho más traumático y, en el ex adicto, proclive a generar una posible recaída.

## **8. Hipótesis de trabajo definitiva**

Todos los datos hasta ahora mostrados evidencian que los E-ASAA poseen el potencial de “capacitar” conjuntamente y bajo supervisión profesional al residente recién ingresado en CT en el manejo de su propio “auto-cuidado” durante su proceso terapéutico dedicado al cese del consumo. El rol

desempeñado por el «Paciente Experto» (PE) y la transferencia de capacitación ya se ha demostrado efectiva en otro tipo de patologías y enfermedades crónicas. Sin embargo, en el ámbito complejo de las drogodependencias, el PE precisa de una formación adecuada.

La investigación cualitativa aporta la evidencia de la necesidad de un asesoramiento pre-entrada a este tipo de Servicios, seguimiento y acompañamiento, tanto en las salidas de CT como tras el AT. Este acompañamiento se muestra imprescindible tras el AT y, especialmente relevante en aquellas personas que no van Piso Terapéutico y/o no poseen un núcleo familiar que les proporcione seguridad y contención. El incluir la figura del E-ASAA formado como supervisor, tras el AT, posibilita la consolidación de patrones de comportamiento aprendidos dentro de CT que faciliten una completa reinserción social ya que estos patrones comportamentales todavía resultan ser demasiado frágiles.

## **9. Objetivos del Proyecto Mi Amigo de Comunidad<sup>40</sup>**

Como ya se ha comentado anteriormente esta Propuesta no está finalizada. Se ha enfatizado en solidificar una base teórica sólida con la suficiente evidencia para llevarse a ejecución y, sobre todo, en qué debe formarse el E-ASAA para realizar esta labor de acompañamiento de la forma más efectiva y eficiente. No obstante, los objetivos del Proyecto “Mi Amigo de Comunidad” serían los siguientes:

---

<sup>40</sup> Los objetivos específicos son susceptibles a modificarse tras la refutación/corroboração de la primera hipótesis de trabajo. (N. del A.)

## **9.1. Objetivo general**

- Reducir las tasas de Altas Voluntarias de cualquier CT durante todo el proceso terapéutico.

## **9.2. Objetivos específicos**

- Capacitar (formación) a los E-ASAA en la adquisición de competencias relativas a la concienciación pre-entrada (captación) a una CT de los residentes en lista de espera tomando como base las necesidades surgidas de las investigaciones cualitativas.
- Capacitar (formación) a los E-ASAA en la adquisición de competencias relativas al asesoramiento del proceso pre-post Alta Terapéutica (AT) de los residentes en CT tomando como base las necesidades surgidas de las investigaciones cualitativas.
- Capacitar (formación) a los E-ASAA en la adquisición de competencias relativas al soporte/acompañamiento de los residentes en sus primeras salidas de CT tomando como base las necesidades surgidas de las investigaciones cualitativas.
- Evaluar el impacto de la formación de los E-ASAA y su posterior desempeño como agentes de salud (PE) en sus particulares vidas.
- Evaluar el impacto de la intervención en relación al número de AV de los residentes de CT.

## 10. Metodología del Proyecto “Mi Amigo de Comunidad”

En la siguiente tabla se resume la labor desempeñada por el E-ASAA tras previa formación:<sup>41</sup>

FASE 1: pre-entrada a CT	FASE 2: estancia en CT	FASE 3: post-AT de CT
Contacto con el residente derivado a CT y/o familia	Contacto vía carteo ordinario y teléfono	Supervisión planificación y gestión del tiempo (AVD/I/A)
		Supervisión y control ejecución de planificación
Asesoramiento sobre CT: incluye visita física guiada	Acompañamiento en salidas (supervisión 24h)	Acompañamiento: gestiones, búsqueda empleo y/o formación, actividades de ocio/tiempo libre, seguimiento CAP, CSM, etc.
Acompañamiento día ingreso: Acogida	Acompañamiento en salidas: 2-3 y 4 días	Transferencia de información con los profesionales de CT
Transferencia de información con los profesionales de CT	Transferencia de información con los profesionales de CT	

**Tabla 2:** Labor desempeñada por el E-ASAA tras previa formación.

### 10.1. Contraprestación económica

Todo y ser una propuesta al E-ASAA se le debe proporcionar una contraprestación económica. No olvidemos que un tema del voluntariado, tal y como corrobora el Sr. Francisco González, es la falta de continuidad asistencial. En este sentido y conjuntamente con el equipo de CT se inscribiría el Proyecto “Mi Amigo de Comunidad” a todas las posibles subvenciones existentes otorgadas por la “Generalitat de Catalunya”, por ejemplo las

---

<sup>41</sup> Ver metodología, punto 5.4. Contacto y formación de los E-ASAA y la evaluación del impacto del Programa, tanto a nivel del usuario como al E-ASAA. La formación, obviamente, está directamente relacionada con el desempeño de estas actividades de acompañamiento. (N. del A.)

aportadas por el “Departamento de Bienestar y familia” relativo a los Servicios Sociales y Cohesión Social<sup>42</sup>.

Por otro lado, también se podría llegar a acuerdos económicos con la propia Entidad beneficiaria de los servicios de acompañamiento del E-ASAA.

## **10.2. Presupuesto del Proyecto**

No se puede documentar ni justificar el presupuesto del “Proyecto Mi Amigo de Comunidad” ya que éste requiere de mayor desarrollo. Sin embargo, sí que puede documentarse y justificarse la previa investigación que sirve de sustento para argumentar su utilidad y necesidad en el colectivo de drogodependientes en su proceso de reinserción social<sup>43</sup>.

## **11. Conclusión**

Esta conclusión refiere a la utilidad de la implementación del Proyecto “Mi Amigo de Comunidad”.

