UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESIS DOCTORAL

Influencia de los factores psicosociales en la rehabilitación de las conductas adictivas: buenas prácticas europea

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Antonio Jesús Molina Fernández

Directores

Francisco Gil Rodríguez
María Luisa Cuenca Montesino
Jesús Saiz Galdós

Madrid

© Antonio Jesús Molina Fernández, 2022

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESIS DOCTORAL

Influencia de los factores psicosociales en la rehabilitación de las conductas adictivas: Buenas prácticas europeas

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Antonio Jesús Molina Fernández

DIRECTOR

Francisco Gil Rodríguez, María Luisa Cuenca Montesino y Jesús Saiz Galdós

Agradecimientos

El autor desea agradecer a las organizaciones participantes en el proyecto Triple R: la entidad coordinadora San Patrignano (Rimini, Italia) y las entidades croatas Institute Pula, San Patringnano Split y Stijena Zagreb. Especialmente, deseo agradecer a Mirjiana Vojnic, Darko Condic y Sinisa Panic. También quiero hacer extensivo este agradecimiento a las organizaciones Asociacion Proyecto Hombre y la Asociación Dianova por su colaboración durante el trabajo de campo y a los/las informantes que han participado en el estudio

A mis directores y codirectores, les agradezco su paciencia y apoyo durante el tiempo de elaboración del estudio, además del impulso en los momentos difíciles.

No quiero dejar de mencionar y reconocer a todas las personas que han estado a mi lado en esto años, sobre todo a las compañeras y compañeros del Departamento. Es una inmensa fortuna contar con un comando así.

Por último, quiero agradecer a mi familia y amigos, por haber confiado en todo momento y haberme ayudado a no desfallecer, por duro que fuera el reto. Sobre todo, a Mar y Alejandro, por recordarme cada día que hay que intentar ser la mejor versión de ti mismo, no mejor que las demás personas.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN-ABSTRACT 8

PREFACIO 12

CAPÍTULO 1: Introducción General 14

1.1. Justificación de la Necesidad de la Investigación: Aspectos Psicosociales de las Adicciones y su Tratamiento 25

1.2. Modelos Generales de Explicación de las Adicciones 30

1.3 Modelos de Salud Basados en Recuperación 36

1.4 Aspectos Psicosociales de las Adicciones 46

CAPÍTULO 2. Situación Actual De La Recuperación De Adicciones: Conceptos y Teorías 66

2.1 La Ciencia de la Recuperación 66

2.2. Intervención basada en Recuperación 70

CAPÍTULO 3: Objetivos, Métodos y Aspectos Éticos del estudio 73

3.1 Objetivos e hipótesis de la tesis 73

3.2 Métodos del estudio 76

3.3 Aspectos éticos del estudio 77

CAPÍTULO 4. Modelos de Recuperación: influencia de los factores psicosociales en la recuperación de adicciones 79

4.1. Características epidemiológicas y sociales de los subgrupos de riesgo 79

4.2. Resultados de los subgrupos 86

4.3. Modelos de Recuperación para consumidores de alcohol y consumidores de cocaína 91

CAPÍTULO 5. La intervención psicosocial en los programas europeos de Recuperación de adicciones: análisis cualitativo 103

5.1. De qué hablamos cuando decimos "intervención psicosocial" aplicada a adicciones 103

5.2. Metodología de la fase 2ª: un estudio cualitativo 104

5.3. Resultados del estudio cualitativo 108

5.4. Discusión: ¿podemos hablar de "intervención psicosocial? 117

5.5 Conclusiones del estudio cualitativo 121

CAPÍTULO 6. Buenas prácticas en Recuperación de personas con problemas de adicciones en Europa 122

6.1. Introducción: el proyecto Triple R 122

6.2 Método del proyecto Triple R 123

6.3. Resultados del proyecto Triple R: el modelo HERMESS 125

6.4. Transferencia de Buena Práctica: Evaluación y Diseño de la Estrategia Croata de Recuperación de adicciones 136

6.5. Conclusiones del Proyecto Triple R 150

CAPÍTULO 7. Discusión general 152

7.1 Limitaciones generales del estudio 162

CAPÍTULO 8. Conclusiones generales y recomendaciones prácticas 163

8.1. Conclusiones generales 163

8.2 Recomendaciones prácticas 168

CAPÍTULO 9. Referencias 171

CAPÍTULO 10: Anexos, Índices de Tablas y Figuras 194

10.1. ANEXOS

Anexo I: Cuestionario EuropASI

Anexo II: Cuestionario LiR

Anexo III: Guión de entrevista

Anexo IV: Consentimiento informado

Anexo V: Informe de la Comisión Deontológica de Investigación UCM

Anexo VI: Patton's Checklist of Questions for Conducting an Ethical Research Project

Anexo VII: COREQ

10.2. TABLAS

10.3. FIGURAS

Resumen

Los programas de tratamiento de adicciones han evolucionado desde las tradicionales comunidades terapéuticas hasta las actuales redes de tratamiento. Durante esta evolución, los programas basados en Recuperación han ido modificando su intervención, de manera heterogénea en muchos casos. El abordaje dentro de dichas intervenciones de los aspectos psicosociales supone un elemento de investigación importante para entender hasta qué punto dichos programas están adaptados o no a las actuales personas con problemas de adicciones y cómo pueden mejorar su adecuación. Los fines de esta tesis doctoral son: definir los diferentes modelos teóricos que se aplican para la recuperación de adicciones, incluyendo su vigencia, fortalezas y debilidades; analizar la evolución del concepto Recuperación aplicado a las conductas adictivas y su situación actual dentro de las redes de tratamiento; identificar los diferentes factores psicosociales que influyen en la recuperación de las adicciones; determinar de qué manera dichos factores están siendo desarrollados en las actuales intervenciones, incluyendo las posibles mejoras que se puedan llevar a cabo; evaluar una serie de buenas prácticas europeas en la Recuperación, incluyendo el análisis de sus principales características teóricas y prácticas; transferir dichas prácticas dentro del contexto europeo, realizando una evaluación de necesidades y detectando las fortalezas de cada intervención; generar modelos de intervención basados en recuperación, revisables, medibles y contrastables en diferentes entornos; por último, plantear una serie de propuestas prácticas, aplicables y sostenibles, con el fin de mejorar las intervenciones y la calidad de vida de las personas en tratamiento. Esta tesis integra tres estudios: 1) la descripción de los factores psicosociales y sus conexiones con la recuperación de los diferentes perfiles, incluyendo una propuesta de modelos de recuperación; 2) un análisis crítico de la intervención psicosocial en los programas de recuperación de adicciones y la adecuación de los programas basados en recuperación para los diversos perfiles, incluyendo sus fortalezas y debilidades además de propuestas de mejora; por último, 3) una selección de buenas prácticas europeas, especialmente el modelo HERMESS. Para desarrollar el estudio se ha llevado a cabo una combinación de metodología cuantitativa y cualitativa. La primera incluye la aplicación de una batería de pruebas (los cuestionarios EuropASI y Life in Recovery) a una muestra de 2242 personas en tratamiento de adicciones; la segunda, una serie de 18 entrevistas a informantes clave sobre la adecuación de los programas de recuperación a las necesidades de los actuales perfiles de personas en tratamiento. Se han utilizado diversas herramientas para el desarrollo de esta tesis, como el análisis estadístico con SPSS, el análisis de discurso y la teoría estratificada para la investigación cualitativa, la metodología PRISMA para la revisión bibliográfica y el método participativo para la evaluación de las prácticas europeas. Como principales conclusiones, los programas basados en recuperación son eficaces para los perfiles para los que fueron diseñados (fundamentalmente, consumidores de opiáceos), necesitando adecuaciones para otros perfiles como mujeres y jóvenes; los grupos de consumidores más numerosos actualmente en los programas son consumidores de alcohol y consumidores de cocaína, necesitando diseñarse modelos adaptados a dichos perfiles donde se contemplen sus

particulares características psicosociales; el uso de buenas prácticas validadas mejora la intervención, además de fomentar la calidad científica de los programas basados en Recuperación (“Ciencia de la Recuperación”). Además, se proponen una serie de recomendaciones prácticas, entre las que destacan la propuesta de evaluación de los programas de recuperación, la consolidación de la nueva ética de la intervención en adicciones, el diseño de programas adecuados para los perfiles y problemas actuales y el desarrollo de nuevas estrategias formativas para profesionales que vayan más allá del entrenamiento en aspectos clínicos y sociosanitarios. Finalmente, se plantea el desarrollo de modelos de intervención basados en datos, que contemplen tanto los aspectos relacionados con el uso de sustancias y sus consecuencias como los factores psicosociales implicados.

Palabras clave: Recuperación, factores psicosociales, intervención, análisis estadístico, metodología cualitativa, modelos de Recuperación, Ciencia de la Recuperación.

Abstract

The programmes for addictions treatment have been in evolution since traditional therapeutic communities to actual treatment networks. During this evolution, Recovery oriented programmes have been modifying their intervention, in heterogeneous way in most cases. The approach of psychosocial aspects into these interventions is an important element of research to understand the point these programmes are adapted or not to actual persons with addiction problems and how they can improve their adequacy. The purposes of this doctoral thesis are: to define the different theoretical models that are applied to addiction recovery, including their validity, strengths and weaknesses; to analyze the evolution of the Recovery concept applied to addictive behaviors and its current situation within treatment networks; to identify the different psychosocial factors that influence addiction recovery; to determine how these factors are being developed in the current interventions, including the possible improvements that can be carried out; to evaluate a series of European good practices in Recovery, including the analysis of their main theoretical and practical characteristics; to transfer these practices within the European context, carrying out a needs assessment and detecting the strengths of each intervention; to generate intervention models based on recovery, reviewable, measurable and verifiable in different settings; finally, to propose a series of practical, applicable and sustainable proposals, in order to improve interventions and the quality of life of people under treatment. This thesis reflects three studies: 1) the description of psychosocial factors and their connections with the recovery of different profiles, including a proposal of models of recovery; 2) a critical analysis of adequacy of recovery-based programmes for several profiles, including their strengths and weaknesses, and proposals of improvement; 3) lastly, a selection of European good practices, especially the HERMESS model. For the development of the study, it has been used a combination of qualitative and quantitative methodology. Several tools have been used for the development of this thesis, such as statistical analysis with SPSS; Analysis of Speech and Grounded Theory for qualitative research; the PRISMA methodology for bibliographic review and the Participatory Methodology for the evaluation of European practices. Main conclusions are: recovery based programmes are efficient for the profiles of drug users for what they were originally designed (basically, opiates users), needing adequacy for other patterns as women and young drug users; the bigger groups of drug users in treatment programmes are alcohol users and cocaine users, being necessary to design adapted models of recovery to these profiles in which their particular characteristics can be contemplated; the use of validated practices improves the intervention, and increase the scientific quality of recovery based programmes ("Science of Recovery"). In addition, a series of practical recommendations are proposed, among which stand out the proposal for the evaluation of recovery programs, the consolidation of the new ethics of intervention in addictions, the design of appropriate programs for the profiles and current problems and the development of new training strategies for professionals that go beyond training in clinical and social health aspects. Finally, it´s expressed the aim for the development of

data-based intervention models is proposed, which consider both aspects related to substance use and its consequences as well as the psychosocial factors involved.

