

MEMORIA DE PRÁCTICAS EXTERNAS:

PROYECTO HOMBRE ALMERÍA

TITULACIÓN: Máster en Intervención
Psicológica en Ámbitos Clínicos y Sociales

CONVOCATORIA: Junio 2011

ASIGNATURA: Prácticas Externas

DIRECTOR DEL TRABAJO: Serafín Gómez

AUTORA: Marisín Silgado Paz

TABLA DE CONTENIDO

Índice de Figuras

CAPITULO I: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

A. Drogas	5
1. Definición de Drogas	5
2. Tipos de Droga	6
3. Efectos de las Drogas sobre el Cerebro	9
4. Comportamiento de Consumo	10
4.1 Uso	10
4.2 Abuso	10
4.2.1. Señales Externas de Abuso	11
4.3 Dependencia o Adicción	11
4.3.1. Dependencia Psíquica	12
4.3.2. Dependencia Física	13
5. Tolerancia y Síndrome de Abstinencia	13
6. Causas de la Dependencia o Adicción	14
6.1. Perfil Psicológico	15
7. Factores de Riesgo y Protección Asociadas al Consumo de Drogas.....	16
8. Etapas de la Dependencia o Adicción	20
9. Ciclo Adictivo	21
10. Tratamiento Psicológico	23
B. Proyecto Hombre España	24
1. Proyecto Hombre Almería	25
1.1. Reseña Histórica	25
1.2. Corrientes Psicológicas	25
a. Corrientes Humanistas y Existencialistas.....	27
b. Psicoterapia en Grupo	29
c. Corriente Cognitivo-Conductual	29
d. Terapia Familiar Sistémica	30

e. Influencias Psicoanalíticas	31
f. Influencias que No Aparecen.....	31
1.3. Proceso Terapéutico	32
a. Etapas en Proyecto Hombre	35
1.4. Herramientas Básicas de Intervención Terapéutica	36
a. Grupo de Autoayuda	36
b. Confrontación	37
1.5. Áreas de Intervención Terapéutica	38

CAPÍTULO II: MEMORIA DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN PROYECTO HOMBRE

A. Programa Base	30
B. Programa de Apoyo y Programa Joven	45
C. Actividades de Crecimiento Personal y Profesional	47
D. Otras Actividades	49

CAPÍTULO III: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. Conclusiones	50
B. Recomendaciones	52

REFERENCIAS

INDICE DE FIGURAS

Fig. 1	Ejemplos de Clasificación de Algunas Sustancias según sus Efectos sobre el Sistema Nervioso Central	7
Fig. 2	Resumen Efectos de Drogas Estimulantes	7
Fig. 3	Resumen Efectos de Drogas Depresoras	8
Fig. 4	Resumen Efectos de Drogas Alucinógenas	9
Fig. 5	Factores Individuales de Riesgo y Protección	17
Fig. 6	Factores Familiares de Riesgo y Protección	18
Fig. 7	Factores Sociales de Riesgo y Protección	19
Fig. 8	Etapas de la Adicción	20
Fig. 9	Modelo Transteórico de Cambio	34
Fig.10	Etapas en Proyecto Hombre	35

MEMORIA DE PRÁCTICAS EXTERNAS

INFORME DE PRÁCTICAS

CAPÍTULO I: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

A. DROGAS

1. Definición de Drogas

En sentido genérico se designa con el nombre de droga a toda sustancia mineral, vegetal o animal que se utiliza en la industria o en la medicina y que posee efectos estimulantes, depresores o narcóticos. Bajo esta misma línea define el concepto el Diccionario de la Lengua Española en su Vigésima Segunda Edición *“Sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno.”* Wikipedia agrega que *“una droga es cualquier sustancia que se pueda usar para alterar un proceso químico en el cuerpo con un propósito determinado, como combatir una enfermedad o aumentar la resistencia física.”*

Aunque existen diferentes definiciones para el concepto de droga, la más utilizada actualmente es la realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS): *“Droga es toda sustancia que introducida en un organismo vivo por cualquier vía (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa) es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central (SNC), provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir, capaz de cambiar el comportamiento de la persona y de generar dependencia y tolerancia en sus consumidores.”*

El concepto de droga entonces se refiere a que la modificación puede ser perjudicial o beneficiosa para el ser vivo y que depende del tiempo de administración, la dosis y las características del propio ser.

Para que una sustancia sea considerada como droga, debe cumplir con las siguientes condiciones:

- Ser sustancias que introducidas en un organismo vivo sean capaces de alterar o modificar una o varias funciones psíquicas de éste (carácter psicótropo o psicoactivo).
- Inducir a las personas que las utilizan a repetir su autoadministración por el placer que generan.
- El cese en su consumo puede dar lugar a un gran malestar somático o psíquico (dependencia física o psicológica).
- No tiene ninguna aplicación médica y si la tienen, pueden utilizarse con fines no terapéuticos.

2. Tipos de Drogas

Las drogas han sido clasificadas según múltiples sistemas de categorización, predominando en la actualidad, las clasificaciones en función de sus efectos en el Sistema Nervioso Central.

Según esta clasificación, las distintas sustancias podrían pertenecer a una o varias (drogas mixtas) de las siguientes categorías:

- Depresores o Psicoléticos: inhiben el funcionamiento del Sistema Nervioso Central, enlenteciendo la actividad nerviosa y el ritmo de las funciones corporales. Entre los efectos que producen se encuentran: relajación, sedación, somnolencia, sueño, analgesia e incluso coma.
- Estimulantes o Psicoanalépticos: producen una activación general del Sistema Nervioso Central, dando lugar a un incremento de las funciones corporales.
- Alucinógenos o Psicodislépticos o Perturbadores: producen un estado de conciencia alterado, deforman la percepción y evocan imágenes sensoriales sin entrada sensorial.





En la Figura 1 se pueden observar ejemplos de algunas drogas, según la clasificación que se acaba de mencionar.


Figura 1
Ejemplos de Clasificación de Algunas Sustancias
según sus Efectos sobre el Sistema Nervioso Central

Depresoras del SNC	Estimulantes del SNC	Alucinógenos
Alcohol	Cocaína	LSD
Opiáceos (Heroína, Morfina, Metadona, etc.)	Anfetaminas	Psilocibina
Benzodiacepinas	Nicotina	Peyote
Barbitúricos	Xantinas (Cafeína, Teína, etc.)	Drogas de síntesis
Cannabis y derivados		
Inhalantes		

A continuación se detallan los efectos inmediatos más comunes de algunas drogas y las posibles consecuencias fisiológicas del consumo habitual (Ver Figura 2, 3 y 4)


Figura 2
RESUMEN EFECTOS DE DROGAS ESTIMULANTES

<u>DROGAS ESTIMULANTES</u>	<u>EFECTOS INMEDIATOS MÁS COMUNES</u>	<u>POSIBLES CONSECUENCIAS FISIOLÓGICAS EN CONSUMIDORES HABITUALES</u>
 CAFE	Disminuye la somnolencia y la fatiga.	Inquietud, agitación, temblores, insomnio, problemas digestivos.
TABACO, NICOTINA	Desinhibición, sensación de calma	 Trastornos pulmonares y circulatorios. Infartos de miocardio y otras afecciones cardíacas. y cáncer. 
ANFETAMINAS	 Alerta intensificada, hiperactividad, perdida del apetito, falta de sueño, taquicardia, locuacidad	Dilatación pupilas, nerviosismo intenso, estado de alerta permanente, insomnio, escalofríos, anorexia.

<p>COCAINA</p>	<p>Excitación, acentuada desinhibición, hiperactividad, pérdida del apetito, ansiedad, aumento de la presión sanguínea y pulsaciones del corazón,</p>	<p>Desasosiego, agitación , hipertensión, trastornos cardiorespiratorios , desnutrición, anemia. Hasta daños hepáticos, renales y cerebrales. En embarazo es más probable la formación de fetos defectuosos.</p> 
-----------------------	---	--

Fuente: <http://www.juntadeandalucia.es/averroes/~29701428/salud/drogtab.htm>



Figura 3
RESUMEN EFECTOS DE DROGAS DEPRESORAS

<u>DROGAS DEPRESORAS</u>	<u>EFFECTOS INMEDIATOS MÁS COMUNES</u>	<u>POSIBLES CONSECUENCIAS FISIOLÓGICAS EN CONSUMIDORES HABITUALES</u>
<p>ALCOHOL</p>	<p>Euforia inicial. Desinhibición, disminución de la tensión. Embotamiento mala coordinación, confusión...</p>	<p>Trastornos hepáticos y de los nervios periféricos, dificultad para hablar, marcha inestable, amnesia, impotencia sexual, delirio. Agresividad, inadaptación social, depresión, celotipia.</p> 
<p>BARBITURICOS, SEDANTES</p>	<p>Depresión del sistema nervioso central. Tranquilidad, relajamiento.</p>	<p>Irritabilidad, risa/llanto sin motivo, disminución de la comprensión y de la memoria, depresión respiratoria, estado de coma.</p>
<p>OPIO, HEROÍNA, METADONA</p>	<p>Sensaciones exageradas a nivel físico-emocional, ansiedad, disminución de la razón, el entendimiento y la memoria, retardo psicomotor</p>	<p>Estados de confusión general, convulsiones, alucinaciones , contracturas musculares, disminución de la presión arterial</p>

Fuente: <http://www.juntadeandalucia.es/averroes/~29701428/salud/drogtab.htm>

Figura 4

RESUMEN EFECTOS DE DROGAS ALUCINÓGENAS

DROGAS ALUCINOGENAS	EFFECTOS INMEDIATOS MÁS COMUNES	POSIBLES CONSECUENCIAS FISIOLÓGICAS EN CONSUMIDORES HABITUALES
MARIHUANA 	Disminuye la reacción ante los estímulos y reduce los reflejos, desorientación temporoespacial alucinaciones.	Reducción en el impulso sexual, daño en las funciones reproductoras, psicosis tóxica deterioro neurológico.
LSD 	Alucinaciones, desorientación temporoespacial flashback.	Delirio, despersonalización, terror, pánico, trastornos en la visión, hipertensión arterial, problemas respiratorios

Fuente: <http://www.juntadeandalucia.es/averroes/~29701428/salud/drogatab.htm>

3. Efectos de las Drogas sobre el Cerebro

Las drogas que implican un riesgo de dependencia, actúan sobre un circuito del cerebro cuya función es favorecer las funciones vitales: el sistema de recompensa. Este sistema está implicado en la recompensa (placer cerebral) de los comportamientos relacionados con la alimentación y la reproducción de la especie. Las drogas activan anormalmente este circuito natural, generando a largo plazo la posibilidad de su desequilibrio permanente.