### **En el E-ASAA:**

Un alto porcentaje de personas adictas a sustancias alteradoras del ánimo deben enfrentarse, no solo al estigma que genera las drogodependencias e insertado en nuestra sociedad sino al suyo propio, denominado como un «auto-estigma» (Marichal y Quiles, 2000). Éste influye en el nivel de desempeño

---

<sup>42</sup> Una opción y a modo de ejemplo es optar por las subvenciones que otorga el Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales referente al mantenimiento de programas sociales. La Fundación Salud y Comunidad reúne los criterios para incluirse en dicha convocatoria. Ver ejemplo convocatoria año 2012: <http://www20.gencat.cat/docs/dasc/02Serveis%20i%20tramits/11Impressosiformularis/entitatsjuridiques/08serveisocials/01subvencions/15224.pdf>

<sup>43</sup> Ver anexo 5., p. 92. Tabla Presupuesto Investigación.

psicosocial y ocupacional. Así las personas que se reconocen como enfermas (adictas) como rol principal tienen metas diferentes a las personas que se auto perciben como significativas en la sociedad. Encontramos una gran parte de población drogodependiente que refiere en su discurso su incapacidad asumida a consecuencia de percibirse mayoritariamente como “drogodependiente” lo que alimenta el mantenimiento de desequilibrio en la ocupación, al no considerarse capaces de mantener un hogar, unas relaciones con la familia prósperas y un trabajo estable (Muñoz, 2012). En este sentido la contribución asistencial del E-ASAA se espera provocar cambios en el significado de su auto-conocimiento mejorando su causalidad personal<sup>44</sup>.

A este respecto y citando al autor de la logoterapia, V. Frankl (1994: 34), me posiciono junto a él en referencia a las supuestas necesidades inferiores –categorización inferior de las necesidades humanas en la archiconocida pirámide de Maslow-:

*“...la distinción establecida por Maslow entre necesidades superiores e inferiores no toma en consideración que cuando las necesidades inferiores no son satisfechas, puede hacerse más urgente una necesidad superior, tal como la voluntad de sentido [...]”* –crítica aceptada y compartida por el propio Maslow-.

En consecuencia, la labor desempeñada por el E-ASAA, corroborando las argumentaciones del Sr. González y tan conocidas en Asociaciones como Alcohólicos Anónimos/Narcóticos Anónimos, posibilitaría el acceso a esta búsqueda de sentido tal y como sustentaba Víctor Frankl.

---

<sup>44</sup> Concepto utilizado en el Modelo de Ocupación Humana (Kielhofner, 2004) y relativo a la auto-percepción de competencia personal. (N. del A.)

### **En los Residentes:**

Este colectivo más vulnerable se encuentra en pleno proceso de autoconocimiento. La fragilidad motivacional (Miller y Rollnick, 1991), sumada a su ambivalencia decisoria en determinados y transitorios periodos de tiempo tras el inicio del cese de consumo dentro de la CT –estadio de acción- (Prochaska y DiClemente, 1986) e ignorantemente achacado a su falta de voluntad (Washton y Boundy, 2005), incrementan las AV que este Proyecto intenta reducir dentro de las CT.

El disponer de una persona ejerciendo de modelo de referencia (E-ASAA, PE) durante todo el proceso terapéutico puede ayudar a paliar estas dificultades surgidas (especialmente en los periodos de crisis recurrentes iniciales tras el ingreso y tras el AT) en los que se encuentran los profesionales de la salud y lograr una mayor adherencia a los tratamientos en CCTT de régimen cerrado.

## **12. Agradecimientos y nota final del autor**

Agradezco a la gentilidad y amabilidad de todos y cada uno de los integrantes, tanto profesionales como residentes, de Fundación Salud Y comunidad.

Especial gratitud al Sr. Jordi Murillo por dedicarme su tiempo en la elaboración de esta investigación y propuesta. Siempre me ha facilitado la labor respondiendo a mis correos de forma inmediata, asesorándome debidamente. De hecho, gracias a él, he podido comprobar cómo han cambiado las cosas dentro de “Can Coll”, tanto en lo relativo a las dinámicas como el nuevo perfil de usuarios. Espero y deseo que esta CT siga ayudando a personas tal y como en su día lo hicieron conmigo.

Mis más sinceros respetos al Sr. Francisco González, por su calidez y sencillez. Por su valentía y ejemplo. Por su trato con las personas necesitadas; que su ejemplo y el de cientos de voluntarios anónimos sirva para que el

ámbito de las drogodependencias deje de ser tan lamentablemente estigmatizado.

Gracias también a Bibiana, Mayte T, Ricard, Salvador S y Laura V, que conjuntamente han posibilitado la realización de este trabajo.

Por último, agradecer la experiencia vivida en los Programas de Reducción de Daños a través de CDCADO y, especialmente a Rubén del Río, para poderme formar, con una mente mucho más abierta, a la compleja problemática de las drogodependencias.

## Bibliografía

- Anthony W. A, (2003). Expanding the evidence base in an era of recovery [editorial]. *Psychiatr Rehabil J*; 27(1):1-2.
- Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales APETO, (1999). Comisión de Trabajo. Documento técnico sobre Terapia Ocupacional. [consultado 15/12/2012]. Disponible en: [http://www.terapia-ocupacional.com/Definicion\\_TO.shtml](http://www.terapia-ocupacional.com/Definicion_TO.shtml)
- Bandura A. *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. 1986. ISBN 978-0-13-815614-5
- Becoña E, Cortés M, (2008). Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Ed. Socidrogalcohol; p.59. ISBN: 978-84-612-4795-0.
- Beck A, Wright F, Newman C, Liece B., (1993). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Paidós. Buenos Aires.
- Berglund, G.W., Bergmark, A., Bjorling, B., Gronbladh, L., Lindberg, S., Oscarsson, L., Olsson, B., Segraeus, V. y Stensmo C. The SWEDATE Project: interaction between treatment, client background, and outcome in a one-year follow-up. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 1991; 8, 161-9.
- Broekaert, E., Raes, V., Kaplan, C.D. y Coletti, M. (1999). The design and effectiveness of Therapeutic Community research in Europe: An overview. *European Addiction Research*. 1999; 5, 21-35.
- Care Services Improvement Partnership (CSIP),(2007). *A common purpose: Recovery in future mental health services*. Great Britain: Social Care Institute for Excellence.
- Comas A D, (2006). Comunidades Terapéuticas en España: Situación actual y propuesta funcional. Grupo GID. Plan Nacional sobre Drogas. Disponible pdf: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/ComunidadesTerapeuticas.pdf>
- Condelli, W.S. & De Leon, G. Fixed and dynamic predictors of client retention in therapeutic communities. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 1993; 10, 11-16.
- Coulter A, (2007). *Engaging Patients In Their Health: How The Nhs Needs To Change*. Oxford (UK): Picker Institute, 2. Disponible en: <http://www.pickereurope.org/item/document/204>
- De Leon, G. (1988). Legal pressure in therapeutic communities. In C.G. Leukefeld & E.M. Tims (eds.), *Compulsory treatment of drug abuse: Research and clinical practice* (NIDA Research Monograph 86, DHHS No. ADM-88-1578, pp. 160-177). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- De Leon, G. (1993). Issues to consider when predicting retention in therapeutic communities. *Journal of Psychoactive Drugs*, 25, 239-244.
- De Leon, G., Melnick, G., & Hawke, J., (2000). The motivation/readiness factor in drug treatment research: Implications for research and policy. In D. McBride, R. Stephens, & J.