Keywords: Recovery, psychosocial factors, intervention, statistics analysis, qualitative methodology, models of Recovery, Science of Recovery.

PREFACIO

Esta tesis doctoral tiene como objetivo fundamental analizar los diferentes factores psicosociales implicados en la recuperación de personas con problemas de adicciones y la forma en la que dichos factores se están trabajando actualmente en los programas europeos de intervención. El contenido de la misma se ha estructurado en distintos capítulos, cuyo contenido se menciona a continuación:

En el primer capítulo, se analizarán los diferentes modelos teóricos que han explicado las conductas adictivas y su recuperación desde un enfoque científico, identificando sus principales fortalezas y debilidades, así como la vinculación con la recuperación de las adicciones. Este capítulo aparece recogido parcialmente, en los artículos *"Can Neuroscience be a Faustian bargain? Psychosocial factors in recovery of addictive behaviours" (2018),* publicado en la revista *International Journal of Psychology and Neuroscience,4(2), 67-75,* y *"Social Recovery for Alcohol and Problematic Drug Use Rehabilitation in Europe" (2018),* en la revista *Journal of Alcohol and Drug Dependence, 6: 320. doi:10.4172/2329-6488.1000320.*

En el segundo capítulo, se realizará una revisión teórica de los principales conceptos implicados en la Recuperación de adicciones, especialmente aquellos validados y publicados en el ámbito científico.

El tercer capítulo expondrá los objetivos e hipótesis del estudio, además de una breve explicación sobre las metodologías elegidas (que serán definidas con mayor claridad en los capítulos siguientes) y la explicación sobre cómo se han abordado los aspectos éticos durante la investigación.

El cuarto capítulo se centrará en la descripción cuantitativa de los principales factores psicosociales implicados en las adicciones, las diferencias que podemos encontrar en los diferentes perfiles de personas en tratamiento y una propuesta de

modelos de intervención para grupos específicos. El estudio en el que se base este capítulo *"Models of Recovery: influence of psychosocial factors on substance use recovery"* ha sido aceptado para su publicación en la revista *Journal of Substance Use*, encontrándose actualmente en prensa.

En el quinto capítulo se profundizará en la manera en la que se están trabajando dichos factores psicosociales en los programas europeos basados en recuperación, sus fortalezas y debilidades en función de los diferentes perfiles de personas atendidas, así como una serie de propuestas para mejorar dicha adecuación. Este capítulo recoge íntegramente el artículo "*Psychosocial Intervention in European Addictive Behaviour Recovery Programmes: A Qualitative Study"* (2020), publicado en la revista *Healthcare, 8(3), 268. https://doi.org/10.3390/healthcare8030268*.

El sexto capítulo describirá una serie de buenas prácticas en la recuperación de adicciones, dedicando mayor atención al Modelo HERMESS. Este capítulo recoge parcialmente el artículo *"Recovery, Rehabilitation Drug treatment and Reintegration in the Community Programs: Good Practices Transfer into European Countries*" (2020), publicado en la revista *Practique Clinique et Investigation*, 2(2): 45-55.

El séptimo capítulo se dedica a la discusión general del proyecto, que conecta con el octavo y último que son las conclusiones generales, recomendaciones prácticas y propuestas de futuro.

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN GENERAL.

En cada periodo histórico, la problemática que implican las drogas no depende sólo de los niveles y hábitos de consumo, sino que hay que considerar otros factores situados en el terreno de las representaciones sociales y las prácticas institucionales, las cuales definen un contexto cultural que determina los problemas asociados a cada droga. Una misma sustancia puede producir problemas distintos, e incluso ser considerada droga, o no, en cada uno de esos contextos históricos. Además, los factores culturales no siempre actúan de la misma manera o en el mismo sentido, ya que, por ejemplo, en un determinado momento la tolerancia disminuye la intensidad de los problemas, mientras que en otro puede incrementarlos. La evolución del consumo de drogas, sus implicaciones sociales y los problemas relacionados han ido evolucionando desde el origen del fenómeno, teniendo en cuenta el hito y el trauma que supuso en la sociedad española la "epidemia de la heroína" de la década de los 80 y las posteriores categorizaciones que se han realizado sobre las drogas, su percepción de riesgo y su disponibilidad social (Torres, 2009). Diferentes modelos teóricos han explicado este fenómeno, normalmente de manera sesgada y reduccionista, existiendo argumentaciones sobre el consumo de drogas desde la sociología, la antropología, la psicología, la epidemiología, la psiquiatría, el derecho… Uno de los efectos no esperados menos estudiados de la "epidemia de la heroína" ha sido su repercusión en el consumo de otras sustancias durante el periodo en el que el uso de opiáceos y sus consecuencias se convirtieron en un problema social (Laespada e Iraurgi, 2009). Curiosamente, a pesar de la percepción de que tras la epidemia de heroína se redujo el consumo de drogas en España, en la etapa entre 1996 y 2004 aumentó el consumo de cocaína y cannabis de manera espectacular, tanto en población joven como en población adulta (OEDT, 2020; OEDT, 2021). Respecto al consumo de cocaína, a diferencia de lo

que ocurrió con la heroína, en España la aparición de la cocaína no experimentó inmediatamente el enorme incremento de su consumo que tuvo en otros países, que sin embargo tuvo lugar más tarde, a partir de los años 80 y sobre todo los 90. Entre finales de los 90 y el inicio del siglo XXI España se convirtió en el segundo consumidor mundial total y primero europeo, solo por detrás de los Estados Unidos de América. En 2006, la Oficina de Naciones Unidas sobre Droga y Crimen/UNODC indicó del problema de uso generalizado de cocaína en España, no existiendo una respuesta institucional (ni sanitaria ni política) similar a la que había sucedido con la heroína, debido sobre todo a dos factores: la reducción de la alarma social y la ambigüedad en la identificación de las consecuencias sociosanitarias del consumo de cocaína (Torres, 2009).

Respecto al cannabis y sus derivados, en esta época ha aumentado de manera espectacular su uso, incluyendo a los tradicionales consumos de hachís la aparición y consolidación del consumo de marihuana, especialmente debido a una estrategia de autocultivo permitido que aumentó notablemente el uso de THC y derivados a partir del año 2000, tanto en población joven (en la mayoría de las ocasiones como consumo experimental) como en la población adulta (con un consumo más controlado), generando un debate no resuelto sobre la regulación de los diferentes usos del THC y del CBD (OEDT, 2020;OEDT, 2021).

Sobre el XTC y derivados anfetamínicos, su uso masivo en los ambientes nocturnos y recreativos generaron una alarma social considerable a principios del siglo XXI, especialmente debido a diversos fallecimientos derivados de su consumo. Esto supuso la aparición de una serie de campañas de reducción de daños y riesgos que redujeron considerablemente el número de accidentes relacionados y supusieron

también una disminución de su uso, limitado de manera casi exclusiva a la "cultura de club".

Como resultado, el consumo de drogas aumenta, pero no en la dirección en la que se visibilizan las drogas. Se reduce el uso de heroína y los problemas derivados del mismo, al mismo tiempo que se produce un incremento espectacular del consumo de otras drogas. Esta dinámica, que se mantiene hoy día en nuestro contexto social, hace que de manera absolutamente paradójica la alarma social generada por el consumo de drogas sea mucho menor a medida que aumenta el número de personas que las utilizan, mediante un mecanismo de evitación de la identidad social de las drogas y los drogodependientes (que parecen ser únicamente los consumidores de heroína en el imaginario colectivo) y una normalización del consumo de otras sustancias, ofrecidas como menos agresivas o incluso inocuas.

Al explicar este fenómeno del consumo de drogas, se deben aceptar una serie de premisas fundamentales: se trata de un fenómeno multifactorial, no lineal, de etiología diversa, donde no se pueden utilizar explicaciones causales (una causa: un efecto), sino que las diferentes causas enraízan de manera compleja con las diversas consecuencias; es un fenómeno global, especialmente desde finales del siglo XX, con lo que cualquier explicación sobre la evolución del fenómeno en el contexto español o en contexto más locales debe incluir elementos de conexión con entornos más amplios y fenómenos culturales y sociales que se han ido modificando con el tiempo; el fenómeno del consumo de drogas debe ser contextualizado y analizado con los criterios y categorías de cada contexto histórico y social, evitando juicios morales, sesgos etnocéntricos y argumentaciones políticas, que en muchos casos han servido con excusa o justificación ante la aparición, la consolidación, el mantenimiento y/o la erradicación de muchas de las consecuencias vinculadas al consumo de drogas; finalmente, la terminología ha ido

avanzando a medida que se han ido conociendo, documentando y evidenciando diferentes aspectos del fenómeno, lo que obliga a analizar los conceptos y explicar los términos entendiendo sus significados dentro de los anteriormente mencionados contextos sociales.

En los últimos años se ha observado un aumento global del consumo de drogas, tanto en las cifras generales de consumo como en el porcentaje de población mundial que consume drogas. En 2009, la cifra estimada de 210 millones de consumidores representaba el 4,8 % de la población mundial de 15 a 64 años, frente a 269 millones en 2018, o el 5,3 % de la población (United Nations Office of Drugs and Crime, 2020). La mayor proporción de personas consumidoras de drogas corresponde a los adultos jóvenes ya los adolescentes. Este consumo está globalmente más desarrollado en los países desarrollados que en aquellos en vías de desarrollo. Existen datos a nivel internacional que relacionan los trastornos mentales, los hábitos de uso de drogas y los bajos niveles de ingresos (UNODC, 2020). Un factor que agrava este problema es que los actuales mercados de las drogas resultan cada vez más complejos. A las sustancias de origen vegetal, como el cannabis, la cocaína y la heroína, se han sumado cientos de drogas de síntesis, muchas de las cuales no están sujetas a fiscalización internacional (European Monitoring Center about Drug Dependance and Addiction, 2017). Además, se observa un incremento considerable y en rápido ascenso del consumo de psicofármacos fuera de prescripción médica (World Health Organization y UNODC, 2020; UNODC, 2020).

El consumo de drogas en España, aun existiendo algunas referencias a uso en etapas de la edad antigua, la edad Media o la edad Moderna, se debe centran en el periodo que va desde la década de los años cincuenta del siglo XX hasta la actualidad.