Una droga cuya estructura molecular se parezca a una sustancia producida de forma natural por el organismo, puede ocupar su lugar en los receptores específicos que el cerebro tiene para tal sustancia.

Existen tres modos de actuación de las drogas sobre los neurotransmisores, según la naturaleza de las sustancias:

- a. Algunas drogas imitan a los neurotransmisores naturales y, por lo tanto, los sustituyen en los receptores. Por ejemplo, la morfina se instala en los receptores de endorfina, y la nicotina, en los receptores de acetilcolina.

- b. Otras aumentan la secreción de un neurotransmisor natural. Por ejemplo, la cocaína aumenta la presencia de dopamina en la sinapsis y el éxtasis la de serotonina y dopamina.
- c. Otras drogas bloquean un neurotransmisor natural. Por ejemplo, el alcohol bloquea los receptores denominados NMDA.

4. Comportamiento de Consumo

La comunidad científica distingue tres tipos de comportamientos de consumo de drogas: uso, abuso y dependencia. Los riesgos derivados de estas tres formas de consumo, independientemente de la sustancia, son diferentes.

4.1. Uso

Modalidad de consumo en la que, por el tipo de sustancia consumida, por la cantidad, o por las circunstancias en las que se produce el consumo, no son probables consecuencias negativas inmediatas sobre la persona o su entorno. Se trata de consumos ocasionales y moderados.

4.2. Abuso

Se entiende por abuso de drogas su uso inadecuado, susceptible de comprometer física, psíquica y/o socialmente la evolución de la persona o de su entorno.

No se refiere únicamente a la cantidad consumida de una sola vez, ni a la repetición de un consumo moderado y controlado de ciertas sustancias. Los riesgos del abuso están relacionados con la peligrosidad específica del producto, con los daños para la salud y con las consecuencias sociales del consumo.

Se trata de un concepto ambiguo, porque se relaciona estrechamente con las costumbres propias de cada cultura, ya que lo que una sociedad considera normativo en un momento de su historia, puede parecer abusivo para otra o para la misma en un momento diferente.

4.2.1. Señales Externas de Abuso

- La utilización de una sustancia en situaciones en que tal consumo puede favorecer riesgos añadidos; por ejemplo: al provocar una pérdida de concentración en la conducción de automóviles, motocicletas, maquinaria pesada, etc.
- Se producen infracciones repetidas de las normas de convivencia, relacionadas con el consumo de una sustancia; es decir, actos violentos o accidentes bajo los efectos de las drogas.
- La agravación de problemas personales o sociales causados o intensificados por los efectos de una sustancia sobre la conducta (deterioro de las relaciones familiares, problemas económicos, etc.)
- Dificultades y/o incapacidad para cumplir las obligaciones en la vida profesional, la escuela, la familia (ausencias repetidas, déficit de rendimiento en el trabajo, malos resultados, absentismo escolar, exclusión, abandono de responsabilidades, etc.)
- Incapacidad para prescindir de las drogas durante varios días.
- Peligrosidad para la salud y el equilibrio de los demás (riesgos que puede provocar una mujer embarazada sobre el desarrollo del feto).

4.3. Dependencia o Adicción

Según un criterio funcional, la diferencia entre el uso y abuso está en que el primero se mantiene por refuerzo positivo, es decir el placer que generalmente acompaña al consumo de la sustancia; en cambio el segundo, se mantiene por la el refuerzo negativo: evitación del malestar, ansiedad o desasosiego que producen determinadas experiencias como el aburrimiento, la tristeza, la falta de autoestima, la percepción de soledad, etc. (López Ríos, 2006).

Se considera dependencia en aquellos casos en los que, tras un periodo de consumo variable en función de la sustancia, se prioriza la relación con las drogas frente a otras conductas consideradas más importantes con anterioridad.

Cuando la vida cotidiana gira prioritaria o exclusivamente en torno a la búsqueda y al consumo de la sustancia es cuando se habla de drogodependencia.

En otras palabras, se considera adicción cuando el uso de la droga produce desadaptación, problemas, cuando el estilo de vida normalizado de la persona se ha deteriorado, cuando los contextos en los que se desenvuelve se han desmoronado (López Ríos, 2006).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV, la característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Por lo tanto, existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia.

Existen dos tipos de dependencia, asociadas o no, que se caracterizan por síntomas generales:

- Imposibilidad de resistirse a la necesidad de consumir.
- Crecimiento de una tensión interna, de una ansiedad ante el consumo habitual.
- El alivio experimentado cuando se produce el consumo.
- El sentimiento de pérdida del autocontrol respecto al consumo.

4.3.1. Dependencia Psíquica

La privación de una droga de la que se es dependiente provoca una sensación de malestar y ansiedad que puede llegar a la depresión. Una vez que cesa el consumo, la persona puede tardar en adaptarse a una nueva vida sin la sustancia. Esta interrupción altera sus costumbres, deja un vacío y permite la reaparición del malestar que el consumo intentaba suprimir.

4.3.2. Dependencia Física

Existe dependencia física cuando el organismo reclama la sustancia mediante la aparición de síntomas físicos que traducen un estado de carencia.

Cuando una persona dependiente de una droga suspende de manera brusca o progresiva el consumo de la sustancia psicoactiva de la que depende, su organismo inicia un proceso de desintoxicación. Para liberar el organismo del deseo de la sustancia, sin que aparezcan los efectos físicos de la abstinencia, las personas drogodependientes suelen volver a consumir, repitiendo el ciclo.

5. Tolerancia y Síndrome de Abstinencia

El concepto de tolerancia hace referencia a un estado de adaptación al consumo de una sustancia con cierta dosis, la cual tienen a ser incrementada de forma paulatina para alcanzar los efectos que anteriormente se conseguían con dosis menores. Según la persona y el tipo de droga obtenemos distintos tipos de tolerancia:

- Tolerancia cruzada: se desarrolla respecto a otras sustancias del mismo tipo que aquella que se consume, incluso hacia otra droga de otro tipo conexas, aunque no se haya tomado nunca.
- Tolerancia inversa: consiste en obtener los mismos efectos con dosis inferiores. La generan algunas drogas como los alucinógenos. Se considera una tolerancia farmacológica que puede estar mediatizada por factores psicológicos (autosugestión).
- Tolerancia farmacocinética o metabólica: aquella causada por un incremento de la velocidad con que una droga es eliminada del torrente sanguíneo.
- Tolerancia funcional o farmacodinámica: viene determinada por una progresiva insensibilización de los receptores neuronales.

Con el aumento de la tolerancia, se puede ir escalando desde el uso de una sustancia hacia el abuso y llegar posiblemente a la dependencia. Sin embargo, el punto culmine de la tolerancia es diferente para cada persona y varía también con cada sustancia.

Cuando una persona ha llegado a ser dependiente de una sustancia, tiene una relación con la misma, por lo tanto, el consumo es continuo y las dosis, según los casos, son administradas en períodos de tiempo más o menos cortos. Cuando por alguna razón la administración de dicha sustancia es suspendida durante un determinado tiempo, se produce un cuadro psicofísico denominado “*Síndrome de Abstinencia*”.

Los signos y síntomas que el síndrome representa pueden ser muy variados y puede derivarse hasta en un cuadro clínico de gravedad. Se conoce en forma coloquial como: mono.

6. Causas de la Dependencia o Adicción

No existe ningún factor que por sí sólo sea determinante a la hora de explicar el consumo de drogas. No existen relaciones simples de causa-efecto. La dependencia viene determinada por la interrelación de múltiples factores que tienen que ver, de forma especial, con la personalidad del individuo y con su entorno más próximo (familia, escuela, grupo de amigos, trabajo); por eso, gran parte de estos factores hay que tenerlos en cuenta a la hora de explicar la problemática de la dependencia a las drogas.

Factores biológicos, genéticos, psicológicos y de personalidad, socio-culturales y familiares se unen en una interacción multisistémica, produciendo primero la predisposición y luego con la exposición al factor desencadenante (drogas, juego, sexo, relaciones, comida, etc.) se evoluciona hacia la consolidación del proceso patológico de dependencia o adicción.

No es fácil analizar el comportamiento humano que lleva al abuso y a la dependencia en el consumo de drogas. Sin embargo, existe una actitud personal que induce al consumo o al abuso de estas sustancias.

6.1. Perfil Psicológico

Para algunos autores, existe una serie de rasgos determinantes de la personalidad pre-toxicómana, que predisponen al uso de drogas, como una acción que se enmarcaría dentro de una actitud de búsqueda de soluciones a un estado crítico por el que atraviesa la persona. Entre estas características personales, se pueden señalar las siguientes:

- Actitud pasiva de cara a la vida, y sobre todo, a la solución de problemas, con una personalidad desestructurada e inmadura que les hace incapaces de enfrentarse a los problemas de la vida y a las demandas de la sociedad.
- Bajo nivel de frustración, fracaso o dolor, es decir, la gran dificultad que algunas personas tienen a la hora de soportar el malestar de cualquier índole, no pudiendo tomar una actitud adulta de búsqueda de soluciones, tendiendo a la desestructuración como única alternativa, la cual va desde la rabieta hasta los estados de angustia intensa.
- Actitud caracterizada por la capacidad de aliviar y eliminar la angustia (malestar psíquico) mediante la ingestión de alimentos, líquidos o la evasión de la realidad.
- Necesidades de dependencia no satisfechas.
- Dependencia afectiva. Inmadurez o inestabilidad emocional y efectiva.
- Angustia de separación, aislamiento y dificultades de interrelación. Individuos con graves problemas de socialización.
- Deseo inagotable de amor y de aprobación.
- Falta de confianza en sí mismo. Imagen negativa de sí mismo.
- Timidez e hipersensibilidad.