- Levy (Eds.), Emergent issues in drug treatment: Advances in medical sociology (Vol. 7, pp. 103-129). Greenwich, CT: JAI Press.
- De Leon, G., Melnick, G., Kressel, D., & Jainchill, N, (1994). Circumstances, motivation, readiness and suitability (the CMRS scales): Predicting retention in therapeutic community treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*; 20, 495-515.
- De Leon, G., & Schwartz, S, (1994). The therapeutic community: What are the retention rates? *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 10: 267-284.
- De Leon, G., Wexler, H. K. y Jainchill, N, (1982). The Therapeutic Community: success and improvement rates 5 years after treatment. *International Journal of Addictions*, 17, 703-747.
- Department of Health, (2001). *The expert patient: A new approach to Chronic Disease Management for the 21st Century*. London (UK).
- Documento Marco sobre Reducción de Daños, (2000). Conferencia de Consenso sobre la Reducción de Riesgos relacionados con las drogas. Barcelona.
- Fernández, J. J., Arias, F., Castillo, C., Roncero, C., Rovira, M. A. y Secades, R. (2008). Opiáceos. Guías clínicas Socidroalcohol basadas en la evidencia científica. Palma de Mallorca: Socidroalcohol.
- Fishbein, M.; Ajzen, (1980) I. Understanding attitude and predicting social behavior. Prentice Hall. New York.
- Foster G, Taylor S.J.C, Eldridge S.E, Ramsay J, Griffiths C.J, (2008). Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. *Cochrane Database Syst Rev*; 4
- Frankl V, (1994). *Psicoterapia y humanismo. ¿Tiene un sentido la vida?* México. Ed. FCE. 1994., p. 34.
- García Cerdán M<sup>a</sup> R. San Sebastián, (2011). Implantación del Programa paciente experto Instituta Catalán de Salud en el Servicio de Atención Primaria del BAIX Llobregat Litoral)
- García Lalinde, G, (2002). Participación de usuarios de drogas como agentes de salud en programas de reducción de daños y prevención de VIH/SIDA. En *Revista Española de Drogodependencias*, Vol. 27, nº3. AESED, Valencia.
- Gómez Muñoz C, (2012). Estigma-autoestigma en el funcionamiento ocupacional: salud mental y drogodependencias. *Psicologia.com*. 2012; 16:14.
- Disponible en:  
<http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/view/1460/1293/>
- González Martínez J M, Trujillo Mendoza H M., (2003). *Tratamiento del drogodependiente con trastornos de la personalidad*. Biblioteca Nueva. Madrid.
- Grant M, Hodgson R, (1992). *Respuesta a los problemas de drogas y de alcohol en la comunidad: manual para los agentes de atención primaria de salud con orientaciones para los instructores*. Ginebra, OMS; p.116.

- Greenwood, G. L., Woods, W. J., Guydish, J. y Bein, E. (2001). Relapse outcomes in a randomized trial of residential and day drug abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, 15-23.
- Hainsworth T, (2005). A new model of care for people who have long-term conditions. *Nurs Times*. 2005; 101(3):28-9.
- Holman H, Lorig K, (2000). Patients and partners in managing chronic diseases. Partnership is a prerequisite for effective and efficient health care. *BMJ*; 320:526-7.
- Hossack JR, (1952). Clinical trial of occupational therapy in the treatment of alcohol addiction. *Am J Occup Ther*. 1952; 6: 265-6. Obtenido de : [Pubmed](#)
- Hubbard, R.L., Collins, J.J., Rachal, J.V. , & Cavanaugh, E.R, (1988). The criminal justice client in drug abuse treatment. (NIDA Research Monograph No. 86). Research Triangle Park, NC: Research Triangle Institute. 1988.
- Kielhofner G, (2004). *Terapia Ocupacional. Modelo de Ocupación Humana. Teoría y Aplicación*. 3ª ed. Buenos Aires: Panamericana.
- Law M, Polatajko H, Baptiste W, Townsend E, (1997). Core concepts in occupational therapy. En: Townsend E, editor. *Enabling occupational and occupational therapy perspective*. Ottawa, ON: Canadian Association of Occupational Therapists; 3: 29-56
- Lawn S, Battersby M.W, Pols R.G, Lawrence J, Parry T, Urukalo M, (2007). The mental health expert patient: finding from a pilot study of a generic chronic condition self-management programme for people with mental illness. *Int J Soc Psychiatry*;53(1):63-74.
- Lindsay WP, (1983). The role of the occupational therapist treatment of alcoholism. *Am J Occup Ther*. 37: 36-43. Disponible: [Pubmed](#)
- López M, (2007). El paciente experto toma la palabra. En portada. *Siete días médicos*; 754:5-11.
- Marichal F, Quiles MN. La Organización del estigma en categorías: actualización de la taxonomía de Goffman. *Psicothema*. 2000; 12(3): 458-465.
- Melnick, G., De Leon, G., (2001). Thomas, G., Wexler, H. K., & Kressel, D. Treatment process in therapeutic communities: Motivation, progress and outcomes. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*; 27, 633-650.
- Menchú R, (1959). En: Allende I, Arias V, Cámara J, Fustes C, Peña J, Presencio E, Rodríguez V. *Volunters in drug dependencies: the experience of proyecto hombre*. En: *Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias*. © Asociación Proyecto Hombre; p. 359. ISBN: 84-88930-10.
- Messina, N., Wish, E. y Nemes, S., (2000). Predictors of treatment outcomes in men and women admitted to a therapeutic community. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*; 26, 207-27.
- Miller R W, Rollnick S., (1991). *La entrevista motivacional*. Paidós. Buenos Aires.