Al realizar esta acotación, se identifican una serie de factores, siguiendo una secuencia de patrones y cambios durante la evolución histórica, que es necesario destacar:

– Durante estas décadas de análisis, se han producido periodos de expansión económica, combinados con etapas de crisis económica, que han supuesto un salto brusco en la evolución cultural y la modernización de la sociedad española. El impacto de estos ciclos en el consumo de drogas ha sido considerable (Comas, 2006).

– Desde un punto de vista de demografía y de geografía humana, la evolución de la sociedad española durante este tiempo se puede entender como el paso de una sociedad rural a un estilo de vida fundamentalmente urbano, con sus ventajas e inconvenientes (Torres, 2009). Dentro de los inconvenientes, sobre todo se pueden destacar la identificación de una falsa clase media urbana, con una consideración de estatus mayor del estatus real, y la aparición de un estilo de vida consumista, cercano al de otros países europeos, con patrones de consumo de drogas bastante parecidos a otros contextos sociales y culturales, a pesar de seguir existiendo en el imaginario colectivo la justificación de la "cultura mediterránea" (Comas, 2006).

– Este cambio social y demográfico va relacionado con un cambio político e institucional, especialmente en el periodo 1975-1986, que ha generado estabilidad democrática. Mientras que el cambio socioeconómico adopta el perfil de una línea de crecimiento, con sus ciclos, sus evoluciones y sus involuciones (sobre todo en el siglo XXI), el cambio político se produce de una forma absoluta y permanente (Torres, 2009).

– Todos estos factores conllevan un cambio cultural, especialmente con la aparición y consolidación de una amplia sociedad de consumo a partir de la transición política, siendo maximizados en el siglo XXI. En relación a la vinculación religiosa y

política, la diversidad y la multiculturalidad se convierten en habituales dentro del estilos de vida de los españoles (Torres, 2009).

– Un elemento fundamental en todos estos procesos es el papel económico, social y cultural desempeñado por el turismo y las influencias de otros países, sobre todo del contexto europeo, de manera global y de forma singular en determinadas regiones (comas, 1999).

– En todo caso, se trata de un proceso muy acelerado, sin equivalente en otros países europeos y que obliga a que en España convivan generaciones con muy diversas experiencias vitales, culturales y niveles de formación y conocimientos sobre estas nuevas realidades (Torres, 2009).

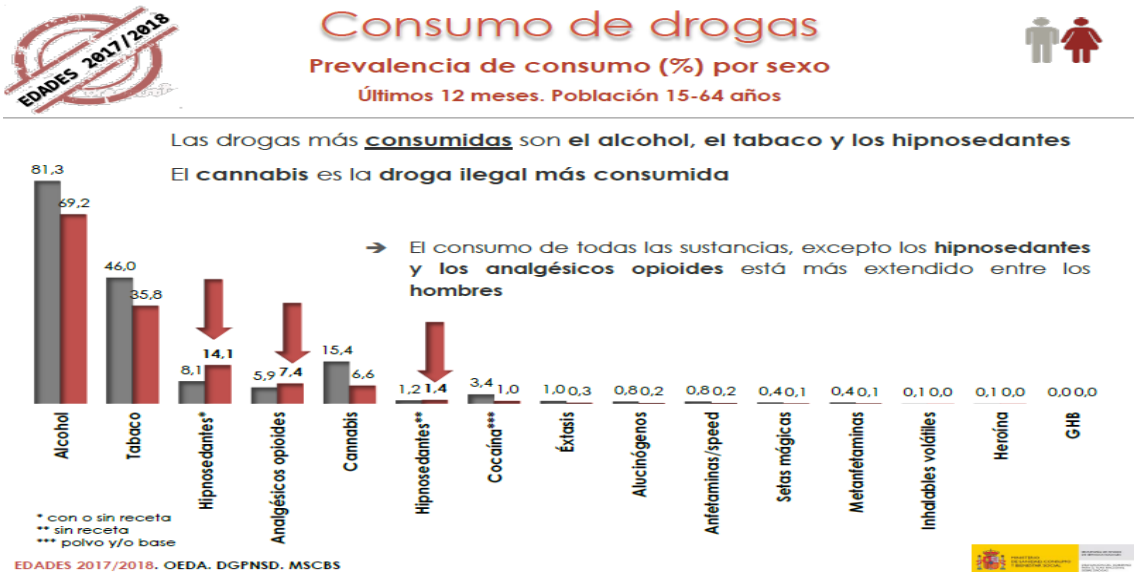
Durante el siglo XXI, tanto el estallido de la burbuja financiera en el ámbito internacional (combinada con el de la burbuja inmobiliaria en España) como la crisis del COVID19 a nivel global, han producido una serie de crisis que están derivando hacia una profunda depresión social y económica, lo que a su vez está produciendo un intenso retroceso social y económico que influye de manera decisiva en los consumos de sustancias y otras conductas adictivas y en el deterioro de la prevención y la intervención en adicciones, aparentemente consolidada en las décadas anteriores. Se produce una estrecha relación entre los componentes de este cambio social general y los procesos particulares que, en paralelo, viven las drogas. La evolución del consumo de drogas (ya la aparición y consolidación de otras conductas adictivas) en España se explican, básicamente, a partir de los parámetros del cambio económico, social y cultural (incluyendo sus evoluciones e involuciones), que incluso adapta las modas y los ciclos de consumo que aparecen en los países de nuestro entorno, especialmente desde

que en los años noventa, se produjo una cierta unificación de procesos en el ámbito de la Unión Europea (Korf, O´Gorman & Werse, 2017).

También encontramos reflejo de los cambios en el consumo de drogas en las manifestaciones culturales, como la música y el cine (Uris, 1995). Actualmente, también se pueden observar dichos cambios en el uso de sustancias, así como en el acceso y utilización de las redes sociales (Morales y Molina, 2019). Hay diferencias en relación al impacto social y sanitario, como ha sucedido entre la situación generada en Estados Unidos por el incremento de opiáceos y esa misma situación en países europeos (como el problema de consumo que sucede en Croacia con la buprenorfina y la metadona) o el uso y abuso generalizado de psicofármacos en toda Europa, que en el caso de España llega al 20,8% en adultos (ver figura 1) (EDADES 2017-2018) y al 11,6 % en jóvenes (ver figura 2) (ESTUDES 2016-2017) (OEDT, 2018; OEDT,2019).

Figura 1

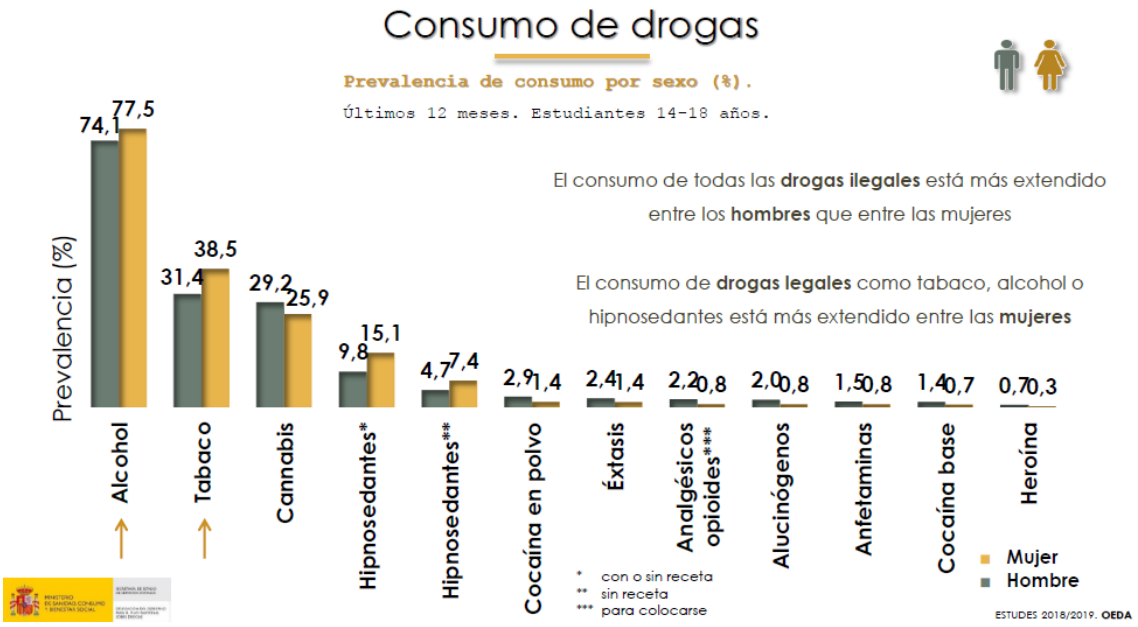
Consumo de drogas en España en población general 2017-2018 (fuente: Observatorio Español sobre drogas y toxicomanías)



Es importante destacar que cuando hablamos de consumo de drogas o de conductas adictivas no nos estamos refiriendo únicamente a las sustancias ilegales (WHO y UNODC, 2020; EMCDDA, 2017; Plan Nacional Sobre Drogas, 2020). A pesar de la evidencia, esta situación actual de consumo de sustancias legales se percibe con una visibilidad diferente como la que presentan las sustancias ilegales, como podemos observar al comparar el uso de psicofármacos con las Nuevas Sustancias Psicoactivas (NPS), cuyo consumo es mucho más reducido en todos los grupos de edad (OEDT, 2018; OEDT;2019).

Figura 2

Consumo de drogas en España en población entre 14-18 años 2018-2019 (fuente: Observatorio Español sobre drogas y toxicomanías)



Los factores epidemiológicos y sociales del uso de sustancias (como heroína, cocaína, cannabis, alcohol o benzodiazepinas) o de cualquier otra conducta adictiva (como puedan ser juego patológico o tabaco/vapeadores), suponen mucho más que los aspectos puramente médicos relacionado con su consumo (Deacon, 2013). Una perspectiva amplia del término “adicción” nos permite incluir teorías y conceptos de

diferentes disciplinas científicas como puedan ser: Medicina (Epidemiología, Psiquiatría), Psicología, Antropología, Geografía Humana o Economía Social (Moos y Finney, 2011).