- Inadaptación atribuible a una situación familiar desfavorable a factores constitucionales.
- Carencia de control interno.
- Escaso nivel de aspiraciones y relaciones personales.
- Falta de sentido de vida.

Es importante señalar que el hecho de que haya individuos drogodependientes como consecuencia de una personalidad desestructurada, no significa que todo consumidor tenga una personalidad defectuosa.

7. Factores de Riesgo y de Protección Asociadas al Consumo de Drogas

Como se menciona anteriormente, la conducta asociada al consumo de drogas obedece a múltiples factores que pueden aumentar o disminuir el riesgo de que una persona abuse de las drogas.

Los factores de riesgo son aquellos agentes interpersonales, sociales o individuales que están presentes en los ambientes en los que se desarrollan las personas y pueden incrementar las posibilidades de que se dé un proceso adictivo; mientras que los factores de protección pueden reducir, neutralizar o bien, eliminar este riesgo. Ambos tipos de factores pueden afectar a las personas durante diferentes etapas de sus vidas.

A continuación, tomando en cuenta lo propuesto por diversos autores, se muestran detalladamente en las figuras 5, 6 y 7 tanto los factores de riesgo como los de protección que se presentan en los diversos ambientes:

Figura 5

Factores Individuales de Riesgo y Protección

Individuales	
Factores de riesgo	Factores de protección
Características temperamentales	
<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento. • Enfado y actitud apática. • Excesiva sensación de control. • Falta de orientación y metas en la vida. • Confusión de valores. • Evasión de la realidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuado desarrollo o madurez. • Tendencia al acercamiento. • Actitud positiva. • Autocontrol. • Ideales y proyecto de vida/sentido de la existencia.
Características cognitivas y afectivas	
<ul style="list-style-type: none"> • Atrasos en las habilidades del desarrollo: baja inteligencia, incompetencia social, trastorno por déficit de la atención, problemas en la lectura y malos hábitos de trabajo. • Baja resistencia a la frustración. • Apatía. • Excesiva o baja autoestima. • Dependencia emocional. • Inseguridad. • Necesidad de autoafirmación. • Desesperanza. • Baja satisfacción o capacidad de divertirse. • Expectativas positivas en cuanto al consumo de drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades cognitivas: coeficiente intelectual verbal y matemático promedio, por lo menos. • Aptitudes sociales. • Habilidades de resolución de conflictos y toma de decisiones. • Empatía. • Conciencia/reconocimiento del valor personal. • Capacidad de frustración y de postergar la satisfacción. • Adecuada autoestima. • Planificación del tiempo libre. • Motivación al logro. • Sentimiento de autosuficiencia. • Tendencia a sentimientos de esperanza. • Autonomía e independencia. • Habilidades de afrontamiento caracterizadas por orientación hacia las tareas, actividad dirigida a la resolución de problemas y mayor tendencia a afrontar situaciones difíciles con sentido del humor.

Fuente: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/prevad_cap2.pdf

Figura 6
Factores Familiares de Riesgo y Protección

Familiares	
Factores de riesgo	Factores de protección
<ul style="list-style-type: none"> • Deseo de salir de la casa. • Reconocimiento del fracaso familiar. • Aislamiento y marginalidad en la casa. • Relaciones tensas o violentas en el hogar. • Mala relación con los padres o entre los hermanos. • Familia disfuncional. • Frustración familiar, ambivalencia (sentimientos de rechazo y aceptación) hacia la familia, no adquisición de la independencia. • Falta de cariño y respaldo por parte de los padres o de los cuidadores. • Disciplina autoritaria e inflexible, falta de diálogo y ausencia de límites. • Ausencia de límites. • Desinterés por la educación de los hijos. • Crianza poco efectiva. • Ausencia constante de los padres en la vida cotidiana de sus hijos. • Ausencia de responsabilidades dentro del hogar y entre sus miembros. • Mala comunicación entre padres e hijos. • Vínculos débiles entre padres e hijos. • Padre o cuidador que consume drogas. • Eventos estresantes en la vida familiar. • Desorganización familiar. • Sobreprotección. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambiente cálido. • Existencia de madres y/o padres sustitutos que apoyen o estimulen. • Comunicación abierta y asertiva. • Estructura familiar con capacidad para superar las dificultades. • Buena relación con padres y hermanos. • Cohesión o unión familiar. • Aprecio y reconocimiento del padre hacia el hijo. • Límites claros y una disciplina aplicada consistentemente. • Apoyo y seguimiento de la educación de los hijos (educación democrática). • Manejo eficaz del estrés de los integrantes de la familia. • Tiempo de calidad en familia. • Relación fundamentada en el cariño/amor que permite disentir y criticar conductas, corregirlas sin afectar el reconocimiento al valor de la persona. • Expectativas claras. • Responsabilidades establecidas. • Lazos seguros con los padres. • Altas expectativas de parte de los padres, que tengan un proyecto educativo para orientar su vida y la de sus hijos. • Compartir intereses y tiempo libre. • Promoción de hábitos sanos.

http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/prevad_cap2.pdf

Figura 7

Factores Sociales de Riesgo y Protección

Sociales	
Factores de riesgo	Factores de protección
Escuela	
<ul style="list-style-type: none"> • Comportamiento negativo en la escuela o una conducta social deficiente. • Barreras comunicacionales y de cordialidad entre los profesores y estudiantes. • Fracaso académico. • Asociación con compañeros que consumen drogas. • Ausencia de compromiso por la escuela. • Falta de comunicación con los padres de familia. • Énfasis en lo académico y no en el desarrollo integral del estudiante. • Problemas interpersonales: rechazo a otras personas, aislamiento del grupo. • Prácticas duras o autoritarias en el manejo de estudiantes. • Disponibilidad de alcohol, tabaco, drogas ilícitas y armas de fuego en la escuela. • Promoción del individualismo y la competitividad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rendimiento académico normal. • Perseverancia en los estudios. • Apoyo social. • Buena comunicación profesor-estudiante. • La actuación del profesor como un modelo de vida válido. • Establecimiento de lazos cordiales entre profesores y estudiantes. • Buenas relaciones con los compañeros. • Conexión entre la casa y la escuela. • Cuidado y apoyo, sentido de "comunidad" en el aula y en la escuela (solidaridad, integración y logros personales). • Grandes expectativas del personal de la escuela. • Fomento de actividades extracurriculares y deportivas. • Promoción de actividades de servicio social y comunitario. • Compromiso y responsabilidad en las tareas y decisiones de la escuela. • Fomento de una vida saludable dentro y fuera de la escuela. • Utilización máxima de las instalaciones. • Fomento de trabajo en equipo y de la creatividad.
Compañeros	
<ul style="list-style-type: none"> • Asociación con amigos o conocidos que consumen drogas. • Rechazo del círculo inmediato de compañeros. • Búsqueda de la identidad a través del grupo. • Presión hacia el consumo de drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lazos seguros con los compañeros y otros adultos que modelan conductas positivas de salud y sociales. • Apoyo social de los compañeros. • Relación con diversos grupos. • Buscar la independencia personal en relación con el grupo.

Comunidad	
<ul style="list-style-type: none"> • Leyes y normas favorables al uso de sustancias ilegales, armas de fuego y perpetración de crímenes. • Circunstancias de la comunidad: desorganización en el barrio, pobreza extrema, injusticia racial, alto grado de desempleo. • Disponibilidad de alcohol, tabaco, drogas ilícitas y armas de fuego en la comunidad. • Problemas interpersonales: aislamiento y rechazo de los demás. • Actitudes tolerantes hacia el consumo de drogas. • Falta de información sobre los efectos de las drogas. • Publicidad de drogas legales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Buena relación con la comunidad. • Participación activa dentro de la comunidad. • Leyes y normas desfavorables al uso de sustancias ilegales, armas de fuego y perpetración de crímenes • Apoyo social. • Instrumentación de acciones a favor de la prevención de adicciones. • Promoción de actividades de ocio y tiempo libre. • Áreas que favorezcan la convivencia.


http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/prevad_cap2.pdf


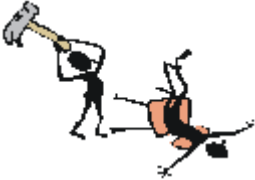


Tener presentes estos factores al momento de abordar la problemática del consumo de drogas, brinda una dimensión realmente preventiva y de promoción de la salud.

8. Etapas de la Dependencia o Adicción

Es importante conocer los variados patrones de consumo de sustancias que detallan cómo una persona inicia y cuál es el curso del consumo, para tal efecto se utilizarán los parámetros descritos por especialistas y por la Organización Mundial de la Salud en los últimos años (ver Figura 8)

Figura 8
ETAPAS DE LA ADICCIÓN

<p>ENAMORAMIENTO</p> 	<p>Los primeros contactos normalmente están asociados a experiencias muy placenteras en las que se produce euforia o una gran tranquilidad, al darse estos cambios en el estado de ánimo que en muchos casos se da a nivel visceral, se genera un enamoramiento de la sustancia.</p>
---	--

<p>2. LUNA DE MIEL</p> 	<p>Cuando existe baja tolerancia a la frustración o incapacidad para hacer frente a los problemas de la vida cotidiana existe una tendencia a buscar "soluciones mágicas" y muchos creen encontrarlas través del uso de drogas.</p> <p>En esta fase el adicto experimenta muchas gratificaciones y minimiza cualquier consecuencia negativa.</p>
<p>3. TRAICIÓN</p> 	<p>Se empiezan a experimentar cada vez con mayor intensidad las consecuencias nocivas del uso de drogas; además del deterioro sufrido en las principales esferas de su vida, es muy probable que esté haciendo cosas que normalmente no haría para mantener su adicción (robar, participar en actos ilegales)</p>
<p>4. EN LA RUINA</p> 	<p>La tolerancia física ha aumentado notoriamente, cada vez necesita más sustancia para poder disminuir los desagradables y a veces insoportables síntomas de la supresión, ya no obtener placer. La manera de afrontar los problemas sigue siendo la negación, por lo que en lugar de resolverse se incrementan cada vez más.</p>
<p>5. APRISIONADOS</p> 	<p>Llega el momento de desesperación y sensación de vacío interior; el comportamiento es cada vez más impulsivo e incontrolado, se es prisionero de la adicción. Es ir en caída a la desesperación y a la destrucción personal y de los seres que le tienen aprecio. Se es esclavo de las drogas y si no se pide ayuda lo único que sigue es una muerte muy dolorosa.</p>

9. Ciclo Adictivo

Además de las fases de la adicción, otro proceso interesante que describe cómo la adicción o dependencia conduce a una persona dentro de una profunda trampa es lo que se conoce como el "Ciclo de la Adicción".