- Molina Escribano F, Castaño Moreno E, Massó Orozco J, (2008). Experiencia educativa con un paciente experto. *Rev. Clín. Med FAM*; 2(4): 178-180.
- National Schizophrenia Fellowship, (2003). Self-Management: The experiences and views of self-management of people with a diagnosis of schizophrenia. Rethink severe mental illness. UK. Disponible en: <http://www.rethink.org/document.rm?id=109>
- Nemes, S., Wish, E.D. y Messina N., (1999). Comparing the impact of standard and abbreviated treatment in a therapeutic community. Findings from the district of Columbia treatment initiative experiment. *Journal of Substance Abuse Treatment*; 17, 339-47.
- ONUSIDA., (2000). Educación inter pares y VIH/SIDA: Conceptos, usos y problemas. Ginebra. Colección Prácticas Óptimas del ONUSIDA.
- Organización Mundial de la Salud, (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Madrid: IMSERSO.
- Organización de las Naciones Unidas,( 2003). Manual Abuso de drogas: Tratamiento y Rehabilitación. Guía práctica de planificación y Aplicación. Capítulo II: Definición de tratamiento. Oficina contra la droga y el delito. [consultado 04/01/2013]. Disponible en internet: [http://www.unodc.org/pdf/report\\_2003-07-17\\_1\\_es.pdf](http://www.unodc.org/pdf/report_2003-07-17_1_es.pdf)
- Ortiz A, Soriano A, Galván J, Rodríguez E, González L, Unikel C, (2007). Características de los usuarios de cocaína, su percepción y actitud hacia los servicios de tratamiento. *Salud Mental* 20, Supl. Julio.
- Palacios Herrera J, (2007). Ethics and therapeutic community: in search of self-criticism. En: *Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias*. © Asociación Proyecto Hombre. ISBN: 84-88930-10
- Palomer E, Izquierdo R, Leahy E, Masferrer C, Flores P, (2010). El usuario como experto: concepto, modalidades y experiencia desde el Proyecto Emilia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, vol. XXX, (Enero-Marzo), nº 105; pp. 109-123.
- Palomer E, Izquierdo R, Flores P, (2010). Per la inclusió social i laboral dels malalts mentals. Presentació del Projecte EMILIA. *Revista del COPC* 203:19-21.
- Plews C, (2005). Expert Patient Programme: managing patients with long-term conditions. *Br J Nurs.* 14(20):1086-9.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C, (1986). Toward a comprehensive model of change. En: W. R. Miller y N. Heather comps.), *Treating addictive behaviour: Processes of change*, Nueva York, Plenum; p. 3-27
- Riveros M, (2004). Historia de desempeño ocupacional en usuarios de programas de tratamiento y rehabilitación en drogas: recomendaciones para una intervención. Tesis para optar al grado de Magíster en Salud Pública. Estudio complementario a la investigación "Proyecto de asesoría al Consejo Nacional de Control de Estupefacientes – CONACE". Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.
- Rogers, Everett M, (1983). *Diffusion of Innovations*. New York: Free Press. ISBN 0029266505

- Simpson, D. D., & Joe, G.W., (1993). Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment. *Psychotherapy*; 30.
- Smith, L. A, Gates, S. y Foxcroft, D. (2006). Therapeutic communities for substance related disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, 1. Art. No.: CD005338. [Comunidades terapéuticas para los trastornos relacionados con el uso de sustancias (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.
- Tiffany, S.T., Singleton, E., Haertzen, C.A. y Henningfield, I.E. (1993). The development of a cocaine craving questionnaire. *Drug and Alcohol Dependence*, 34, 19-28.
- Trujols J, Guardia J, Gonzalvo B, Suárez A, Martí A, Segura L, Tejero A. (2004). Estudio de validación de la Escala Multidimensional de Craving de Alcohol. *Medicina Clínica*. Vol. 123:(6); 211-16.
- Uchtenhagen, A. y Zimmer-Höfler, D., (1987). Psychosocial development following therapeutic and legal interventions in opiate dependence. A Swiss national study. Special Issue: Juvenile Substance Use and Human Development: new perspectives in research and prevention. *European Journal of Psychiatry*; 2, 443-48.
- Washton M. A, Boundy D., (2005). *Querer no es poder: como comprender y superar las adicciones*. Paidós Ibérica.
- Zelaya P, (1983). *Las Comunidades Terapéuticas en España*. Series Monografías Técnicas. Madrid: Ed. Cruz Roja y Dirección General de Acción Social.

# ANEXO 1

**Tabla desglose de actividades en PFG1-2:**

Semana Actividad	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15
Investigación bibliográfica (IB)	X	X	X	X											
Transcripción resultados IB					X	X									
Investigación cualitativa (IC): creación de cuestionarios relativa al conocimiento de las actuales demandas de los residentes en CT.						X									
IC: registro de los cuestionarios relativos al conocimiento de las actuales demandas de los residentes en CT.												X			
IC: Desarrollo descriptivo, mediante categorías conceptuales, de la información recopilada de los cuestionarios relativos al conocimiento de las actuales demandas de los residentes en CT.													X	X	
IC: Confección de entrevista Semi-estructurada relativa al conocimiento de las demandas asistenciales actuales en CT donde el E-ASAA puede contribuir, conjuntamente con los profesionales							X	X							

<p>implicados.</p> <p><b>Destinatarios:</b> Sr. Jordi Murillo (Director CT Can Coll, Manresa) Sr. Francisco González (Presidente Fundación Salud y Comunidad)</p>																		
<p><b>IC:</b> Realización y registro (grabación previo consentimiento) de entrevista Semi-estructurada relativa al conocimiento de las demandas asistenciales actuales en CT donde el E-ASAA puede contribuir conjuntamente con los profesionales implicados.</p> <p><b>Destinatario:</b> Sr. Jordi Murillo (Director CT Can Coll, Manresa)</p>													X					
<p><b>IC:</b> Realización y registro (grabación previo consentimiento) de entrevista Semi-estructurada relativa al conocimiento de las demandas asistenciales actuales en CT donde el E-ASAA puede contribuir conjuntamente con los profesionales implicados.</p> <p>Sr. Francisco González (Presidente Fundación Salud y Comunidad)</p>							X											
<p><b>IC:</b> Desarrollo descriptivo, mediante categorías, de la información recopilada de la entrevista Semi-estructurada</p>								X									X	



## **ANEXO 2**

### **Categorías y unidades conceptuales utilizadas en la tabulación de los cuestionarios:**

**CATEGORÍA:** «congruencia» (pregunta 1)

**Definición:** expectativas sobre la globalidad de CT acordes con lo experimentado en la realidad. De existir diferencias éstas no exceden para ser consideradas como sorprendentes.