A pesar de ello, actualmente se ha reducido la investigación e intervención en conductas adictivas a cuestiones fundamentalmente asociadas con la salud pública y la psicología clínica, debido principalmente al dominio del modelo biomédico (Deacon, 2013) en la intervención (Pons, 2006). Incluso el consenso científico sobre la intervención en conductas adictivas, ya sea uso de drogas o trastornos de la conducta (como juegos de azar o videojuegos) (Carbonell, 2014; Chóliz et al.,2017; Morales y Molina, 2017), hace evidente la necesidad de abordar estos problemas desde una perspectiva biopsicosocial (Mayor, 1995; Hall, Carter y Forlini, 2015, APH, 2015). En este sentido, cualquier tipo de intervención debe incluir términos como "recuperación" y "apoyo social" para que sean efectivos a largo plazo (WHO y UNODC, 2020; UNODC, 2012). Se han publicado diferentes guías sobre prácticas en intervención en adicciones, en las cuales se recomienda utilizar siempre modelos basados en la evidencia científica (concepto que se está sustituyendo progresivamente por "data-based", o basado sobre datos), buscando la manera de replicar programas exitosos, evaluados, revisados y adaptables a otros contextos comunitarios (WHO y UNODC, 2020; UNODC, 2012; EMCDDA 2014, 2016). Se destacan:

- Programas de mantenimiento con metadona o tratamientos de sustitución de buprenorfina en diferentes países (WHO y UNODC, 2020);

- Programas orientados a la recuperación (Best, 2012: Barzanti et al., 2017);

- Programas comunitarios y programas orientados al trabajo y la inserción sociolaboral (WHO y UNODC, 2020);

- Justicia restaurativa y fomento del tratamiento para personas drogodependientes en el ámbito judicial y penitenciario (Barzanti et al., 2017);

- Prácticas documentadas que pueden transferirse y desarrollarse con eficiencia y viabilidad en otros contextos europeos (WHO y UNODC, 2020; Molina, Gil y Cuenca, 2020).

La diversidad de estos programas y su complementariedad se basa en una consideración de los problemas derivados del uso y abuso de conductas adictivas como un "problema multifactorial", en el que confluyen diferentes aspectos como puedan ser, los aspectos individuales (en el que se incluyen los aspectos derivados directamente de las sustancias y sus características, factores biológicos, genéticos y neuropsicológicos), y aspectos relacionados con los contextos sociales cercanos (básicamente, familia y pareja) combinados con los factores relacionados con el entorno social amplio (sobre todo, contextos social y cultural, con especial relevancia del contexto socioeconómico).

Al integrar estos aspectos, resulta bastante razonable entender que cualquier tipo de intervención (ya sea en prevención o en tratamiento) sobre drogodependencias y adicciones, especialmente la coordinación social y sanitaria de las respuestas a este problema, debe ser abordado de manera compleja e integral. A la hora de desglosar este problema se destacan tres elementos esenciales para abordarlo: el Modelo Multifactorial de Drogodependencias y Adicciones (clave para el análisis de una problemática donde son muchos los factores que intervienen); la importancia de la prevención como complemento necesario a la intervención; y, como tercer elemento clave, el apoyo social como factor esencial para el cambio en las personas que presentan problemas de adicciones (Molina et al., 2015). Estos factores interactúan entre sí, generando en ocasiones situaciones de protección y, en otras, situaciones de riesgo (Pedrero y Ruiz,

2014). Resulta necesario reconocer cuándo y en qué situación cada uno de estos factores pueden ser identificados con una u otra condición.

1.1. Justificación de la Necesidad de la Investigación: Aspectos Psicosociales de las Adicciones y su Tratamiento.

Han pasado más de dos décadas desde que la intervención e investigación sobre conductas adictivas sufrió un vuelco considerable, exactamente cuando se aprobó que la adicción se definiera como "una enfermedad crónica y recurrente del cerebro, caracterizada por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas, a pesar de sus consecuencias nocivas", según el National Institute on Drug Abuse (NIDA, 1997, p.10). De acuerdo con esta definición, se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas modifican este órgano: su estructura y funcionamiento se ven afectados. Este planteamiento señala que los cambios que se producen en el cerebro (funcionales y/o estructurales) se convierten en modificaciones estables a largo plazo, llevando a las personas que los sufren al desarrollo de conductas de riesgo, habituales en las personas que presentan problemas con el consumo de drogas.

El término "adicción", tal como se conceptualiza en esta definición del NIDA, se considera equivalente a un trastorno por uso de sustancias, utilizando la terminología incluida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psicológica Americana/APA (DSM-5, 2013), aceptándose el tratamiento farmacoterapéutico como el eje de la intervención. La progresiva medicalización del concepto desde la aceptación de esta definición de NIDA ha sido uno de los principales elementos de análisis y ha condicionado la investigación de los aspectos epidemiológicos y sociales de las conductas adictivas (Deacon, 2013). En realidad, durante gran parte de este siglo XXI el concepto de "adicción" se ha reducido a una enfermedad cerebral (Volkow y Koob, 2015), a pesar de que prestigiosos

neurocientíficos como Antonio Verdejo, Eduardo Pedrero, José María Ruiz Sánchez de León o Wayne Hall han apelado a los mecanismos ambientales para su desarrollo y consolidación (Ruíz y Pedrero, 2014). Este reduccionismo de la adicción a la alteración cerebral derivado del uso de sustancias, se ha vinculado habitualmente más a las drogas ilegales que a las legales.

La cuestión que se plantea de fondo es si estos aspectos asociados al tratamiento han ayudado a reducir la prevalencia de las conductas adictivas de riesgo y mejorado la intervención con las personas que presentan dichas conductas, además de las consecuencias psicosociales, ha supuesto un "apetito faústico" (Molina, Cuenca y Gil, 2018) que hace que cualquier referencia a las conductas adictivas tenga que incluir aspectos neuropsicológicos y/o genéticos, incluso cuando se habla de rehabilitación y recuperación de las conductas adictivas (Hall, Carter y Forlini, 2015). A pesar de esto, se sigue planteando como objetivo de red de intervención que las aplicaciones avanzadas en servicios generales y especializados, incluyendo las dependencias e intervención en situaciones críticas, así como las intervenciones comunitarias y grupales especializadas en el ámbito de la salud (como participación comunitaria para profesionales y voluntariado), han generado una estructura de intervención e investigación flexible, dinámica y con capacidad para evaluar las necesidades de sus potenciales usuarios y diseñar programas adaptados a dichas necesidades (Molina et al., 2015). Así, se pueden implementar programas integrales de abordaje e intervención de los problemas adictivos en su triple esfera biopsicosocial: la persona concreta, la sustancia o sustancias que consuma y el contexto donde se da (Hall, Carter y Forlini, 2015).

Los programas de intervención en adicciones se dividen fundamentalmente en programas de Reducción del Daño y programas basados en Recuperación (UNODC y

WHO, 2020; UNODC, 2012). Esta división fue fruto de un debate que se produjo a finales de la década de los 80 y principios de los años 90, sobre la denominada "Pérdida del ideal de rehabilitación de las personas": la incapacidad de poder mantener los preceptos más optimistas relacionados con la recuperación (en muchos casos, orientados hacia la rehumanización) en colectivos cuyos problemas tendían y tienden a la despersonalización y, por ende, a la autodeshumanización (Yang et al., 2015), lo que provocó que pareciera una quimera que las personas pudieran cambiar de manera estable y a largo plazo sus patrones de comportamiento más problemáticos, egoísta o destructivo hacia el grupo. Hirschman (1991) denominó "retórica de la reacción" a la actitud de los profesionales y los usuarios de los programas, con sus tres tesis clave:

- Tesis de la perversidad, en la que se asume que los efectos iatrogénicos no esperados son peores que la situación inicial, que no solo no mejoran, sino que empeoran a las personas. "Todo se vuelve en contra".

- Tesis de la futilidad, en la que se acepta el fracaso como premisa inicial, ya que no es posible redimir o corregir a las personas. "Nada funciona".

- Tesis del peligro, ya que se plantea que los programas atacan directamente derechos fundamentales como la autonomía moral, los derechos del individuo y los valores personales. "La justicia está en peligro".

Este fenómeno, que en las décadas de los 80 y 90 supuso la supremacía de los modelos basados en la CT (Comas, 2006), sumado a la fragmentación de políticas debido a las competencias autonómicas, crea situaciones tan complejas como que a principios de los 90 haya en España redes consolidadas de CT y ninguna fuera pública, como sucedía con la red Proyecto Hombre (APH, 2018).

A partir de ese momento, que paradójicamente coincide con el fin de la alarma social y con el mayor nivel de credibilidad de la red asistencial basada en PLD, las prioridades institucionales se modificaron por varias razones:

– Los datos que mostraban un imparable crecimiento del sida en cuanto al número de seropositivos y fallecidos, especialmente entre adictos a drogas por vía parenteral.

– Un cambio en las políticas europeas que globalmente se inclinaron hacia un modelo de programas de reducción del daño (PRD).

– La participación de sectores profesionales, especialmente de los sanitarios, que hasta entonces se habían mantenido al margen del tema de las drogas.

Como resultado, la respuesta asistencial basada en PLD se mantuvo estable, mientras que los programas de mantenimiento de metadona (PMM) comenzaron a crecer, aunque no al ritmo que parecían exigir las nuevas circunstancias. De hecho, los PLD mantuvieron parcialmente su hegemonía hasta el año 1995. La aparición de los programas de Reducción del daño, sobre todo los Programas de Mantenimiento de Metadona (PMM) y las estrategias de profilaxis de VIH (como en intercambio de jeringuillas y el cambio de vía parenteral a vía fumada/inhalada) redujo el porcentaje de infectados por VIH y el número de delitos cometidos por drogodependientes. De todas maneras, el porcentaje de población drogodependiente en las prisiones españolas se mantuvo estable en el 80%.

De esas categorizaciones partieron gran parte de los modelos de reducción del daño aplicados a seguridad ciudadana, enfermedad mental, drogodependencias y adicciones o violencia. Esa consideración de los afectados por estos problemas como irrecuperables o imposibles de volver a incluir en la norma social (o con la obligación

de limitar sus conductas sociales para siempre), se ha mantenido hasta nuestros días y ha arraigado como discurso en nuestro actual contexto social. Por ejemplo, el conflicto entre las distintas políticas, entre el PLD y el PRD, mantuvo el carácter central del tema de la heroína, e incluso lo reforzó en el sentido de que el debate impedía percibir otros elementos que comenzaban a cuestionar dicha centralidad.

Los programas de reducción del daño tienen por objetivo minimizar las principales consecuencias negativas de las drogodependencias, especialmente las infecciones asociadas y la drogodelincuencia (Laespada e Iraurgi, 2009). Se debe reconocer como un avance el que los programas de reducción del daño y la generalización de la farmacoterapia para personas con problemas de drogodependencias han ayudado a reducir los problemas epidemiológicos derivados del uso de sustancias, como la prevalencia del VIH o de la hepatitis C, así como las sobredosis derivadas del abuso de drogas (Bumbarger y Campbell, 2011). En cambio, "Recuperación" o "Recovery" es un concepto que se utiliza para contextualizar un proceso de tratamiento, rehabilitación de adicciones y posterior reintegración social. Término que en ocasiones se utiliza de forma indistinta como rehabilitación, cuando hay diferencias entre ambos conceptos:

- La rehabilitación se define como aquel proceso cuya meta global es ayudar a las personas con algún tipo de hándicap o dificultad (como problemas físicos, adicciones y/o discapacidades psiquiátricas y/o psicológicas) a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial, de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible (Gurung, 2010).