Gratificación a Corto Plazo

Primero hay gratificación a corto plazo. Por lo que la persona se siente bien. Hay una fuerte gratificación en poco tiempo que le hace creer que la droga o el comportamiento adictivo es bueno para él.

Sufrimiento a Largo Plazo y Disfunción

La gratificación a corto plazo eventualmente está seguida por sufrimiento a largo plazo. Parte de este dolor es la supresión física y otra la incapacidad para enfrentarse psicológica y socialmente a la vida sin las drogas, lo cual es la consecuencia del uso adictivo.

Pensamiento Adictivo

El sufrimiento a largo plazo y la disfunción provocan el pensamiento adictivo, que comienza con la *obsesión y compulsión* por la droga. La obsesión es un pensamiento continuo sobre los efectos positivos de usar drogas. Mientras que la compulsión es una urgencia o necesidad irracional de consumir drogas para obtener el efecto positivo, aunque sepa que le dañarán a largo plazo. Esto conlleva a la negación y racionalización en la disposición de permitir el uso continuo. La negación es la incapacidad para reconocer que existe un problema y la racionalización es el culpar a otras situaciones y personas por los problemas que al uso mismo de las drogas.

Incremento de la Tolerancia

Sin que la persona esté consciente de lo que está sucediendo, se requiere más droga para producir el mismo efecto.

Pérdida de Control

La obsesión y compulsión se vuelven tan fuertes que la persona no puede pensar en ninguna otra opción. Los sentimientos y las emociones se distorsionan por la compulsión. Se estresa y no está cómodo hasta que finalmente la urgencia

de consumir es tan fuerte que no puede resistirla. Una vez que usa los químicos o los comportamientos adictivos, comienza de nuevo otro ciclo.

Daño Bio-psico-social

Existe un daño a la salud de su cuerpo (biológico), mente (psíquico) y relaciones interpersonales (salud social). Este deterioro se da en todas las áreas de la vida de la persona y se produce de manera progresiva. Es así como el dolor y el estrés empeoran, la compulsión de usar drogas o comportamientos para aliviar el dolor se presentan desarrollando una trampa mortal. La persona necesita del uso adictivo para sentirse bien, pero cuando consume se daña física, psicológica y socialmente. Este daño aumenta su sufrimiento y a su vez incrementa la necesidad por el uso adictivo.

10. Tratamiento Psicológico

Ciertas modalidades de tratamiento parecen ser particularmente prometedoras respecto a su influencia en el consumo de drogas y los problemas relacionados con su abuso y/o dependencia, y en general los resultados mejoran cuando también se proporciona un apoyo adicional para otros problemas de la persona (laborales, legales, educativos, sociales, médicos, etc.). Sin embargo, las características de los pacientes antes y después de los tratamientos, así como su entorno social, influyen en el éxito del tratamiento.

Las personas que sufren de trastornos psíquicos graves y los que carecen de apoyo social para alcanzar un estado de abstinencia o disminuir su consumo, por lo general no obtienen tan buenos resultados como los otros.

En general, es conveniente favorecer el tratamiento grupal y ambulatorio, las intervenciones de corta duración y la aplicación de los tratamientos por parte de terapeutas con sólidas cualidades de comunicación interpersonal, con empatía y capacidad para forjar una buena alianza terapéutica.

Las principales orientaciones de psicoterapia que se han estudiado en pacientes con trastornos por consumo de sustancias son la terapia conductual, la terapia cognitivo-conductual, la terapia motivacional y la terapia psicodinámica/interpersonal. Además, se ha evaluado la efectividad de las terapias de grupo, la terapia familiar/conyugal y la asistencia a grupos de autoayuda. Los datos empíricos existentes junto con la experiencia clínica, sugieren que los tratamientos psicológicos son útiles si se adaptan a las necesidades especiales de este perfil de pacientes.

B. PROYECTO HOMBRE ESPAÑA

Proyecto Hombre nace en España de los años 80, un período en el que se despierta una fuerte alarma social, sanitaria y judicial debido al consumo de drogas. Nace por la necesidad de dar respuestas a esta situación desde una Organización No Gubernamental.

Como en España no existían proyectos consolidados, las alternativas se buscan en las experiencias profesionales y organizaciones de otros países que intentan ofrecer una solución global al fenómeno de las drogas y la marginación. En este sentido, se buscan experiencias validadas internacionalmente y las encuentran en la Fundación Italiana Cels Proyecto Hombre (1971) que recupera las experiencias de Maxwell Jones y Daytop (1946, Estados Unidos).

Tras adaptar la metodología a la realidad española, en 1984 nace el primer Centro de Proyecto Hombre en Madrid. A partir de este momento se crean otros Centros en distintas Comunidades Autónomas, cuyos presidentes se asocian en 1989 para garantizar una metodología y filosofía comunes que preserven la identidad de Proyecto Hombre y la calidad de la intervención: así nace la Asociación Proyecto Hombre.

1. Proyecto Hombre Almería

1.1. Reseña Histórica

En 1998 fue creada la Asociación Alba para formalizar los requisitos que la Asociación Nacional Proyecto Hombre exigía para autorizar un Centro y pertenecer a dicha Entidad.

De esta forma, se gestiona la apertura y mantenimiento de Proyecto Hombre Almería cuyo objetivo era acompañar a las personas que sufren problemas de adicción y a sus familias. Finalmente en septiembre de 2002 comienza su trabajo como Centro de Tratamiento Ambulatorio.

En mayo de 2003 se constituye la Fundación CESAL, base económica y jurídica de Proyecto Hombre Almería formada por el Excelentísimo Ayuntamiento de Almería, la Excelentísima Diputación de Almería y la Asociación Alba.

Proyecto Hombre Almería desarrolla un Método Educativo-Terapéutico para la rehabilitación, reinserción y prevención de las drogodependencias y adicciones en general. Su objetivo de atención es la persona en su totalidad, un ser humano como los demás con un problema añadido del que con ayuda se puede salir. Consideran que la adicción es un síntoma de un malestar más profundo que tiene sus raíces en tres áreas del ser humano: individual, familiar y social; por lo tanto, consideran importante enfocar la intervención en esas tres áreas.

Su misión es aportar luz a las personas que se encuentran en oscuridad, hasta que puedan ver ellos con la suya propia. Al final del camino, ellos mismos se convierten en luces para aquellos que acaban de empezar.

1.2. Corrientes Psicológicas

El Programa terapéutico-educativo Proyecto Hombre basa su metodología en distintas corrientes de la Psicología actual, detalladas por José Ignacio Peña y Laura Cortés en la Revista Proyecto Hombre. En las líneas básicas de abordaje terapéutico existe un claro sustrato humanista-existencial en la concepción de la

persona y del problema de la droga; pero el elemento fundamental constitutivo de la terapia que utilizan es la autoayuda, como estilo de trabajo y como instrumento terapéutico.

Existen seis escuelas psicológicas y autores que influyen de manera más significativa en la dinámica terapéutica de Proyecto Hombre:

a. Corrientes humanistas y existencialistas

Las referencias a la Psicología Humanista y Fenomenológica próxima a Rogers y a Maslow son continuas, a continuación se mencionaran algunas importantes:

- La creencia en la capacidad de la persona para llegar a la autorrealización de la que habla Maslow.
- Ponerse en el lugar del toxicodependiente para entender desde ahí lo que le sucede es básico para empezar a comprender el porqué de sus opciones vitales (Rogers)
- La relación persona a persona es la que domina toda su actividad, junto con el valor del grupo.
- Los coloquios son un medio que utilizan en todas las etapas y en el seguimiento post-programa.
- La función del terapeuta en grupo es fundamentalmente no directiva, dejando que el grupo desarrolle su dinámica, sobre todo cuando se trata de expresar sentimientos.
- Al terapeuta se le exige un estilo terapéutico dominado por una consideración positiva incondicional que transmita a la persona que él o ella son importantes por lo que son, por ser personas y no por lo que hagan, digan o tengan.

En toda la terapia de Proyecto Hombre subyacen ideas propias de la Psicoterapia Existencialista, que se hace patente en los siguientes elementos:

- Búsqueda del sentido de la vida y descubrimiento de unos valores de “vida positiva”, es decir, aquella que se vive al margen de las drogas y se fundamenta en la honestidad de la persona y se desarrolla en función de valores de solidaridad, que no necesita violencia, etc. En la etapa de reinserción social es que este tema alcanza su máxima importancia, siendo una causa de recaídas el hecho de no encontrar sentido existencial a la “vida positiva”.
- Impulsar en todo momento a que las personas rompan con su mundo anterior y tomen “decisiones de futuro”, que supongan crecimiento, aceptar la responsabilidad, aceptar el desarrollo, etc. En otras palabras, que busquen lo que los existencialistas llaman: “ser auténtico”.
- En cuanto a los contenidos de la terapia, coinciden en que estos han de ser de presente o de futuro; ya que los de pasado no son objeto de intervención, a menos que tengan una proyección muy importante en el presente.
- En cuanto al papel que el terapeuta debe asumir, coinciden la visión de los existencialistas y la de Proyecto Hombre. En ambos, el terapeuta es un acompañante que comparte con la persona sus éxitos y fracasos, y que en todo momento crece con él.