**CATEGORÍA:** «discrepancias» (pregunta 1)

**Definición:** expectativas sobre la globalidad de CT no acordes con lo experimentado en la realidad. Estas pueden ser tanto por exceso o defecto.

#### **Sub-categorías:**

**Normas y funcionamiento:** hace relación a los horarios de los talleres y dinámicas de toda la semana así como las normas de convivencia. Incluye las dinámicas, talleres y terapias así como las obligaciones y delegación de responsabilidades:

*“me esperaba fuera menos normativo, sin campana [...]”*

*“...cuidando animales, del campo, etc. No pensaba que hubieran tantas dinámicas y tanto toque de campana”*

*“...todo el día trabajando, me refiero a un trabajo físico”*

*“Me esperaba algo más de intimidad y algún rato libre para poder estar solo”*

*“Desconocía el funcionamiento [...]”*

*“Pensaba que tendría más tiempo para poder reflexionar y no tantas dinámicas, tan seguidas y a toque de campana”*

*“Más tranquilo y menos estresante”*

*“...tanto la terapia recibida como la comunidad supera lo que yo esperaba”*

*“Me esperaba que no habría tantas tareas de la casa [...]”*

*“...me esperaba no hacer tantas tareas y pensaba que no habían tantas normas”*

*“...también las terapias son buenas”.*

Ambiente/contexto: relativo a la infraestructura de la CT y sus características como a su ubicación.

*“...y con animales”*

*“...esperaba más o menos una granja con animales”*

*“Diferente. Pensaba que era más tipo granja [...]”*

Grupo: hace referencia a las características de los usuarios y las relaciones establecidas en el seno de éste.

*“Pensaba encontrarme más solo y al contrario tengo mucho compañerismo en el grupo”*

*“...pero mi inquietud era la gente que me encontraría”*

*“...pensaba que era un ámbito más agresivo por parte de los compañeros. La verdad que me daba mucho respeto pero me equivoqué. Es mejor de lo que esperaba”.*

*“...lo que sí me sorprendió es que las personas que hay aquí son más parecidas a mí de lo que yo creía”*

*“Me esperaba encontrar gente más delincuente [...]”*

*“...el trato es muy bueno, la convivencia es buena sin gente super-agresiva”*

**CATEGORÍA:** «factores desencadenantes de periodos de crisis» (pregunta3)

Definición: causas de estados emocionales proclives a desencadenar periodos de ambivalencia en el cese del consumo de sustancias alteradoras del ánimo.

**Sub-categorías:**

Recrearse en el consumo: relativo a todo pensamiento recurrente relacionado con el consumo.

Proyecto de vida: relativo a todos a aquellos aspectos socio-laborales que deben afrontarse una vez finalizado el tratamiento en CT tales como las deudas y sustento económico, mantenimiento y/o búsqueda de empleo, formación, etc., y que su reflexión produce emociones abrasivas y proclives a desencadenar periodos de crisis y ambivalencia en el cese del consumo.

Manejo de emociones/control de impulsos: relativo al manejo de éstos\_en situaciones mayoritariamente estresantes como factores desencadenantes.

Relaciones intra-grupales: factores desencadenantes surgidos de conflictos relacionales dentro del seno del grupo.

CT: funcionamiento, normas, reclusión, etc.: factores desencadenantes originados por los horarios, normas conductuales establecidas para el buen funcionamiento de la CT, privación momentánea de libertad, distribución de los talleres y dinámicas y su metodología, penalizaciones, etc.

Tiempo libre: Factores desencadenantes relativos al tiempo sin obligaciones ni responsabilidades y dedicado al desempeño de actividades y/o ocupaciones elegidas libremente. Ello puede ser causado por exceso o déficit de tiempo libre.

Autoimagen: Factor desencadenante originado por el auto-concepto de la propia persona en relación al resto de usuarios. Este puede ser causado tanto por una infravaloración o sobrevaloración.

Pensar en nunca más: factor desencadenante propiciado por el pensamiento relativo al cese definitivo del consumo de sustancias alteradoras del ánimo.

Ausencia de relaciones sexuales: factor desencadenante propiciado por la ausencia de relaciones sexuales. Éstas no están permitidas dentro de CT y son consideradas como falta grave y motivo de expulsión.

Añoranza relaciones: relativo a todo tipo de emociones negativas derivadas de la interrupción de relaciones significativas exteriores.

**CATEGORÍA:** «E-ASAA como ejemplo» (pregunta 7)

Definición: utilidad/aportación sobre la dinámica de grupo consistente a que un E-ASAA comparta su propia experiencia sobre su particular proceso de re-inserción.

**Sub-categorías:**

Ejemplo: Percibir al E-ASAA como un ejemplo a seguir.

*“Con su ejemplo los usuarios ven una realidad donde un adicto puede estar en abstinencia y llevar una vida con normalidad”*

*“Comprobar que verdaderamente se puede conseguir salir de las drogas, que si hay un futuro”*

*“...comprobar en que todo se puede llegar a conseguir”*

*“Pienso que es positivo para ver que hay solución a mi problema”*

*“...ver a un ex adicta que tenía Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) y hacía vida normal [...]”*

*“Te cuentan su experiencia y yo creo que esto ayuda mucho para poder saber cómo llevar tu proceso correctamente y no cometer los mismos fallos que ellos”*

*“saber que es cierto que podemos cambiar muchísimo [...]”*

*“...ver a través de ellos que se puede dejar las drogas [...]”*

*“Pues es de gran ayuda. Para mí es un ejemplo a seguir y te ves reflejado en ellos en todo. Ver cómo están, cómo luchan cada día, cómo afrontan la vida nos da mucho ejemplo”.*

Motivación: Estado volicional del residente acrecentado a raíz de la experiencia compartida con un E-ASAA. Relativo a la descripción de emociones y sentimientos.

*“Te da ánimos para seguir adelante”.*

*“Puede dar esperanza a los usuarios”*

*“Te ayuda a tener más confianza [...]”*

*“Aporta ganas de vivir [...]”*

*“...nos da fuerza para tirar para adelante”*

*“Me dará ánimo [...]”*

*“A mí su presencia y charla en Can Coll me sirvió para darme ánimos [...]”*

*“Lo he visto y la verdad es que nos anima mucho a seguir [...]”*

*“...es motivador [...]”*

Expectativas positivas de cambio: relativo a pensamientos y reflexiones acerca del futuro positivas que refuerzan la adherencia al tratamiento. Ver el futuro con optimismo.