- La recuperación se define como aquel proceso cuyo objetivo es el desarrollo de la autonomía personal del que lo lleva cabo, incluyendo el desempeño de roles socialmente valiosos, saber cómo mantener y desarrollar relaciones socioafectivas significativas y manejar de tal manera los síntomas que le permitan convivir integrado en la comunidad, desarrollando un nivel de integración sociocomunitaria que le facilite el conseguir una vida relativamente satisfactoria (Rosillo, Hernández y Smith, 2013). Recuperación implica no solo reducir o eliminar el uso de drogas, como se podría conseguir incluso por remisión espontánea (Carballo et al., 2007), denominada en algunos casos "natural recovery" (Moos y Finney, 2011), sino convertir a las personas en miembros activos de la Sociedad (Yates, 2010).

Según Hernández (2017) la principal diferencia entre los dos términos implica que la rehabilitación es promovida por profesionales, mientras que la recuperación surge de los propios afectados. En este sentido, la recuperación implica un componente de participación activa en la sociedad y de implicación en la comunidad. La recuperación se entiende como un proceso no lineal, multifactorial, con evoluciones e involuciones.

1.2. Modelos Generales de Explicación de las Adicciones.

Los modelos generales integran los elementos que habitualmente intervienen en el consumo de drogas: la sustancia, la persona y el ambiente. Cada modelo enfatiza unos aspectos sobre otros. Por tanto, en la explicación sobre las causas y consecuencias de las conductas adictivas, se proponen diferentes factores de influencia.

1.2.1 El Modelo Jurídico.

Según este modelo, el abuso de drogas se vincula a las posibles implicaciones delictivas y los marcos legales en los que se basa. Considera el principal factor la sustancia y si es legal/ilegal/alegal. En este sentido, las sustancias ilegales generan

problemas y consecuencias sanitarias, sociales y jurídicas, por lo que deben mantenerse fuera de los circuitos de distribución y su acceso restringido para los ciudadanos. De esta manera, se protege a las personas, a través de la ley, de las consecuencias derivadas de las sustancias ilegales, mientras se mantienen las consecuencias de las legales. Según este modelo, la persona que consume drogas ilegales es potencialmente un incumplidor de la ley, variando la tipología del delito en función de las leyes aplicadas. La orientación de este modelo hacia la prohibición y el castigo ha provocado que haya sido denominado como "jurídico-represivo" por diversos autores (Vega, 1992).

1.2.2 El Modelo de la Distribución del Consumo.

Este modelo destaca que la importancia de una sustancia está en su disponibilidad, distribución y acceso al consumo, con lo que debe realizarse un análisis completo de los patrones de consumo en el contexto social para analizar sus causas y consecuencias en dicho contexto (Hartford, Parker y Light, 1980). No es un modelo muy utilizado actualmente, aunque recientemente se ha utilizado en diversas ocasiones para argumentar sobre la regulación del cannabis (Hall, 2014).

1.2.3 El Modelo Médico.

Para el modelo médico, el abuso o dependencia de sustancias es una enfermedad, cuya mayor característica es la pérdida del control del consumo por parte del individuo. De esta forma, tanto el abuso como la dependencia de las drogas se pueden considerar fenómenos relacionados en exclusiva con los procesos internos del propio sujeto. Este modelo considera el problema de las adicciones como un problema médico más. De hecho, este enfoque es el que ha permitido que se valore a la persona con problemas de drogodependencias como un enfermo (NIDA, 1997), en vez de un delincuente o un desviado social. El efecto negativo ha sido determinante en el aumento

del estigma social (Goffman, 1963) de las drogodependencias debido a su consideración como "enfermedad crónica incurable" (NIDA, 1997). Remarcar de esta manera tan relevante que los factores biomédicos son causa-efecto de las adicciones ha reducido la importancia que se presta a aspectos fundamentales en las drogodependencias, sobre todo a los factores sociales y psicológicos (Vega, 1992), además de obviar, en este modelo, a las personas que abusan de manera intensiva y no se consideran ni se pueden categorizar como dependientes (Deacon, 2013).

1.2.4 El Modelo Sociológico.

Los aspectos relevantes que destaca el modelo para el estudio del consumo de sustancias son los factores socioeconómicos y socioambientales en los que se lleva a cabo dicho consumo. Los aspectos económicos se incluyen de manera parcial, contemplando el impacto en clases sociales concretas, normalmente las clases más desfavorecidas. Este modelo señala las relaciones existentes entre la pobreza, la discriminación, la desigualdad o la carencia de oportunidades (habituales sobre todo en los ámbitos urbanos contemporáneos) con la aparición, el mantenimiento y la consolidación del consumo de drogas. Uno de los conceptos fundamentales del este modelo es la denominación de "cultura de las drogas" (Korstanje, 2008), que hace referencia a un conjunto de comportamientos sociales, normas y códigos de las personas consumidoras de drogas y que difieren del resto de las personas del contexto social. El modelo sociológico contempla cómo la presencia de alcohol y otras drogas actúan como sustitutos de las necesidades sociales y económicas cuando estas necesidades no se ven satisfechas, considerando las sustancias como mecanismos activadores de la liberación de tensiones sociales ante la desigualdad y el rechazo, y así mismo muestra las limitaciones de acceso al desarrollo social de las personas afectadas por estos problemas sociales (Vega, 1992).

Desde el enfoque de la Psicología Social de la Salud (Rodríguez y Neip, 2008), se considera al modelo sociológico como sesgado, debido al reduccionismo que supone limitar el impacto de las sustancias a los factores económicos y sociales, además de aumentar el estigma de las clases desfavorecidas y los problemas derivados del abuso de las sustancias (Engel, 1977).

1.2.5 El Modelo Psicológico.

Para este modelo, la mayor influencia en la aparición, desarrollo, consolidación y tratamiento de los problemas adictivos se encuentra en los aspectos psicológicos. Por ello, el modelo analiza la relación con factores vinculados a la salud mental, sobre todo como rasgos de personalidad, episodios y sintomatología psicótica, estado de ánimo, niveles de ansiedad, traumas previos o consecuentes (Najavits, 2007). Como intervención fundamental en este modelo se ha validado la terapia cognitivo-conductual (Secades y Fernández, 2006), pudiendo encontrarse ejemplos de otros tratamientos como terapia y modificación de conducta o las técnicas psicodinámicas. Habitualmente se diseñan programas de intervención específicos, como las terapias psicológicas para la dependencia a cannabis, cocaína, opiáceos, alcohol, tabaco y benzodiacepinas (en los últimos años también se han adaptado para adicciones sin sustancia, como el juego patológico o los trastornos de conducta derivados del uso inadecuado de redes sociales o videojuegos). A partir de los años 80, se integra el modelo psicológico en programas y tratamientos, sobre todo basados en el control del consumo, la mejora de la calidad de vida y la reducción del daño, y que se focalizan en fases de motivación y cambio más que en la presencia o ausencia del consumo de drogas u otras conductas adictivas (Sánchez, Tomás y Morales, 2004). De esta forma, se entiende la intervención como un proceso de cambio a medio y largo plazo, sin la obligación de la abstinencia en el inicio del tratamiento. Además, varias de estas intervenciones se han validado como basadas

en evidencia científica, lo que permite su replicabilidad y la valoración de su eficacia (Pons, 2006). La intervención más utilizada es este modelo es la acción basada en los Estadios de Cambio (Prochaska y DiClemente, 1982).

1.2.6 El Modelo Ecológico.

Este modelo surge a partir de la Psicología Ambiental y se fundamenta en la toma en consideración de una serie de interrelaciones e interdependencias complejas entre el sistema orgánico, el sistema comportamental y sistema ambiental (Bronfenbrenner, 1979). Cuando se hace referencia al ambiente (o al contexto), se contemplan tanto los factores físicos y sociales como el significado que tiene dicho ambiente para las personas, incluyendo las percepciones y sensaciones que las personas asumen en su interacción con el contexto. Desde esta perspectiva, el modelo integra, tanto los aspectos físicos, biológicos y psicológicos, como aquellos factores sociales, étnicos y/o culturales, económicos y políticos. Para analizar y entender desde el modelo las causas y consecuencias de los problemas relacionados con el uso y abuso de sustancias, se deben conectar para dicho análisis las variables individuales de la persona que consume drogas con las variables socioambientales del contexto en el que se produce dicho consumo. De esta forma, se entiende la salud como un proceso dinámico, no lineal, basado en interacciones y transacciones con evoluciones e involuciones. Este enfoque plantea a la persona como un sujeto que se encuentra inmerso en un entorno en constante cambio y, a la vez sumamente complejo, y al que trata de ir adaptándose constantemente. El modelo pone el punto de mira en el entorno en el que se encuentra el individuo, asumiendo que la interacción que el individuo establezca con este, determinará en gran medida su comportamiento (según el Principio de fuerzas internas y fuerzas externas). Este enfoque estructura el ambiente, en una serie de sistemas, que se

encuentran interrelacionados entre sí, y en los que todo sujeto se encuentra ubicado. Los sistemas son (ver Figura 3):

- Microsistema: correspondería con el escenario inmediato donde se encuentra el sujeto.
- Mesosistema: hace referencia al conjunto de sistemas donde el individuo se desenvuelve.
- Exosistema: hace referencia al conjunto de estructuras sociales que no contienen en sí mismas al sujeto, pero que aun así puede influir sobre este. Aquí se encontrarían el sistema económico, político y medios de comunicación, entre otros.
- Macrosistema: el macrosistema se refiere al conjunto de valores sociales, esquemas culturas y la cultura, que lo impregna todo. Se refiere a manifestaciones concretas de los sistemas anteriores.