También ha tenido influencia de la Logoterapia de V. Frankl, quien consideraba que el hombre no está dominado por un instinto de placer (Freud), ni por una voluntad de hacerse valer (Adler), sino dirigido por una voluntad de significado; es decir, por la necesidad de encontrar un sentido a su propia vida. Proyecto Hombre toma dos elementos fundamentales de la Logoterapia:

- La importancia que le dan a la verbalización de los sentimientos y de la vida en general.
- La búsqueda del sentido de la vida, fomentando en la persona dos actitudes que han estado lejos de ella hasta ese momento: ser consciente de su vida y responsabilizarse por ella.

Otra escuela humanista de la que Proyecto Hombre ha tomado muchos elementos es la del Análisis Transaccional. Esta influencia se presenta principalmente en los elementos técnicos y documentales que ponen en práctica, algunos ejemplos serían:

- Todo lo que los usuarios hacen a lo largo del día, todos los avances que logran, todos sus objetivos y programaciones, etc. siempre se hacen por escrito: relación adulto-adulto.
- El empleo de los “estados del yo” (Yo estoy bien, tú estás bien, yo...) en la descripción de la Personalidad.
- El descubrimiento de sus “juegos” para no caer en ellos es algo que se trabaja desde el principio, sobre todo para que los padres no sean las víctimas.

También cuentan con la influencia de la Psicoterapia y Consejo Adleriano tomando elementos fundamentales:

- Concepto de “estilo de vida”, que se trabaja con el objetivo de que tengan contacto directo con el mundo después de un proceso intenso de conocimiento personal. Se les motiva a que definan cómo quieren orientar su vida y en función de qué valores la quieren dirigir.
- Utilizan la “alineación de metas”: hacerse conscientes y verbalizar sus metas, analizar los contenidos erróneos de éstas, desmontar las creencias equivocadas, ayudarle a conocer las percepciones erróneas básicas y acompañarle en la reordenación de las actuaciones equivocadas.
- La herramienta de “confrontación” que se utiliza en Proyecto Hombre está muy próxima a la que propone Adler, ya que trata de romper los círculos cognitivos de creencias en los que hay incongruencias. La diferencia es que en Proyecto Hombre se hace, principalmente, entre los mismos usuarios.

Otra influencia importante y muy marcada en Proyecto Hombre, dentro del abanico de la Psicoterapia Humanista, es la Terapia Gestalt de F. Pers:

- El “aquí y ahora”, la experiencia vital de este momento son los marcadores que definen la relación terapéutica. Vivir el presente.
- Se hace énfasis en que el usuario es el responsable de su propio proceso. El objetivo es tratar de que asuman su responsabilidad de lo que experimentan, que es algo que nunca ha hecho anteriormente.
- La confrontación directa, abierta y a veces agresiva, aunque en Proyecto Hombre se intenta que se haga entre los mismos usuarios.
- Se exige a los usuarios que tomen un compromiso serio de ayuda a sí mismos y a los demás.

b. Psicoterapias en Grupo

El grupo es fundamental en todas las etapas de Proyecto hombre, aunque su profundidad va cambiando en cada una de ellas.

Se utiliza la técnica del reflejo donde los demás devuelven a cada uno su propia información reformulada en términos emocionales, como si de un espejo se tratara, es una de sus funciones más habituales.

En los grupos los usuarios descubren algo de lo que generalmente no han podido disfrutar: la amistad.

Los grupos, en general, son muy poco directivos. El terapeuta procura tomar una postura de una cierta pasividad para dejar que el grupo siga su ritmo y que los confrontos los hagan, fundamentalmente, los propios usuarios.

c. Corriente Cognitivo-Conductual

Las referencias a modelos de corte cognitivos son elementos importantes en la terapia de Proyecto Hombre:

- La importancia que se le da al Locus de Control de Rotter, siendo el objetivo pasar de un locus de control externo a un locus de control interno, en que sean conscientes de que son responsables por su vida y sus decisiones.
- Se trabaja, aunque en menor medida, las expectativas que el sujeto tiene sobre sí mismo, sobre su proceso, sobre sus debilidades, sobre el futuro, sobre sus miedos, etc.
- Se utilizan elementos que hacen que en todo momento los usuarios tengan que pensar qué tienen que hacer y por qué.
- En los grupos de familia, se intenta que en las relaciones entre la familia abunden más esquemas cognitivos que les hagan ver las situaciones con más realismo a todos.

Los elementos de las Técnicas de Modificación de Conducta son abundantes en Proyecto Hombre:

- Programación diaria y minuciosa de todas las actividades.
- Confrontación sobre el comportamiento, buscando los reforzadores que mantienen una determinada conducta que está fuera de lo pactado.
- Técnicas de “tiempo fuera”: las intervenciones.
- Técnicas de “costo de respuesta”: se trata de los retrocesos de grupo ante las transgresiones del Programa y de la pérdida del estatus que se tiene en un determinado momento.
- Uso de la “exposición en vivo” a los estímulos relacionados con la droga que son generadores de ansiedad.
- Se utiliza las Técnicas de “solución de problemas” en diferentes aspectos.

d. Terapia Familiar Sistémica

En el trabajo con las familias se ve claramente una línea de Terapia Familiar Sistémica que se intenta llevar, a pesar de que ésta en muchas ocasiones desborda los objetivos y las posibilidades del Programa.

- Se considera que la droga nunca es el problema, sino que el problema es la persona (y familia) y la adicción sino es una consecuencia y/o manifestación de esos problemas.
- Es imprescindible la terapia con las familias, debido a que la organización y funcionamiento de las mismas incide en la recuperación del usuario.
- Grupos diversos en los que, además de estar el usuario, se invita a todos los miembros de la familia que quieran asistir para poder exponer los problemas y resolverlos desde el diálogo.
- Grupos de Autoayuda de familias con el fin de que los familiares puedan adquirir recursos que los posibiliten su crecimiento.

e. Influencias Psicoanalíticas

Las referencias a las corrientes Dinámicas son bastante escasas en el Programa, a excepción del trabajo de sentimientos, que es una racionalización de dichos sentimientos con el fin de que lleguen a controlarlos.

Tanto en lo referido a comportamientos como en el trabajo de sentimientos, se les insiste continuamente en las mismas preguntas: por qué, qué significa eso, qué sientes, qué estás queriendo ocultar, etc. En terminología psicoanalítica, sería hacer consciente la mayor parte de lo preconscious.

f. Influencias que No Aparecen

Proyecto Hombre hace énfasis en algunas corrientes psicológicas que no están presentes en sus Programas:

- Determinaciones biológicas o genéticas de la conducta y/o de la drogodependencia.
- Las consideraciones de la personalidad desde teorías de rasgos.
- No se utilizan en ningún momento tests psicométricos, cuestionarios ni pruebas proyectivas de ningún tipo, siendo el único medio de evaluación

la observación no sistemática durante las entrevistas y en el desarrollo de la actividad diaria en el Centro.

Para finalizar este apartado, es importante resaltar que Proyecto Hombre considera que a pesar de las apariencias, las psicoterapias son más semejantes que diferentes cuando se llega a su esencia: facilitar el cambio psicológico a través de técnicas y procedimientos efectivos.

1.3. Proceso Terapéutico

El trabajo que realizan las personas en el Programa es fundamentalmente un proceso de maduración y crecimiento personal, que posibilita la integración y resocialización en las mejores condiciones posibles.

El proceso es un continuo, pero no lineal, sino espiral con múltiples bucles, con altos y bajos, estancamientos, marcha atrás algunas veces, pero siempre acumulativo en el sentido de que todo aquello que se va consiguiendo es enriquecedor para la persona y supone un aprendizaje aunque en ocasiones sea de los propios fracasos.

Prochaska y DiClemente desarrollaron un modelo transteórico para describir las fases por las que pasan las personas durante el curso de un cambio. Una de las consecuencias que se derivan de este modelo es que el hecho de que sea un círculo refleja la realidad de que en cualquier proceso de cambio, la persona gira varias veces antes de alcanzar la estabilidad en ese cambio. Esta rueda también considera la recaída como un acontecimiento normal o un estado más del cambio.

Las etapas o fases de motivación propuestas en este modelo transteórico del cambio y aplicadas a la adicción, se describirán brevemente a continuación:

- Precontemplación:

La persona no se da cuenta de que existe un problema, no se ha hecho conciencia de ello. Por esta razón, no estará motivada a buscar ayuda, pues ni

siquiera acepta que hay problemas. Por lo tanto, la adicción seguirá evolucionando y se acumularán consecuencias negativas.

- Contemplación:

En esta etapa, las evidencias del daño se hacen obvias para el adicto, por lo que va desarrollando una conciencia del problema que va de menor a mayor. La persona en contemplación comienza a invertir energía psicológica en pensar acerca del cambio, pero esto no se traduce en acciones concretas.

- Preparación:

Durante esta etapa, las personas se motivan a buscar ayuda porque saben que deben hacer algo para resolver el problema. Acuden a consulta, piden consejos, planifican. Aún así, no llegan al punto donde se está dispuesto a invertir mucha energía en los cambios, por lo tanto el problema sigue evolucionando.

- Acción:

En esta etapa ya se ha pasado el punto de tolerancia, por lo que la persona está lista para hacer los cambios necesarios. Una vez llegado este punto, saben que no quieren seguir viviendo en su actual situación y estarán dispuestos a invertir energía en los cambios. Sin embargo, si no se canaliza adecuadamente, puede no avanzarse en la dirección correcta.

- Mantenimiento:

Una vez realizados los cambios hay que mantenerlos lo suficiente para que se hagan permanentes. Es usual que las personas en recuperación, se descuiden en esta fase porque algunas veces, no hay adecuada conciencia de la tendencia a la recaída, que posee la adicción. Si la persona invierte tiempo en mantener los cambios logrados todo irá bien, pero si se descuida o aminora la marcha, puede presentarse una recaída.

- Recaídas:

La adicción tiene una tendencia natural a la recaída debido a la gran cantidad de elementos aprendidos y estructurales que están activos a pesar de que se hayan hecho nuevos hábitos de comportamiento. A esto se le suma el hecho de que los cambios por realizar, pueden ser abrumadores. Si la persona toma conciencia de estos hechos y se hace responsable de mantener su recuperación en marcha, no habrá recaídas. Las recaídas son parte de un ciclo de aprendizaje hacia el mejoramiento de la recuperación.