*“...conocer proyectos de futuro, proyectos de vida, etc.”*

*“A mí, personalmente, mucha información sobre un futuro”*

*“Creo que invitar a antiguos ex usuarios de CT ayuda al usuario a llevar el proceso”*

*“Es importante recabar información de ex usuarios para enriquecer mi proceso y mantenerme abstinentemente mucho tiempo”*

*“...que es posible cambiar la vida”*

*“...me dará fuerzas y ánimo para seguir mi tratamiento”*

*“...nos da fuerza para tirar para adelante”*

*“...ánimos para seguir para adelante”*

*“...saber que de verdad, después de algunos años, podemos vivir en paz con nosotros mismos”*

Aprender estrategias de afrontamiento: transferencia de información relativa a nuevas estrategias de afrontamiento, resolución de problemas, barreras, determinar situaciones de alto riesgo (SARS), etc., proclives a incorporarse en el repertorio de habilidades de cada uno de los residentes.

*“Es muy importante porque nos aportan información de futuro [...]”*

*“...conocer y valorar las tácticas que ellos han requerido, tácticas para posibles recaídas [...]”*

*“creo puede aportar mucha información y experiencia”*

*“Te cuentan su experiencia y yo creo que esto ayuda mucho para no cometer los mismos fallos que ellos”*

*“Siempre creo que la experiencia es sabiduría y me puede enseñar en un presente y un futuro a superar o sobrellevar mi adicción”*

**CATEGORÍA:** «contacto con E-ASAA durante estancia en CT» (pregunta 10)

Definición: Opinión acerca de que un ex usuario de Can Coll se ponga en contacto con un futuro residente de CT ejerciendo el papel de tutor/mentor durante todo su proceso terapéutico. Este incluye el periodo de asesoramiento pre-entrada, seguimiento y acompañamiento post-Alta Terapéutica.

**Sub-categorías:**

Opinión favorable acerca de la figura del E-ASAA como tutor/mentor: hace referencia a todas aquellas respuestas que opinan favorablemente sobre el hecho de que un E-ASAA forme parte del equipo terapéutico ejerciendo principalmente el papel de tutor/ mentor durante la pre-entrada, seguimiento y post-AT.

*“lo veo muy bien”*

*“Muy bien”*

*“Me hubiera ido bien porque me habría preparado mejor para venir aquí”*

*“Bien, porque es una decisión difícil y costosa. Haber tenido información hubiese sido bueno”*

*“Bien por la experiencia y ánimos que podría darme ya que ha pasado por lo mismo”*

*“Me hubiese gustado porque habría aprendido mucho más”*

*“Bien, me hubiera dado consejo”*

*“Que no estaría mal si veo que a él la ha servido si veo que a él le ha servido y lo ha conseguido que me apoyará y estuviera de mi lado”*

*“Creo que puede ser muy positivo”*

*“Bien, pero no ha sido mi caso”*

*“No es mi caso pero te puede aportar confianza y animarte a realizar tu proceso”*

*“Yo creo que si el ex usuario está rehabilitado puede darme buenos consejos respecto a su experiencia y enseñarme a conllevar mi proceso”*

*“Bien, se lo hubiera agradecido, y al igual le hubiera ayudado”*

*“Me hubiera informado mejor del tratamiento y viéndolo a él me animaría a hacer el tratamiento”*

*“Me parece bien y muy positivo”*

*“Creo que si todos hiciésemos este paso, ayudaríamos a mucha gente que lo necesita y que realmente no saben ni que tiene una adicción, y menos que exista Can Coll”.*

Ambivalencia acerca de que la figura del tutor/mentor sea un E-ASAA: respuestas ambiguas que no muestran un posicionamiento claro.

*“Creo que se podría probar, pero también creo que lo más adecuado sería tener a un profesional como tutor”*

*“Bien pero me daría igual que fuese ex adicto o no”*

Opinión desfavorable acerca de la figura del E-ASAA como tutor/mentor: hace referencia a todas aquellas respuestas que opinan desfavorablemente sobre el hecho de que un E-ASAA forme parte del equipo terapéutico ejerciendo principalmente el papel de tutor/ mentor durante la pre-entrada, seguimiento y post-AT.

*“Un ex adicto no debe ponerse en contacto con adictos porque es muy peligroso. Puedes recaer”*

*“Que no es muy terapéutico, por si no lo saben”*

**CATEGORÍA:** «beneficio de establecer comunicación con E-ASAA durante todo el proceso terapéutico » (pregunta 11)

Definición: Creencia acerca del beneficio de poderse comunicar con el E-ASAA durante la totalidad del proceso terapéutico. Incluye la comunicación virtual mediante teléfono o carteo ordinario y la comunicación con presencia física como el asesoramiento pre-entrada, acompañamiento en salidas y seguimiento post-Alta Terapéutica.

**Sub-categorías:**

Beneficio en habilidades relacionadas en la resolución de problemas propias de la adicción: incluye estrategias de afrontamiento ante adversidades (situaciones estresantes) así como de prevención de recaídas (discernimiento de las propias situaciones de Alto Riesgo, SAR). Conocimiento de recursos y fortalezas, límites y debilidades. Adquisición de habilidades por modelaje (Teoría del aprendizaje).

*“En todo y sobre todo en la forma de afrontar los problemas”*

*“Porque él ya tiene la suficiente experiencia y me guiara más o menos hacia donde ir y cómo hacerlo; siempre que esté totalmente rehabilitado”*

*“Que comprendería totalmente la enfermedad. Por tanto considero que sería de gran ayuda en todos los aspectos que conlleva la adicción”*

*“Creo que me beneficiaría en la abstinencia”*

*“En seguir sus pasos para el bien mío, ya que él ya tiene la experiencia de haberlo hecho”*

*“En sus consejos”*

*“Comentar con él algún problema que tuviera en la casa. Supongo que su experiencia me daría ánimos”*

*“Insisto en la experiencia y buen hacer”*

Beneficio en habilidades relacionadas con la seguridad: sentimiento de seguridad por saberse acompañado, tanto durante la estancia en CT como una vez éste, (respuestas relacionadas con el proceso e información de éste)

*“El sentirme acompañado en el proceso, ayudado”*

*“Podríamos estar más protegidos una vez obtenida el Alta Terapéutica”*

*“En el proceso”*

*“Me hubiera dado más información y ayuda sobre el proceso”*

*“Si estuviese abstinerente sería un apoyo más para superar el proceso”*

*“En las formas de ver las cosas de puntos de vista diferentes. Tranquilidad. Te puede ayudar”*

Respuestas sin catalogar: respuestas incongruentes y/o no pertinentes al tema preguntado; inespecíficas o debido erratas de comprensión.