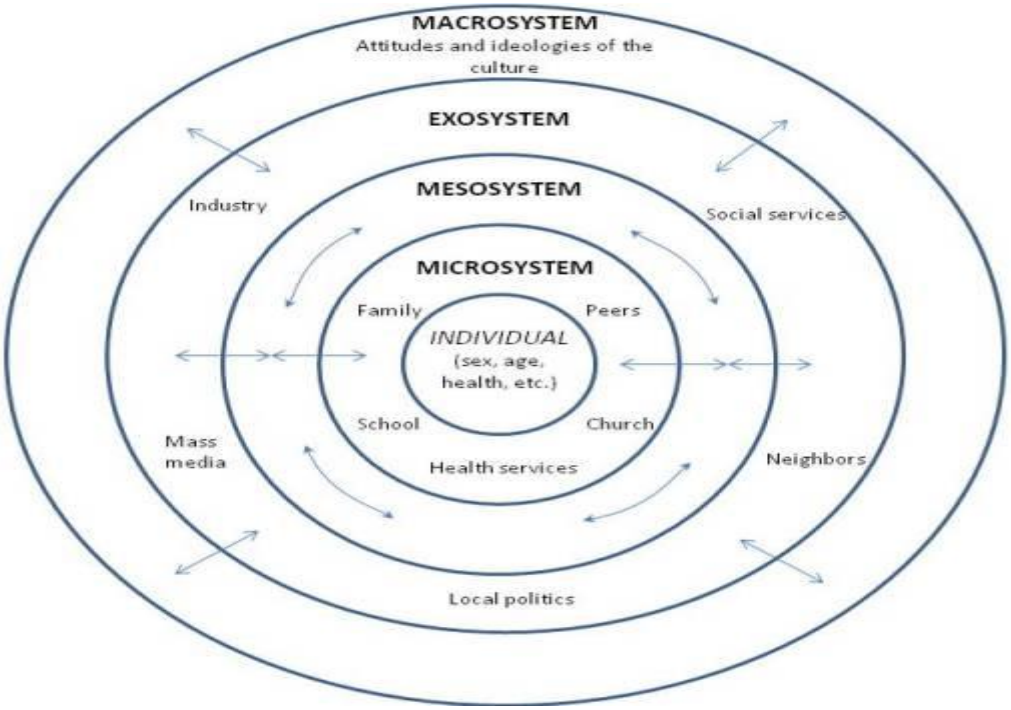
En este modelo, los sistemas que se utilizan de manera habitual para explicar las conductas adictivas son el exosistema y el macrosistema, debido a que son las estructuras sociales más amplias y las que dentro de sus componentes incluyen las normas sociales y su transgresión, los valores, la cultura, los aspectos económicos y los medios de comunicación, todos ellos factores que pueden explicar las principales causas y consecuencias de las adicciones (con y sin sustancia) (Becoña, 1999).

El Modelo Ecológico redimensiona el problema del consumo de drogas identificándolo como un fenómeno global y como un problema social, que incluye al individuo, a la familia, a la comunidad, a la sociedad, al sistema histórico-cultural, al sistema político, al sistema económico, al sistema jurídico y a la propia sustancia/conducta adictiva, además de poner de manifiesto los efectos que cada marco

ambiental puede tener sobre un individuo que desarrolla su comportamiento en el mismo.

Figura 3

Sistemas del modelo Ecológico (Bronfenbrenner, 1979)



1.3 Modelos de Salud Basados en Recuperación.

A continuación, se van a explicar los principales modelos de salud que se han utilizado para analizar la recuperación de adicciones, utilizando un enfoque amplio y buscando la integración de diversos elementos o factores en la explicación.

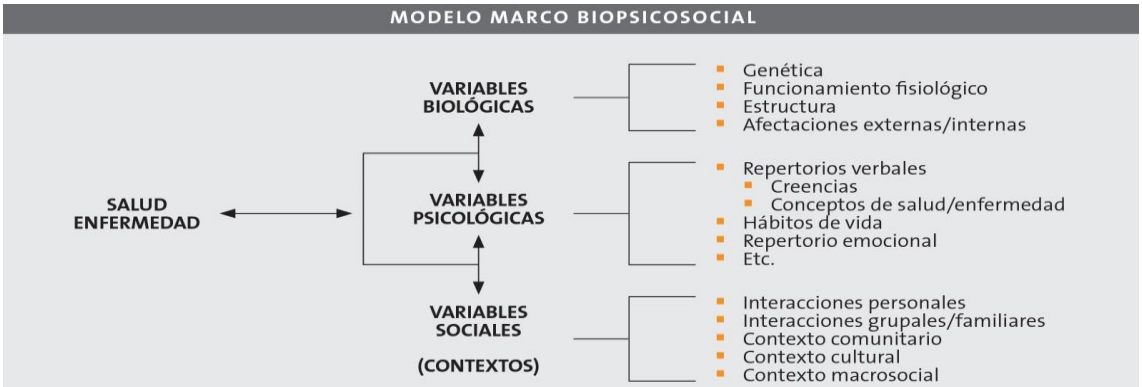
1.3.1 El Modelo Biopsicosocial.

El modelo biopsicosocial (Engel, 1977) pretende comprender la realidad de los problemas de salud, incluyendo las conductas adictivas, a través del estudio de tres tipos diferentes de variables: biológicas, psicológicas y sociales (ver Figura 4). Las variables biológicas hacen referencia a la configuración originaria (sobre todo, basada en aspectos genéticos y fisiológicos) que cada persona presenta, pudiendo ser afectada por otras

variables (p.ej. factores epigenéticos). Las variables psicológicas hacen referencia la expresión de las fortalezas y necesidades de cada individuo mediante las conductas, las creencias, emociones y hábitos de vida (entre otros aspectos) que cada persona presenta. La evaluación de esta variable permite conocer mejor la realidad con respecto al impacto que los patrones de dependencia están produciendo en la persona. Por último, se encuentran las variables sociales. Estas variables están planteadas de cara a conocer las interacciones y relaciones que las personas establecen con su entorno y, no solo incluye personas, sino también identidades, estereotipos, prejuicios, estigmas y valores (Engel, 1977). Integrándolas de una manera abierta mediante un principio de relación no lineal, el modelo asume cómo, en mayor o menor medida, todas ellas pueden llegar a influir tanto en la salud, como en el desarrollo de una posible enfermedad por parte de las personas. Según este modelo, la salud y la enfermedad se transmiten en red (APH, 2015).

Figura 4

Modelo biopsicosocial (APH, 2015)



Representación gráfica del tipo de variables implicadas en el modelo biopsicosocial, para producir los estados de salud enfermedad.

De esta forma el modelo también se rige por el principio de multicausalidad. Dentro de la interconexión de todas esas variables, es necesaria la presencia de una serie

de factores de riesgo, en ausencia de unos factores de protección, para que se puedan desarrollar patrones de conducta problemática, hasta desembocar en adicción por parte de la persona (Mayor, 1995).

Para el modelo biopsicosocial, la sustancia, el consumo de drogas y/o la conducta descontrolada no suponen el problema en sí. Todos estos factores son entendidos como una sintomatología de algo mucho más profundo, como habitualmente son las posibles necesidades sociales y psicológicas no cubiertas que pueden encontrarse detrás de dicha sintomatología. Este modelo tiene un enfoque psicosocial comprehensivo, en el que se incluyen una gran cantidad de elementos tanto psicoterapéuticos como de apoyo social. Este enfoque, que incluye gran cantidad de aspectos, ha permitido que se defina como un modelo integral de tratamiento, lo que a su vez ha favorecido la combinación dentro de la intervención, tanto de los elementos psicoterapéuticos y sociales, como de tratamientos médicos, incluyendo los tratamientos farmacológicos y psiquiátricos (APH, 2015).

La condición de modelo integral se refuerza con la inclusión en la intervención de diferentes técnicas provenientes de los modelos comentados previamente, como las técnicas de prevención de recaídas, las mencionadas técnicas cognitivo-conductuales y el uso de entrevista motivacional. Estas técnicas se integran dentro de una intervención de tipo terapéutico y educativo, que debe ser adaptada, en cuanto al tiempo y las actividades, a las diferentes expectativas, demandas y necesidades de las personas en tratamiento. A estas técnicas se les tiene que incluir el manejo de contingencias, el apoyo social y la intervención en los ámbitos familiar y comunitario. Así, dentro de este modelo se pueden desarrollar prácticamente todo tipo de sesiones en la intervención, desde la individuales hasta las grupales (familiares, de pareja, terapia de grupo, grupos de apoyo social). En estas sesiones se abordan temas relacionados con el manejo de las

causas y consecuencias de las adicciones, como las habilidades de afrontamiento, el manejo emocional, la inoculación de estrés, las habilidades sociales y emocionales y la participación en actividades sociales. Este modelo se aplica de manera estructurada y flexible, adaptando las sesiones de intervención al desarrollo y la evolución de la persona en tratamiento.

Los componentes fundamentales de este modelo, tanto en la implementación como en el seguimiento, son los siguientes (APH, 2015):

- Generar una conexión terapéutica basada en la motivación de la persona en tratamiento ("therapeutic milieu") (Goethals, Vanderplasschen y Vandevelde, 2012), fomentando su participación activa.

- Desarrollar un plan de tratamiento individualizado, adaptado a cada persona, que contemple las diferentes áreas de la persona de manera global, con objetivos factibles y posibilidad de revisión y evaluación de los mismos, en el que se integren a las personas relevantes para el proyecto de vida de la persona en tratamiento (pareja, familia y/o amigos).

- Integrar los aspectos terapéuticos con aspectos educativos que favorezcan el cambio, no solo para la persona en tratamiento, sino también para las personas relevantes en su proyecto de vida (pareja, familia y/o amigos).

- Enseñar, modelar y entrenar en técnicas específicas.

- Refuerzo positivo de conductas deseables.

- Implicación familiar en el proceso.

- Participar en grupos de autoayuda.

Para este modelo la integración en el contexto social es fundamental en la intervención, generando procesos de incorporación social adaptados, individuales, dinámicos, revisables y observables, que permitan la implicación progresiva y activa de la persona en su contexto (familia, trabajo, comunidad), con responsabilidad, autonomía personal, capacidad crítica con el entorno y participación en las actividades sociales y comunitarias, buscando la recuperación de la persona para aumentar su capacidad de participación ciudadana (Marshall y Bottomore, 1998).

1.3.2. Modelo de Activos para la Salud.

El modelo de activos para la salud fue propuesto como una manera de revitalizar elementos relacionados con las acciones, las evidencias y las evaluaciones en promoción de salud (Kretzmann y McKnight, 1993). Este modelo motiva a las propias comunidades a analizar su contexto y potenciar aquellos elementos que mejoren la salud en sentido amplio y comunitario, especialmente la mejora del bienestar y la calidad de vida, el desarrollo de la equidad en salud y la toma de decisiones y resolución de problemas sobre las causas y consecuencias de un balance inadecuado. Este modelo se ha reactivado en los últimos años, debido a la búsqueda de alternativas al modelo puramente médico, centrado en la enfermedad y la lucha contra el patógeno, habitual tanto en las políticas de salud pública como en las prácticas de salud, que aumentan el consumo de fármacos y suplementos, la dependencia de ciertos grupos de riesgo al sistema sanitario (como los mayores y los dependientes) y la medicalización de los problemas de la vida cotidiana (Morgan y Ziglio, 2007). En este modelo, se plantean las posibles alternativas que se pueden proponer desde dentro de las comunidades, fomentando el trabajo en común de los servicios con las personas y/o con las comunidades, desarrollando todo lo posible sus fortalezas, talentos y habilidades. Aunque originalmente se planteó la incompatibilidad de ambos modelos (el modelo de

déficits de la salud y el modelo de activos de la salud), actualmente se plantean estrategias en las que ambos, son complementarios. Se han integrado de manera habitual en salud pública términos como mapa de activos, activos para la salud, enfoque de trabajo con activos y activos para la salud pública (relacionados con el propio modelo de 'activos para la salud'), especialmente en el ámbito de la salud comunitaria (Morgan y Ziglio, 2007). Este modelo plantea una serie de etapas para conseguir el objetivo de la dinamización de los activos (Kretzmann y McKnight, 1993):

Etapa 1. Preparación y contextualización

Esta etapa resulta clave para la definición del objetivo, el contexto en que se va a llevar a cabo la acción, la finalidad del trabajo, la población, sobre qué tema se van a identificar los activos (comunidad, medio ambiente, contexto penitenciario o salud mental, entre otros aspectos) y cuál va a ser el modelo teórico sobre el que se va a basar la acción. En esta fase se deben integrar los enfoques de equidad e interseccionalidad, además de definir cómo se va a llevar a cabo la coordinación, la implementación de actividades y la evaluación de las acciones (algo que es fundamental en este modelo). Resulta básico identificar a los agentes implicados ("stakeholders") con los que se puede contar para el desarrollo de las acciones (elaboradores de políticas, técnicos de diferentes especialidades y ámbitos, representantes de la sociedad civil), y para todas las fases y actividades. En esta primera fase, también se planifica el diseño de las demás etapas del proceso de implementación de los activos para la salud.