- Terminación

Una vez que los cambios son mantenidos a lo largo del tiempo, los disparadores y conductas de búsqueda, así como los deseos de consumo, dejan de poseer la fuerza que hubieran tenido sobre la persona; se hacen menos intensos progresivamente, hasta que cesan. Aún así la tendencia a la recaída se mantiene, por lo que la recuperación de la persona es un proceso que dura de por vida (ver figura 9)

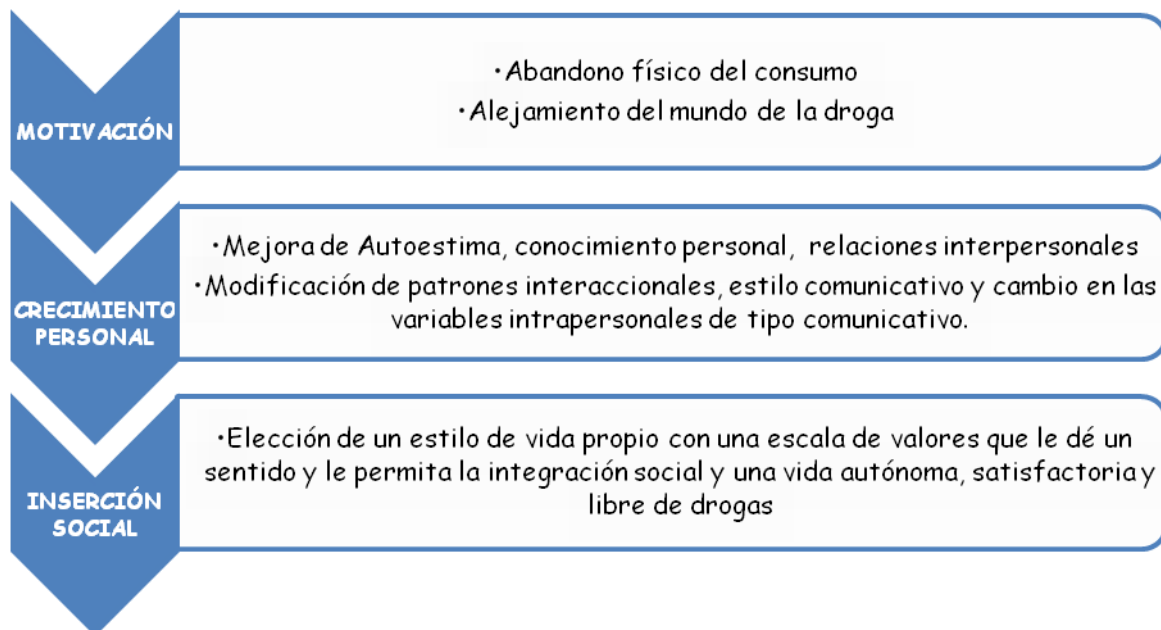
Figura 9
Modelo Transteórico de Cambio



a. Etapas en Proyecto Hombre

Tomando como base teórica el Modelo Transteórico de Cambio de Prochaska y DiClemente, se presentan las etapas del proceso terapéutico en Proyecto Hombre:

Figura 10
Etapas en Proyecto Hombre



Es importante señalar que los cambios comportamentales son los primeros que se pueden observar, ya que al cumplir normas y hacer tareas diariamente los/as usuarios/as se vuelven más responsables consigo mismos y con el entorno, por lo tanto se ven mejor.

Las normas en Proyecto Hombre van dirigidas a que la persona se aleje del ambiente relacionado con la droga, tanto de la sustancia en sí, como de las personas y situaciones relacionadas con ese ámbito.

Las tareas servirán para que comience un cambio en su estilo de vida, llevando a cabo una serie de responsabilidades, comenzando a trabajar los aspectos volitivos de la persona y una cierta exigencia y disciplina personal.

El objetivo es que al final logren pasar de la inmediatez o la compulsividad a la demora de gratificaciones; de la necesidad de satisfacciones externas a la motivación interna.

1.4. Herramientas Básicas de Intervención Terapéutica

Las herramientas básicas utilizadas en Proyecto Hombre para la intervención terapéutica son: los grupos de autoayuda y la confrontación. A continuación se explicarán cada uno de ellos.

a. Grupos de Autoayuda

Un grupo de autoayuda es un espacio de reunión con participación voluntaria, en los cuales se reúnen personas afectadas por una misma situación o enfermedad y desean superarla. El intercambio activo de información y la mutua cooperación entre los integrantes, les provee un amplio sostén emocional, que les posibilita la recuperación.

Como características de los grupos de Autoayuda en Proyecto Hombre, podemos mencionar las siguientes:

- Es un lugar donde se plantean dificultades, errores, logros, faltas de responsabilidad, entre otros.
- Tiene que existir la libertad y el respeto. Para ellos es importante no haber ninguna forma de juicios.
- Se descubre mediante el confronto los recursos para salir de los conflictos.
- Se descubren a sí mismos, empiezan a conocerse.
- Nadie salva a nadie, sólo pueden salvarse a sí mismo, nunca a los demás. Se les dan instrumentos para salir del problema.
- Se pueden ofrecer modelos de soluciones, pero se puede nunca decir lo que se tiene que hacer.
- Se deben establecer jerarquías de necesidades, no se puede cambiar todo ya.

- No se pueden esperar resultados demasiado pronto, ni soluciones mágicas.

En Proyecto Hombre se considera que existen condiciones para que se pueda dar la Autoayuda, entre las que se mencionan:

- Que la persona manifiesta necesidad de ayuda.
- Estar disponible para compartir con los demás el propio malestar y tener una mejor comprensión de sí mismo, de la propia dificultad y de los propios recursos.
- Ser honesto en pensamientos y sentimientos.
- Hablar de uno mismo, aquí y ahora.
- Tener disponibilidad de escucha.
- Mostrar capacidad de identificarse con la otra persona, hacer de espejo.
- Lograr racionalización de la vivencia emotiva.
- Aprender a amar (amor responsable).
- Capacidad de aprender mediante el feedback.

Las normas básicas en los Grupos de Autoayuda de Proyecto Hombre son: secreto de grupo, no abandonar el grupo, no violencia y abstinencia de consumo.

b. Confrontación

La confrontación se considera el mejor instrumento de la autoayuda y el más utilizado en Proyecto Hombre. Sirve para hacer de espejo de las justificaciones, incoherencias, negaciones, posturas, comportamientos, etc. Ayuda a hacer ver otras formas de percibir una situación o concepto de sí mismo.

En Proyecto Hombre, la mayor parte de los confrontos se realizan entre compañeros/as, lo que les une y les permite hacer una experiencia de amistad verdadera.

Los objetivos de la confrontación son: reducir ambigüedad, propiciar honestidad, eliminar defensas, poner a la persona en contacto consigo mismos y con su realidad y ayudarles a marcarse objetivos y compromisos.

1.5. Áreas de Intervención Terapéutica

Comunidad Urbana

Se favorece el distanciamiento progresivo del mundo de las drogas y aborda objetivos de carácter comportamental y afectivos-cognitivos, fortaleciendo además los vínculos familiares.

Dentro del ambiente protegido de la comunidad aprenden y ensayan nuevas formas de relacionarse consigo mismos y con los demás, a la vez que desarrollan un proceso profundo y positivo del conocimiento personal.

Programa de Reinserción

Ofrecen una estructura de apoyo y seguimiento de la puesta en práctica de los recursos, habilidades y conocimientos adquiridos en el Programa de Comunidad Urbana.

Programa de Prevención

En respuesta a la demanda social derivada del consumo creciente en los adolescentes, surgen los Programas “A tiempo” y “Rompecabezas”, dirigidos a grupos susceptibles de encontrarse en situaciones de riesgo.

Programa de Apoyo

Aparece un nuevo perfil de personas menos desestructuradas, con conductas adictivas esporádicas o con poco tiempo de consumo y para ellos surge este programa que se adapta a su vida laboral y social, sin sacarlos de su entorno.

Programa Joven

El adelantamiento de la edad de inicio de consumo y la necesidad de una intervención precoz en el tema de las adicciones, así como la de fortalecer los factores de protección (autoestima, habilidades sociales, control emocional, toma de decisiones, ocio, tolerancia y cooperación) en este segmento de la población, hace necesaria la creación y puesta en marcha de este programa educativo dirigido a adolescentes y jóvenes con dificultades para desarrollar hábitos y actividades vitales saludables.

Programa de Atención a Familias

El modelo de intervención educativo-terapéutico de Proyecto Hombre también involucra a la familia en el proceso de recuperación, haciéndole protagonista, co-responsable y co-terapeuta. Les proponen un proceso de concienciación y autoanálisis paralelo al proceso de rehabilitación del afectado.

Programa de Voluntariado

En Proyecto Hombre el voluntariado ha sido considerado, desde sus comienzos, como una actividad de gran importancia, siendo uno de los pilares que los fundamentan.

La participación del voluntariado en el programa va a depender de su disponibilidad, motivación e implicación y se va a adaptar a las circunstancias particulares de cada voluntario, proponiendo para ellos un plan de formación que los capacite para el desarrollo de dichas tareas.

CAPÍTULO II: MEMORIA DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN PROYECTO HOMBRE ALMERIA

El objetivo de realizar las Prácticas Externas en Proyecto Hombre era conocer su metodología de trabajo, obteniendo experiencia como terapeuta en algunos de sus Programas.

Se ha dividido este apartado en la experiencia como terapeuta en el Programa Base, Programa de Apoyo y Proyecto Joven.

A. Programa Base

La experiencia en el Programa Base inició el 25 de Octubre de 2010 y finalizó el 11 de Febrero de 2011. Se divide en 3 fases: Acogida, Maduración y Reinserción. Actualmente en Proyecto Hombre Almería se ofrecen la primera y la última fase, por lo tanto, los/as usuarios/as se derivan a Proyecto Hombre Málaga para que realicen la fase de Maduración y luego regresen para culminar su última fase del Programa.

La **Fase de Acogida** contempla un horario de lunes a jueves durante 4 horas trabajando en las diferentes actividades programadas con los/as usuarios/as y una hora de reunión del Equipo; y los viernes de trabajo administrativo.