*“En sentir que estoy dando la oportunidad de cambiar su vida a otra persona que lo necesita. Me sentiría bien”*: Errata de comprensión. Se debe a que la respuesta hace mención al beneficio que podría adquirir el E-ASAA y no el residente. Ello se explica por la utilización del trato de “usted” en la pregunta el cual induce a confundirse con el pronombre personal átono /le/.

*“En su experiencia y [...] mi situación personal”*: dificultad de comprensión de cuatro palabras entre /y/ y /mi/.

*“En muchas cosas”*: no catalogable, inespecífico.

*“Bastante”*: (ídem., ant.)

## **ANEXO 3**

### **Preguntas clave de las entrevistas focalizadas:**

#### **Entrevista al Sr. Francisco González (Presidente Honorífico de Fundación Salud y Comunidad; “Riera Major”, Viladrau, 12-02-2013):**

¿A qué se debe el éxito que han tenido las Asociaciones de ex adictos como Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos (AA, NA)?

¿Por qué cree que está restringida la aportación terapéutica del voluntariado ex adicto rehabilitado en este ámbito?

¿Qué requisitos ha de cumplir un voluntario para realizar estas labores de soporte?

¿Qué proporción de voluntariado existe en la actualidad en Catalunya en este ámbito?

¿Qué puede aportar el ex adicto rehabilitado como paciente experto “PE” en el tratamiento en drogodependencias?

¿Qué evidencia científica existe para seguir apostando por esta metodología?

¿Han variado las demandas asistenciales en CT?

¿Qué opina acerca de que un ex usuario debidamente formado pueda realizar la labor de seguimiento/acompañamiento mediante carteo ordinario, electrónico, etc., con el pertinente filtraje profesional, con los usuarios residentes de CT?

¿Cuánto hace que es usted el Presidente de la Fundación Salud y Comunidad y cómo llego a este cargo?

## **Entrevista al Sr. Jordi Murillo (Director de la CT de “Can Coll”, Manresa, 03-05-2013):**

¿Por qué tiene tan mala prensa el que un ex adicto pueda contribuir en el tratamiento de las drogadicciones?

¿Es necesaria la figura del “PE” en la atención a las drogodependencias?

¿Es excluyente o difícilmente integrable el conocimiento del “PE” con la de los profesionales especializados?

¿Cómo entonces podría llegara a complementarse la labor desempeñada por el “PE” con la profesional? ¿Qué experiencia tenéis al respecto desde la Fundación?

¿Hay alguna contraindicación en la propia enfermedad del ex adicto para que éste, como “PE”, ejerza esta labor de soporte?

¿Qué demandas asistenciales más problemáticas para cubrir se encuentra la Fundación en la actualidad?

¿Con qué porcentajes de abandonos prematuros os encontráis en CT?

¿Qué implicación tiene para el usuario que sale de CT con el AT un mal diagnóstico ya dado por el CSM/IJ?

¿Qué crees que todavía no se ha hecho en el ámbito de drogodependencias y se debería potenciar? ¿Qué papel podría jugar aquí el “PE”?

¿En qué periodos crees entonces que debería estar presente el “PE” como figura de soporte?

## **ANEXO 4**

### **Cuestionario sobre las necesidades de los usuarios residentes de una CT:**

Trabajo Fin de Grado de Terapia Ocupacional en la Universidad de Vic, 2013. Proyecto “Mi amigo de Comunidad”. Autor: Marc Miguel Martínez, ex usuario de Can Coll (2004-2005).

**El objetivo de esta encuesta consiste en la extracción de información relativa a algunas de las necesidades e inquietudes surgidas durante su estancia en esta Comunidad Terapéutica que, a su vez, puedan influir negativamente en la adherencia a su particular proceso terapéutico enfocado al cese del consumo de sustancias alteradoras del ánimo.**

**Su posterior estudio aportará datos relevantes para la implementación de estrategias de apoyo a Comunidades Terapéuticas como ésta.**

**Lea con detenimiento cada apartado. Su sinceridad es básica y determinará las posibles propuestas futuras. No responda si no está seguro de su respuesta. Los datos aquí registrados se mantendrán en total confidencialidad de acuerdo a la Ley Orgánica 15/1999.**

**Gracias por su colaboración.**

***“...Gracias por elegir no depender de nada [...]”***

**1. Género:**

Hombre

**2. Edad:..... años**

**3. Número años de consumo: .....**

#### **Su ingreso**

**1. ¿Cómo se esperaba que fuera la Comunidad Terapéutica (CT) de Can Coll?**

.....  
.....  
.....

2. ¿Encontró a faltar un mayor asesoramiento sobre la convivencia y funcionamiento diario de la CT?

.....

.....

.....

3. Los primeros días de estancia en CT pueden ser particularmente duros. No solo se deja la droga/alcohol sino que también se deja un entorno y contexto, ocupaciones, relaciones y familia que nos han acompañado durante largo tiempo. Todo ello puede ocasionar períodos de crisis y ambivalencia en el cese del consumo. Ubique del 5 al 1 (de mayor relevancia a menor) cuáles han sido los factores que para usted más le ha costado en la continuación de su ingreso en CT, (marque la casilla de NS/NC si cree que no ha transitado por periodos de crisis desencadenados por factores ajenos al propio síndrome de abstinencia físico): (continua página siguiente)

Ejemplo:

Grado de relevancia	Factores desencadenantes de periodos de crisis
5. Mucha relevancia	<i>Los fines de semana (síndrome de abstinencia condicionado)</i>
4. Bastante relevancia	<i>Añoranza familiar (padres, hijos, etc.)</i>
3. Relevancia moderada	<i>Verme mejor que el resto de usuarios: "...Yo no estoy tan mal..."</i>
2. Alguna relevancia	<i>No tener confianza con nadie del grupo o casi nadie</i>
1. Escasa relevancia	<i>El pensar en "nunca más" (dejar el consumo para siempre)</i>
<input type="checkbox"/> NS/NC	

Respuesta:

Grado de relevancia	Factores desencadenantes de periodos de crisis
5. Mucha relevancia	
4. Bastante relevancia	
3. Relevancia moderada	
2. Alguna relevancia	
1. Escasa relevancia	
<input type="checkbox"/> NS/NC	

4. Si usted no ha atravesado por estos periodos de crisis que pudieran haberle precipitado a un abandono precoz de su tratamiento ¿Por qué cree que estos no sucedieron o al menos con la suficiente intensidad como para inducirle a plantearse el abandono del tratamiento en CT? (solo contestar en caso de haber marcado la casilla NS/NC en la anterior pregunta)

.....