Etapa 2. Recogida de información.

Al iniciar el trabajo de campo, el equipo identifica los activos mediante técnicas de investigación participativa. Dichas técnicas se deben seleccionar según el contexto que se vaya a evaluar. Para una correcta identificación, es importante clasificar los

activos potencialmente existentes en la comunidad (personas, instituciones, asociaciones formales e informales, activos físicos e intangibles, activos económicos y culturales), así como las fuentes y técnicas que se van a utilizar para la recogida de información, teniendo en cuenta la adecuación de dichas técnicas a cada grupo de activos. Se pueden integrar técnicas académicas, como la entrevista o los grupos focales/de discusión, con técnicas más relacionadas con la investigación participativa.

Etapa 3. Análisis, interpretación y presentación de la información

Para realizar el análisis de la información, se admite tanto un análisis descriptivo (pudiendo generar un listado de activos y su categorización) como interpretativo, utilizando y generando un modelo teórico específico para el tema de salud identificado. La decisión sobre la manera en la que se van a presentar los activos para la salud identificados le va a corresponder a los coordinadores del proyecto, procurando que dicha presentación sea lo más práctica y aplicable posible, de forma que facilite las fases posteriores (sobre todo para la fase de conexiones y dinamización de activos). El uso de Tecnologías de la Información, sistemas de localización, los dispositivos móviles, las redes sociales y las nuevas técnicas de mapeo facilitan la construcción de mapas y su inclusión en plataformas digitales.

Etapa 4. Difusión (visibilización) de los activos para la salud.

La planificación de la difusión debe cumplir con dos criterios fundamentales: la equidad (incluyendo la perspectiva de género y otros aspectos interseccionales) y la accesibilidad para el contexto que se está analizando, ya que no tiene sentido desarrollar un proyecto de activos para la salud que no repercute directa y positivamente sobre el entorno en el que se lleva a cabo. Para ello, es necesario realizar un plan de comunicación que incluya todas las herramientas disponibles y accesibles (como las

redes sociales) para generar un efecto de apoyo e implicación (“advocacy”) de las personas participantes y les aproxime a la promoción de activos en su entorno.

Etapa 5. Conexiones y dinamización de activos

Esta es la fase en la que se encuentran más cercanos y complementarios los modelos de déficit con el de activos, ya que es el momento en el que se deben conectar los diferentes tipos de respuesta para desarrollar acciones que atiendan a las necesidades y propuestas de salud, detectadas en las fases anteriores de desarrollo del proceso de activos.

Etapa 6. Evaluación

Etapa imprescindible y significativa en este modelo, se trata de analizar tanto el proceso como las actividades y resultados desarrollados mediante la dinamización de activos (“outcomes+outputs”) (Morgan y Ziglio, 2007). Han existido ejemplos bien desarrollados y detallados en el contexto español, con intervenciones basadas en el modelo de activos evaluadas tanto en la calidad de la intervención como en la adecuación de todo el proceso y los pasos seguidos durante el mismo (Cofiño et al., 2016).

1.3.3 Salutogénesis.

La Salutogénensis es un modelo generado a partir del análisis de las secuelas que la guerra mundial tuvo en las personas que la sufrieron y la manera en la que las personas afrontaron dichas consecuencias. El modelo Salutogénico de Antonovsky (1996) se basa en los siguientes principios:

- el bienestar y los principios de salud son los aspectos relevantes,

- el objetivo es el mantenimiento del bienestar y su incremento, y

- el planteamiento de la negatividad intrínseca de los factores estresantes es rechazado, planteándose la posibilidad de que dichos factores estresantes pudieran favorecer el desarrollo de la salud de las personas, siendo decisiva la capacidad de las personas para resolver dichos factores estresantes y sus características (Rivera de los Santos et al., 2011).

Este modelo se creó como contraposición con el enfoque salud-enfermedad, que se sustenta en el modelo tradicional patogénico, para el cual las condiciones de salud y enfermedad son mutuamente excluyentes. El modelo salutogénico, frente al tradicional enfoque occidental patogénico, plantea la salud como un continuo salud-enfermedad. Dentro de este continuo, el modelo identifica dos extremos: el bienestar (salud) y el malestar (enfermedad). Para este modelo, la realidad es que nunca se encuentra un organismo vivo en los polos de este continuo, ni en la salud total ni en el estado completo de enfermedad (Rivera de los Santos et al., 2011). Así, el objetivo no debe ser identificar si la persona está sana o enferma, sino en qué punto del continuo salud-enfermedad se encuentra la persona. Para este modelo, la salud no puede ser considerada como un estado de equilibrio pasivo, sino como un proceso inestable, que implica una autorregulación activa y dinámica. Según este enfoque, el principio básico no debería ser el equilibrio y la salud, sino el desequilibrio, la enfermedad y el sufrimiento. Fundamentalmente, la desorganización y la tendencia hacia la entropía se encuentran en todos los sistemas de forma que el organismo humano, como sistema, ni puede ser ajeno a estos principios. La inclusión en el corpus teórico del principio de "entropía" se plantea como la manera de expresar la tendencia de los seres humanos a perder su organización interna, además de contar con la capacidad para volver a ordenarse (Antonovsky, 1996). En el ámbito de la salud, la entropía se define como en

continua recreación, entendiendo además la pérdida de la salud como un proceso natural e inevitable. En este sentido, el estrés y la desorganización de nuestros entornos se entienden no cómo realidades objetivas, sino como experiencias subjetivas cuya percepción depende de mecanismos internos y externos y cuya respuesta va a ser diferente en función de dicha percepción (Rivera de los Santos et al., 2011).

Como conceptos fundamentales, el modelo salutogénico utiliza los Recursos Generales de Resistencia y el Sentido de Coherencia (Antonovsky, 1996). Los Recursos Generales de Resistencia (RGRs), en la definición de Antonovsky, representan factores biológicos, materiales y psicosociales que facilitan la percepción de las personas sobre cómo llevar una vida coherente, estructurada y comprensible. Dentro de los Recursos Generales de Resistencia, los más habituales son: el dinero, el conocimiento, la experiencia, la autoestima, los hábitos saludables, el compromiso, el apoyo social, el capital cultural, la inteligencia, las tradiciones y la visión de la vida. Es más sencillo hacer frente a los problemas y desafíos de la vida cuando se tienen dichos recursos y oportunidades a disposición. Además, dichos recursos favorecen la construcción de experiencias coherentes de vida para las personas.

A pesar de esto, en el modelo se explicita que la importancia no está tanto en poseer estos recursos sino en aprovecharlos, lo que Antonovsky denominó Sentido de Coherencia (SOC) (Sense of Coherence), que se convirtió en el concepto clave del modelo salutogénico. Este SOC se compone de tres componentes clave: la comprensibilidad (componente cognitivo), la manejabilidad (componente instrumental o de comportamiento) y la significatividad (componente motivacional). Por consiguiente, el SOC representa la percepción sobre la capacidad para afrontar cualquier situación en cualquier contexto ante cualquier dificultad. En contraposición con el modelo patogénico, este SOC es dinámico, no rígido, por lo que se construye alrededor de unas

estrategias variables y flexibles, no en torno a un conjunto fijo de estrategias a dominar (Rivera de los Santos et al., 2011).

1.4 Aspectos Psicosociales de las Adicciones.

Por aspectos psicosociales de las adicciones entendemos aquellos factores que se derivan claramente de la interacción entre los diferentes aspectos de la conducta personal y los factores ambientales, sociales y culturales. Esa interacción entre factores es la razón por lo que en este apartado se incluirán aspectos económicos, formativos, de sistema social, laborales y puramente contextuales.

Según los datos del Observatorio Español sobre Drogas y Toxicomanías, las sustancias más utilizadas por la población española (tanto jóvenes de 14 a 18 años como personas mayores de edad) son las que presentan mayor visibilidad y menor percepción de riesgo por las personas encuestadas (OEDT, 2018; OEDT, 2019). Parece existir una influencia social en el uso de drogas, especialmente en el ámbito de la socialización secundaria. Sobre esta influencia social, se utiliza habitualmente la definición de grupo social, como el colectivo que presenta diferencias con otros, tanto en su cultura como en su estilo de vida y/o sus usos y costumbres (Young, 1990). Este concepto de grupo social se relaciona con la denominada "identidad social" (Jenkins, 1996), que se puede componer tanto de una identidad nominal como de una identidad real. En este sentido, "adicto" o "drogodependiente" son meras etiquetas/identidades nominales que en muchas ocasiones no son aceptadas por las personas a las que se dirige la etiqueta. En ocasiones, estas etiquetas pueden ser una fuente de discrepancias, conflictos, estereotipia o imprecisión (como está sucediendo con los diversos usos del término "adicción", en los casos de "adicción al sexo", "adicción a las series" o "adicciones tecnológicas"). Estas identidades se mantienen estables en los contextos sociales, siendo

muy difíciles de eliminar, además de cambiar o sustituir. La identidad social "adicto" o "drogadicto" sigue basándose en estereotipos y arquetipos de finales del siglo XX y la identidad social "adicto" en países como España, Italia, Croacia, Bélgica, Suecia y Reino Unido sigue vinculada al consumidor de drogas ilegales, sobre todo como reminiscencia de la Epidemia de la Heroína que atravesó Europa en los 70 y 80 (Laespada e Iraurgi, 2009).