Durante el periodo en que los/as usuarios/as se encuentran en el Centro, realizan diferentes actividades: limpieza, encuentro, grupo de autoayuda, desayuno, talleres, seminarios, dinámica y tiempo de compartir.

Se desarrollaran las funciones como terapeuta de este Programa, en cada una de las actividades que se realizaron.

Limpieza:

Los/as usuarios/os se dividen para realizar tareas de limpieza del Centro y a la vez, compartir diversos temas previamente establecidos y cambiados semanalmente. La función como terapeuta fue acompañar a los/as usuarios/as

para observar su comportamiento, confrontarlos cuando mostraban alguno inadecuado y pedirles un cambio. Igualmente escuchar cuando comparten y ponerles por delante las dificultades que se presenten.

Encuentro:

Los/as usuarios/as se reúnen para leer personalmente los confrontos que se han hecho entre ellos/as y poderse dar un feedback de sus actitudes. Además, comparten los temas que han estado hablando durante el día mientras limpian. La función como terapeuta fue participar y, en algunas ocasiones, dirigir estos grupos para ayudar a que enfrenten sus dificultades, poniéndoselas por delante cuando aparezcan

Grupo de Autoayuda:

La función como terapeuta fue participar como terapeuta realizando cuestionamientos para que los/as usuarios/as logren identificar dificultades y devolverles las actitudes que han mostrado. Era importante seguir la línea terapéutica con cada participante, escuchar activamente y observar el comportamiento de cada uno. Otra función como terapeuta fue escribir un resumen de lo abordado con cada participante, tomando en cuenta la actitud mostrada y el comportamiento. Esto se hace para tener un seguimiento individual de cada uno.

Desayuno:

Los/as usuarios/as se reúnen para disfrutar de un desayuno. Ellos/as son los/as responsables de esta organización y limpieza. La función como terapeuta fue revisar que cada usuario/a cumpliera con su responsabilidad adecuadamente, en caso contrario, propiciar el confronto entre ellos/as para hacerlos/as conscientes de sus dificultades.

Talleres:

La función como terapeuta fue realizar dos veces por semana diferentes talleres prácticos con los/as usuarios/as. Estos talleres estuvieron enfocados principalmente en las habilidades sociales, abordando los siguientes temas: comunicación no verbal, escucha activa, iniciar una conversación, mantener una conversación, formular una pregunta, dar las gracias, presentarse y presentar a otros, hacer un cumplido, pedir ayuda, participar y convencer a los demás.

También se realizó un taller de lectura del libro “El Caballero de la Armadura Oxidada”, analizando un capítulo por semana, con el objetivo de hacerlos conscientes de las armaduras que utilizan y la importancia de quitarse dicha armadura.

Seminarios:

Semanalmente se realizaba algún seminario sobre la línea de la semana, sobre lo que los/as usuarios/as estuvieron compartiendo durante la limpieza. La función como terapeuta fue organizar algunos seminarios, tales como: seminario contra la violencia de género con la canción: Caperucita Roja, y sobre “El sentido de vida”.

Dinámicas:

La función como terapeuta fue desarrollar diversas dinámicas, algunas fueron con objetivos de recreación y otras tenían objetivos terapéuticos; tales como: fortalecer autoestima, propiciar el trabajo en equipo, conocer cómo son vistos por los demás, identificar pensamientos, entre otros temas.

Tiempo de Compartir:

Durante esta actividad, los/as usuarios/as se reúnen y comparten cómo han pasado el día y qué se llevan o qué han aprendido. La función como terapeuta fue estar presente durante este momento para escuchar y observar comportamientos.

Con el objetivo de detectar dificultades que se puedan trabajar posteriormente o que haya que seguir enfatizando y ver cuáles han ido mejorando.

Durante este periodo en la Fase de Acogida, se realizaron otras actividades tanto a nivel individual con los/as usuarios/as, como con sus familiares, entre los que se mencionan:

Convivencia:

Se realizó una convivencia de dos días con los usuarios donde se enfocó el tema de “Las Necesidades”. La función como terapeuta fue desarrollar una dinámica y dirigir uno de los temas. Además, como terapeuta se tenía que participar de algunas dinámicas.

Salidas Lúdicas:

Una vez al mes, se realizan con los/as usuarios/as salidas recreativas, con el objetivo de compartir en otro ambiente y ampliar su interés por algunos temas. Como terapeuta se asistió a una visita a la Alcazaba, donde después de hacer el recorrido, se realizó un juego de preguntas. Durante este recorrido, se pudo compartir con los/as participantes en otro ambiente.

Grupos de Familia:

Participar como terapeuta en los grupos de autoayuda de los familiares que dirigía un voluntario. La función como terapeuta era recoger información sobre la dinámica familiar, identificar las dificultades que se encuentran y propiciar en ellos la búsqueda de soluciones.

Coloquios:

Realizar coloquios tanto con los/as usuarios/as como con sus familiares. La función como terapeuta fue propiciar la confianza necesaria para que tanto los familiares como los/as usuarios/as pudieran compartir alguna inquietud. En términos generales, se abordaban dificultades, se propiciaba la búsqueda de

soluciones, se revisaban las Programaciones semanales, con sus respectivos objetivos, el cumplimiento de las normas, la adaptación al grupo, la integración con los compañeros, entre otros temas.

Por otro lado, se mencionaran algunas otras actividades que se realizaron y que formaron parte de la experiencia como terapeuta en Proyecto Hombre.

Reuniones de Equipo:

Se realizaron diariamente con una duración mínima de una hora. Se abordaron temas generales, para saber qué tal había sido el día, si había alguna novedad con los/as usuarios/as. Se hacía un seguimiento individual a cada participante, enfatizando en la línea de trabajo y cambiándola de considerarlo necesario. La función como terapeuta fue aportar información sobre cada participante, ya sea de lo tratado en los coloquios, como de lo observado durante el día, y proponer líneas de trabajo o intervenciones.

Reuniones Periódicas con la Coordinadora:

Periódicamente se realizaron reuniones con la coordinadora del Programa Base, con quien se trabajó dificultades personales encontradas en el desarrollo de las actividades diarias del Centro, y quien además daba un feedback del trabajo en general.

En la **Fase de Reinserción**, los usuarios van a Grupos de Autoayuda dos veces por semana. El objetivo es la reinserción adecuada a la sociedad, propiciando una participación positiva, principalmente, a nivel laboral y social. Realizan un Proyecto de Vida y comienza la desvinculación progresiva del grupo y el Programa en general, normalizando su vida e internalizando lo aprendido. La función como terapeuta fue asistir a los Grupos de Autoayuda.

Los usuarios en este Fase practican las herramientas aprendidas y ya tienen un conocimiento profundo sobre sí mismos, el Grupo funciona sólo, por lo

tanto, la función del terapeuta es para orientar en algunas ocasiones y seguirles devolviendo dificultades o valorándoles los progresos.

B. Programa de Apoyo y Programa Joven

La experiencia y participación en el **Programa de Apoyo** inició el 14 de Febrero de 2011, incluye las fases de Apoyo I, Apoyo II y Apoyo III. Los objetivos y la metodología de trabajo de cada grupo son iguales a los del Programa Base; sin embargo, la diferencia se encuentra en el perfil de los/as usuarios/as que conforman el Programa de Apoyo quienes no tienen una desestructuración profunda en todas las áreas; por lo tanto, el trabajo con ellos se concentra en 2 días por semana, durante 2 horas.

Grupos de Autoayuda

Durante la *Fase de Apoyo I*, los Grupos de Autoayuda son por la tarde los martes y jueves. Como terapeuta las funciones fueron: participar y, en algunas ocasiones, dirigir los grupos. Motivando a los usuarios a que participen, recordándoles las normas, cuestionándoles sobre sus dificultades y devolviéndoles actitudes. Uno de los objetivos principales es que logren cumplir con las normas y comiencen a adquirir hábitos positivos. Otra de las funciones como terapeuta fue escribir el resumen a nivel individual de lo abordado en grupo.

Las *Fases de Apoyo II y Apoyo III* tienen Grupos de Autoayuda por la tarde los días lunes y miércoles. Las funciones como terapeuta incluyen, aparte de lo mencionado anteriormente, propiciar el reconocimiento de emociones y la canalización adecuada de las mismas. Durante estas fases son importantes las “paradas” para identificar sentimientos.

Coloquios Individuales

Se realizaron atenciones individuales tanto a los/as usuarios/as como a sus familiares. El objetivo de estos coloquios fueron: revisar programaciones

semanales, explicar normas del Programa, profundizar sobre algún conflicto, entre otros.

Convivencia

Con el Grupo de Apoyo II y III, se realizó una convivencia sobre “La Responsabilidad”. La función como terapeuta fue participar de la convivencia y desarrollar uno de los temas.

Seminarios

Los Grupos de Autoayuda, tanto en Apoyo I como en Apoyo II y III, se alternan con seminarios sobre diversos temas que son de interés y que pueden facilitar el proceso terapéutico de los/as usuarios/as. Algunos temas que se trabajaron fueron: El Problema no es la Droga, Sentido de Vida, Ilusiones y Fantasías y Cómo Vivir en Positivo II, etc.

Grupos de Familias

Los grupos de apoyo para los familiares se alternan entre grupo de Comunicación, en el cual comunican como han ido cumpliendo las normas, las dificultades que van encontrando y los logros que van alcanzando; grupo de Autoayuda, donde se comporten dificultades para afrontar diversas situaciones y logros que van alcanzando, y por último, seminarios, donde se han trabajado temas como: la escucha activa, la asertividad, entre otros. La función como terapeuta ha sido participar de estos grupos, en algunas ocasiones dirigirlos e impartir algunos seminarios.

El **Programa Joven** está dirigido a jóvenes de 14 a 22 años, que tienen un déficit en su proceso de maduración y crecimiento personal, que manifiestan con problemas de conducta y se encuentran en situación de riesgo y/o conflicto social.