.....

.....

.....

**5. Cuando es consciente de que transita por un periodo de crisis, ¿pide ayuda?, ¿A quién puede recurrir teniendo en cuenta las alternativas reales disponibles en CT? (señale la opción escogida con una "X")**

- A cualquier compañero de CT.
- A cualquier profesional de CT.
- Espero a comentárselo a alguien que haya pasado ya por esta situación anteriormente. (p.ej. a un usuario veterano, a un profesional o educador que haya padecido problemas con la adicción en el pasado, etc.)
- No dispongo de nadie con la suficiente confianza como para compartir mi malestar, así que en un principio lo intento sobrellevar yo solo.
- Otros: .....

Justifique brevemente su respuesta:

.....  
.....

**6. Ahora, supón que transitando por la misma situación de crisis pudiera elegir con quién compartir su malestar. ¿A quién recurriría? (señale la opción escogida con una "X")**

- A un profesional de CT especializado que conozco y/o confío.
- A un ex usuario de CT que ya ha pasado por esta situación anteriormente que continua abstinente el cual conozco y/o confío.
- A cualquier compañero de CT que conozco y/o confío.
- A mí familia.
- Me es indiferente a quién recurrir.

Justifique brevemente su respuesta:

.....  
.....

### **Su estancia**

**7. Una de las dinámicas características de las Comunidades Terapéuticas es la de invitar a antiguos usuarios de CT para que compartan con los actuales residentes su particular experiencia en su proceso de reinserción. ¿Qué opina acerca del potencial papel que puede desempeñar el ex adicto consumidor de sustancias alteradoras del ánimo y ex usuario de esta CT en su particular proceso?**

.....  
.....

.....  
.....

**8. Las salidas de la CT, graduadas en cantidad y duración, forman parte del proceso terapéutico. ¿Tiene usted a familiares, allegados o amigos que puedan ejercer esta labor de acompañamiento cuándo sale/salga de CT? (señala la opción escogida con una "X")**

- Sí. (Mi familia directa, mi actual pareja, etc.)
- Tal vez, pero no estoy seguro. (Tal vez mi familia o amigos no-consumidores)
- No. (Es un problema para mí)

**9. Otra de las características para paliar la incomunicación con los familiares, amigos y allegados propicios para el fortalecimiento de la abstinencia –una vez transcurrido el tiempo oportuno estimado por los profesionales-, es el carteo ordinario y el teléfono. ¿Tiene usted a familiares, allegados o amigos con los que comunicarse y que sean facilitadores de su abstinencia? (señala la opción escogida con una "X")**

- Sí. (Mi familia directa, mi actual pareja, etc.)
- Tal vez, pero no estoy seguro. (Tal vez mi familia o amigos no-consumidores)
- No. (Esto es un problema para mí)

**10. ¿Qué opina acerca de que un ex adicto y ex usuario de Can Coll y actualmente abstinentes se hubiera puesto en contacto con usted antes de entrar en CT ejerciendo el papel de tutor/mentor durante todo su proceso terapéutico?**

.....  
.....  
.....

**11. Si se pudiera comunicar con él –mediante carteo ordinario, teléfono, acompañamiento en salidas, asesoramiento en su posterior reinserción comunitaria, etc.-, ¿En qué cree que ello le beneficiaría?**

.....  
.....  
.....

**Su futura Alta terapéutica de CT**

**12. Una vez finalizado el proceso en CT se le ofrece la posibilidad de continuar tratamiento en un piso terapéutico. Este periodo conlleva enfrentarse a situaciones nuevas de forma gradual como preámbulo a una reinserción comunitaria completa. De todas estas situaciones, ¿Hay alguna que le perturbe especialmente? (señale la opción escogida con una "X")**

- Mi tiempo libre.
- El trabajo.
- Mis relaciones.
- Mi lugar de residencia.
- No destacaría ninguna situación en concreto.
- Otras: .....

**Muchas gracias por su colaboración**

# ANEXO 5

## Presupuesto parte 1,2 y 3:

Libro1. [Modo de compatibilidad] - Microsoft Excel

Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista

Calibri 11 Fuente Alineación Número Estilos Celdas Modificar

M4

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: ROL E-ASAA COMO "PE" EN DROGODEPENDENCIAS**

Gastos

Concepto (en horas)	Precio	Cantidad	subtotal
Investigación Bibliográfica	15,00 €	16	240,00 €
Transcripción resultados	15,00 €	8	120,00 €
Inv. Cualitativa: creación de cuestionarios residentes	15,00 €	4	60,00 €
Registro de los cuestionarios	15,00 €	2	30,00 €
Desarrollo descriptivo resultados cuestionarios	15,00 €	12	180,00 €
Confección entrevistas focalizadas	15,00 €	8	120,00 €
Realización y registro entrevistas focalizadas	15,00 €	2	30,00 €
Desplazamientos a Can Coll y Viladrau	15,00 €	5	75,00 €
Transcripción resultados entrevistas	15,00 €	4	60,00 €
Elaboración documento final y Propuesta	15,00 €	12	180,00 €
Elaboración CD (entrevistas focalizadas)	15,00 €	6	90,00 €
		<b>TOTAL</b>	<b>1.185,00 €</b>

Hoja1 Hoja2 Hoja3

10:26 10/05/2013

Fig. Imagen del presupuesto realizada en formato Excel (Microsoft)

## **ANEXO 6**

### **Autorización de registro de audio**

Yo....., con DNI: ....., autorizo a Marc Miguel Martínez, estudiante de 4º de Terapia Ocupacional en la Universidad de Vic y con DNI: 33955705-T, ha registrar una entrevista de audio garantizando total confidencialidad de mis datos personales de acuerdo con la ley orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Fecha: 13-05-2013

Firma entrevistador:

Firma entrevistado:

---