Este Programa se enfoca tanto en la prevención de adicciones como en la prevención de otros comportamientos de riesgo; por lo que se ofrece un

tratamiento que se centra en la intervención directa sobre el individuo y su entorno (familia, instituto, barrio, entre otros).

Tomando en cuenta la influencia de la familia, se realiza un trabajo paralelo con ella, brindándoles un espacio a los padres para que puedan expresar sus sentimientos y compartir experiencias (grupos de autoayuda). También se les ofrece una Escuela para Padres, donde se trabajan los roles y funciones de la familia, límites y normas, resolución de conflictos, control emocional, refuerzo de autoestima de sus hijos, potenciar apoyo mutuo y comunicación, entre otros temas.

La experiencia como terapeuta en el Programa Joven inició el 02 de Marzo de 2011, participando en el “Rompecabezas”, con la función de apoyar, organizar e impartir los siguientes temas: Información sobre Drogas, Sexualidad, Desarrollo Personal, Ocio y Tiempo Libre, Interacción Social y Responsabilidad en el Trabajo.

Por otro lado, se participó en la Escuela para Padres y en las entrevistas individuales realizadas a los jóvenes antes de integrarse al grupo del Rompecabezas, donde se conoce al joven a través de su técnico/a de Medio Abierto, y luego se profundiza en diversos temas directamente con el joven.

C. Actividades de Crecimiento Personal y Profesional

Al participar como terapeuta en Proyecto Hombre, se tiene la oportunidad de integrarse en diversas actividades que se realizan entre terapeutas, con el objetivo de crecimiento personal y aprendizaje profesional. Entre las actividades en las que se participó como terapeuta se pueden mencionar:

Seminarios “0”

Uno de los requisitos indispensables para entrar como terapeuta, voluntario o familiar en Proyecto Hombre es asistir a los Seminarios “0”, que tienen como

objetivo el conocimiento básico de la historia y dinámica del Centro. Los temas que se trataron fueron:

- ¿Qué es Proyecto Hombre?
- El Proceso Terapéutico
- El Seguimiento
- Necesidades Personales
- La Afectividad
- Los Valores
- Grupos de Autoayuda y Confrontación

Feedback:

Después de cada grupo, se reúnen los/as terapeutas para darse una retroalimentación de cómo se han visto y cómo se han sentido durante el grupo. El objetivo de realizar esto es compartir observaciones, preocupaciones y sugerencias para aclarar dudas, líneas de trabajo y ciertas situaciones de la dinámica del grupo. Además de la importancia de la autocrítica y de conocer cómo nos ven los demás, para mejorar el funcionamiento personal y profesional.

Grupos de Autoayuda de Terapeutas

Estas terapias de grupo para los terapeutas ayudan a conocerse mejor a sí mismos y a mejorar las relaciones interpersonales. Ayuda a realizar cambios importantes para mejorar la calidad de vida y esto repercute tanto a nivel personal como profesional.

Convivencia de Terapeutas

Mensualmente se realizan convivencias entre los terapeutas y administrativos de Proyecto Hombre, en las que se abordan diversos temas que van desde recreación e integración hasta otros temas más profundos como identificar dificultades propias, hablar claramente y aprender a recibir feedback.

Entrevista en Radio

Proyecto Hombre cuenta con un programa de radio llamado “Las Horas del Alba” que se emite en Candil Radio (87.6 FM) de Huércal de Almería todos los jueves de 1:30 p.m. a 2:30 p.m. El objetivo de este programa es dar una esperanza a aquellas personas que tienen problemas de adicciones y no saben cómo salir de ellas y también a sus familiares. Se da a conocer el trabajo en Proyecto Hombre y se sensibilizando sobre diversos temas, como forma de prevención.

Como terapeuta de Proyecto Hombre se participó en dos ocasiones: el 02 de Febrero y el 15 de Marzo de 2011. Los temas abordados fueron: experiencia como terapeuta en Proyecto Hombre, como práctica del Máster en Intervención Psicológica en Ámbitos Clínicos y Sociales, y Patología Dual.

La experiencia fue enriquecedora, ya que mediante las dos entrevistas, se tuvo la oportunidad de sensibilizar sobre la problemática de la Adicción y sobre el trabajo que se realiza en Proyecto Hombre.

Redacción de Artículos

Se redactaron dos artículos para la revista Almedina que se publica trimestralmente. El primer artículo fue sobre “Experiencia de Práctica del Máster en Intervención Psicológica en Ámbitos Clínicos y Sociales”, y el segundo se enfocó en dar a conocer el Programa Joven.

D. Otras Actividades

Fiestas de Proyecto Hombre

Se participó en la celebración de diversas actividades, entre las que se pueden mencionar: comida de noche buena, fiesta de noche vieja, celebración de reyes y el carnaval. Durante el desarrollo de estas actividades participó toda la

familia de Proyecto Hombre Almería, que incluye: usuarios/as, familiares, voluntarios y terapeutas.

Altas Terapéuticas

Durante este periodo se participó de 2 altas terapéuticas, las cuales se realizan cuando algún usuario/a alcanza todos los objetivos del Programa, por lo que ya no necesita continuar en el mismo. Se realiza una ceremonia donde participa toda la familia de Proyecto Hombre, incluyendo a algunas personas que han sido altas terapéuticas en años anteriores.

Primeros Coloquios

Otra función como terapeuta fue realizar los primeros coloquios a personas que tienen alguna problemática con las drogas y/o a sus familiares. Entre los objetivos que se pueden mencionar se encuentran: escuchar qué demandan, conocer su problemática, identificar sus niveles de desestructuración, motivación y apoyo familiar y social, para luego poder decidir qué Programa podrá ser más beneficioso.

CAPÍTULO III: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. Conclusiones

Durante estos meses de experiencia como terapeuta en Proyecto Hombre Almería, se han podido adquirir y reforzar diversos conocimientos tanto a nivel personal como a nivel profesional.

Uno de los aspectos más destacables ha sido el compañerismo, el apoyo y la familiaridad que se experimenta en Proyecto Hombre Almería, lo que influye directamente en la dinámica del día a día.

Los/as terapeutas se muestran abiertos/as a compartir conocimientos y a modelar comportamientos positivos, propiciando el aprendizaje de habilidades terapéuticas.

El objetivo principal de Proyecto Hombre es la autonomía personal, y eso se extiende tanto a los/as usuarios/as y familiares como a los/as terapeutas, propiciando el conocimiento de sí mismo, el mirar su parte de responsabilidad ante situaciones y reconocer dónde está el límite.

La importancia de hablar claramente, decir las cosas sin justificaciones, profundizando en actitudes, identificando y pidiendo necesidades, mirándose continuamente y mostrando amor responsable, a uno mismo y a las demás personas, son formas de comportamiento importantes en este Programa.

La puntualidad, organización y comunicación efectiva son aspectos claves para trabajar en grupo eficazmente y, tanto el Equipo Terapéutico como Administrativo, se esfuerzan por llevarlo a cabo.

Es importante destacar el trabajo personal que se realiza al participar como terapeuta de este Programa, mirándose continuamente, aprendiendo a identificar dificultades y a buscar soluciones para afrontarlas adecuadamente. Por lo que esta experiencia aporta mucho más que experiencia profesional.

El poder tener la oportunidad de conocer y participar en todas las actividades que se realizan, observando, participando y algunas veces hasta dirigiéndolas fueron experiencias que permitieron poner en práctica conocimientos adquiridos y, así mismo, adquirir muchísimos más.

El no utilizar pruebas psicológicas, tests ni cuestionarios, el registro continuo de los comportamientos y actitudes de los/as usuarios y el feedback diario entre terapeutas, fortalece la técnica de observación clínica, que es primordial en la práctica psicológica.

Por otro lado, resulta importante destacar la apertura que han tenido los/as usuarios/as de los diversos Programas, permitiendo el trabajo directo con ellos/as diariamente y permitiendo la creación de vínculos terapéuticos positivos.

Por último, la experiencia como terapeuta de Proyecto Hombre Almería ha permitido conocer otra visión más humanista de esta problemática, conociendo otro enfoque y otras formas de trabajo que dejan una huella imborrable.

B. Recomendaciones

Resulta importante señalar la necesidad que existe para los profesionales de la psicología que se encuentran en formación, realizar prácticas como las que ofrece Proyecto Hombre, en las que puedan adquirir conocimientos personales y profesionales a través de la experiencia directa, y esto se logra exponiéndose, practicando y equivocándose. Y para lograr todo esto, se necesitan oportunidades y profesionales sensibles que quieran compartir conocimientos y experiencias.

REFERENCIAS

Alvarado, S. (2002). La Motivación para el Cambio. Instituto para el Estudio de las Adicciones. Canarias. Disponible en <http://www.lasdrogas.info/index.php?op=InfoDocumento&idDocumento=92>

Becoña, E., Cortés, M. (2008). Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones. Socidroalcohol : Valencia.

Cortés, L., Peña, J.I. Corrientes Psicológicas Presentes en Proyecto Hombre Almería. Revista Proyecto Hombre: Madrid. Disponible en <http://www.proyectohombre.es/archivos/3.pdf>

López, F. (2006). Drogas y Adicciones en la Sociedad Actual. Universidad de Almería: Almería.

Lorenzo, P., Ladero, J.M., Leza, J.C., Lizasoain, I. Drogodependencias. Panamericana: Madrid.

Sánchez, E. (2004). Los Tratamientos Psicológicos en Adicciones: Eficacia, Limitaciones y Propuestas para Mejorar su Implantación. Papeles del Psicólogo, vol. 87.

Turroja, M. (2011). La Rueda del Cambio. Revista Actualpsico. Disponible en <http://www.actualpsico.com/la-rueda-del-cambio/#more-1959>

Wikipedia, La Enciclopedia Libre. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Droga#Clasificaci.C3.B3n>

Otras Fuentes: Páginas de Internet

www.edex.es

www.somnit.org

http://www.oni.escuelas.edu.ar/2004/ENTRE_RIOS/741/perfil.htm

<http://www.juntadeandalucia.es/averroes/~29701428/salud/drogtab.htm>

http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/prevad_cap2.pdf

<http://www.actualpsico.com/tag/conducta/>

<http://www.soltaramarras.com.ar/ver2010/>