1.4.1 La intervención psicosocial.

Las personas que presentan problemas relacionados con las adicciones se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad para sufrir riesgo de exclusión social (APH, 2015; 2018), con una gran diversidad de perfiles psicosociales en riesgo (EMCDDA, 2017). Cuando se habla de "intervención psicosocial", suele referirse a algún tipo de intervención multidisciplinar en los que se pueden relacionar actividades y modelos teóricos y prácticos procedentes de la Psicología Clínica y la Psicología Social, además de la Antropología, la Sociología, la Pedagogía Social, la Medicina (en los últimos años, especialmente la Psiquiatría infanto-juvenil) y el Trabajo Social, entre otras (López Cabanas, Cembranos, y Casellas López, 2017). El papel de la intervención psicosocial puede ser destacado en actuaciones en materia de promoción de la salud comunitaria (Gurung, 2010), intervención directa con grupos de riesgo, integración social, desarrollo de redes de apoyo social (Barrón, 1996) y, desde un enfoque multifactorial, en cualquier tipo de tratamiento y prevención en drogodependencias y adicciones. Su contribución puede ser decisiva en la detección precoz, la intervención temprana, el abordaje inicial, la derivación a recursos especializados (o atención desde ellos), la integración sociolaboral y la coordinación y seguimiento desde los distintos equipos sociales y de salud, siempre desde la comunicación continua con la persona usuaria, teniendo en cuenta las necesidades individuales y tratando de favorecer el

desarrollo de cada paciente (Herrera-Arce et al., 2003). Se utiliza esta metodología de trabajo y la participación de los diferentes profesionales para favorecer el seguimiento de la persona usuaria y la coordinación entre redes y otros recursos comunitarios. En esta línea, se desarrolla el denominado abordaje integral de la adicción, combinando las intervenciones de las diferentes redes implicadas y mejorando el acceso, la derivación y el seguimiento mediante protocolos de actuación conjunta (Molina et al., 2015).

El término «intervención psicosocial» en el ámbito del abuso o dependencia de drogas, hace referencia a una serie de actuaciones dirigidas a reducir o mejorar los problemas asociados al uso de drogas (EMCDDA, 2017). Según el Observatorio Europeo sobre Drogas y Adicciones, los programas de intervención de drogodependencias y adicciones deben adecuarse, tanto a población general como a los subgrupos de riesgo, para poder ser considerados como respuestas sanitarias y sociales adecuadas (EMCDDA, 2017) (Ver tabla 1).

Tabla 1

Subgrupos de riesgo según el EMCDDA (2017).

Subgrupos EMCDDA (2017)	**Características**
Consumo problemático de opioides y/o policonsumo	Personas mayores de 40 años con problemas sociosanitarios
Mujeres que presentan problemas relacionados con las drogas	Violencia sufrida, tráfico y/o explotación sexual.
Jóvenes vulnerables	Presentan problemas relacionados con las conductas adictivas y otras conductas de riesgo
Familias.	Familiares de personas con problemas relacionados con las conductas adictivas

Estas actuaciones incluyen desde acciones informales (como conversaciones no intrusivas entre el adolescente que utiliza drogas y familiares o profesionales), hasta intervenciones formales, como los tratamientos cuyo objetivo es la abstinencia completa

o el descenso del consumo, tanto residenciales como ambulatorios, además de los programas de prevención selectiva o indicada (que son los que se definen como programas de intervención temprana). Es importante entender, cuando se habla de grupos de riesgo e intervenciones, que los consumidores de drogas no son un grupo homogéneo en cuanto a su preparación o disposición para dejar su consumo (Laespada e Iraurgi, 2009). El objetivo de este enfoque es doble: por una parte, se pretenden potenciar modelos de intervención basados en evidencia científica (**"**evidence based practices" o como hemos mencionado anteriormente, "data based practices"), contrastables, replicables y evaluables, y por otra parte, se pretenden evitar modelos unitarios, reduccionistas, estáticos y que no se adapten a la evolución de los diferentes problemas con las conductas adictivas, ya que el fenómeno va evolucionando a través del tiempo (Bumbarger y Campbell, 2011).

1.4.2 Apoyo social y adicciones.

El "apoyo social" ya ha sido mencionado en diferentes modelos como un factor fundamental e interconectado con la aparición, el mantenimiento y la consolidación (o la recuperación) de los trastornos adictivos. Se define el "apoyo social" como el conjunto de "provisiones instrumentales y/o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y relaciones íntimas" (Lin, Dean y Ensel, 1986, p.22). Esta definición incluye "todas las transacciones de ayuda (emocional, informacional y material) que recibimos tanto de nuestras redes informales, íntimas, como de otros grupos sociales y de la comunidad global, incluidas las transacciones reales, así como la percepción de las mismas y la satisfacción con la ayuda recibida" (Barrón, 2006, p.131).

El apoyo social se refiere a la experiencia de ser valorado, respetado, cuidado y amado por otros que están presentes en la vida de uno (Gurung, 2010). Hay diversas

experiencias y estudios que argumentan que el apoyo social es un factor que correlaciona entre un problema y su recuperación, como sucede con la enfermedad mental, el cáncer y sus tratamientos o las conductas adictivas (Uchino, 2004). Implica también un componente de reciprocidad, ya que la persona que recibe ayuda en un momento, se convierte en agente de ayuda en otro diferente, en función de la etapa de desarrollo en la que se encuentre. El apoyo social, de esta manera, se entiende como un fenómeno sistémico, en el que todo el sistema genera capacidad de respuesta al problema y todos los nodos del sistema pueden empoderarse de los mecanismos de conexión y aprendizaje social. El apoyo psicosocial aplicado a los tratamientos de conductas adictivas (UNODC y WHO, 2020; UNODC, 2012) se basa en tres dimensiones: estructural, funcional y contextual (ver tabla 2). Es en este campo en el que se contempla el sistema familiar como principal estructura social de apoyo, debido a la influencia que tiene en el desarrollo personal y social de la persona en nuestro contexto. Especialmente en las etapas tempranas, la familia es un agente básico tanto de cobertura de necesidades como de conexión con el contexto social y cultural para favorecer la integración social o la realización personal. El papel de la familia en este aspecto ha ido variando en el tiempo, especialmente desde la aparición en la década de los años cincuenta de la "metodología de la construcción teórica" (Becoña y Cortés, 2010). Desde ese modelo teórico, el rol de la familia como agente social y su nivel de participación ha ido integrándose en la investigación social, entendiendo la familia como un constructo social que comparte una experiencia de vida (Gimeno, 1999). El modo de analizar el entorno familiar ha sido diverso: desde su papel como sistema de relaciones, funciones de apego y cobertura de necesidades hasta la consideración como estructura social primaria, agente socializador, transmisor de cultura (incluyendo la transmisión de valores), sistema de solución de problemas y toma de decisiones. Hoy

día no existen dudas sobre la influencia y relevancia de la familia como fuente de apoyo social, tanto en el bienestar y la calidad de vida como en el equilibrio de cualquier persona, tanto por la presencia de la familia como por la ausencia de estructura familiar. Es fundamental el abordaje de la problemática con las estructuras sociales primarias para poder proponer una integración social y laboral para las personas con problemas con las conductas adictivas. Las estrategias de intervención son variadas, desde modelos sistémicos a los basados en soluciones (Becoña y Cortés, 2010).

Tabla 2

Dimensiones del apoyo social (UNODC, 2012).

Dimensión	**Características**
Dimensión estructural	Incluye temas sobre el tamaño de la red de apoyo, la densidad, la reciprocidad y la relación entre los componentes (la evaluación de la estructura se basa en indicadores sociodemográficos, o análisis de nodos y redes, entre otros aspectos).
Dimensión funcional	Tiene que ver con aspectos emocionales, materiales, instrumentales como apoyo real, apoyo percibido, factibilidad y satisfacción con el apoyo
Dimensión contextual.	Está interesada en las identificaciones de los participantes en el apoyo social, el momento de apoyo y la percepción subjetiva

1.4.3 Los programas basados en Recuperación: el concepto "Recovery".

Al realizar un análisis que vaya más allá de los aspectos terapéuticos y clínicos de los tratamientos de adicciones, los programas de recuperación (especialmente los centros basados en las comunidades terapéuticas) muestran una estructura social de lazos, vínculos y afectos, incluyendo un sistema normativo, jerárquico y funcional, similar al de otros sistemas sociales. Dentro de estos programas, el proceso de reglas y normas definidas se puede entender como un escenario de intervención, en el que se integran diferentes elementos como son los estereotipos, arquetipos, miedos, traumas,

actitudes, prejuicios, etiquetas, convivencia, relaciones sociales, ambiente y/o vínculos. Dichos elementos se identifican con las categorías que componen esta estructura social de los programas de recuperación, en las que se integran tanto aspectos psicológicos y sociales, como los factores morales y emocionales.

En estos programas basados en Recuperación se facilita el intercambio (entendido como reciprocidad), utilizando el concepto de "apoyo social" (Uchino, 2004), por lo que dar/recibir/devolver en proporción se convierte en uno de los requisitos fundamentales (incluso como norma expresa o tácita) dentro de las dinámicas de actuación. La diferencia en este caso es que el compromiso se hace de mutuo apoyo o prestando ayuda mutua, en una dinámica de apoyo social que se plantea como una forma de vida temporal dentro del programa. De esta forma, dicho apoyo se convierte en un mecanismo de aprendizaje de emociones sociales, mediante el cual se buscan explicaciones que sean relevantes en este aprendizaje social y la forma en que facilite la resolución de problemas dentro del grupo (Elster, 2001).

La persona en recuperación adquiere de esta manera una nueva identidad, la de "adicto en recuperación" (Korstanje, 2008), que se convierte en un paso intermedio entre el aislamiento del adicto y la reincorporación al contexto social, para el cual se va a desarrollar una especie de prueba piloto durante la primera etapa de la recuperación dentro de un nuevo ambiente con nuevas normas y reglas (Elster, 2001). Una vez completado este pilotaje, se pasa a la identidad "recuperado", utilizando algún tipo de ritual de ciclo vital, siguiendo el esquema de los rituales de Victor Turner (Korstanje, 2008). De forma deliberada, en estos pasajes se deben integrar complicaciones y obstáculos, incluso pudiendo entenderse la recaída como uno de estos obstáculos, considerada la recaída como una vuelta al anterior estilo de vida y a su antiguo grupo de pertenencia; y posteriormente el ritual de aflicción, el cual se complementa con uno de

pasaje (o crisis vital), donde el protagonista es resocializado para ser reintegrado en la vida social productiva (Korstanje, 2008).

El concepto, los rituales, los pasajes y la identidad "adicto en recuperación" o "adicto recuperado" se han vinculado tradicionalmente a las comunidades terapéuticas, a programas del tipo "Alcohólicos Anónimos", al Modelo Minessota y a sus grupos de ayuda mutua (Yates, 2010). Para operativizar la intervención basada en recuperación, especialmente el capital de recuperación social, es necesario fomentar y evaluar el aumento de actividades de participación social de las personas en recuperación, tanto en formación y/o empleo, acción civil, voluntariado o redes sociales, entre otras. Para algunos investigadores sobre la recuperación, aspectos como la capacidad de participación en actividades (por ejemplo el ocio y tiempo libre, especialmente ocio deportivo), son importantes debido a los factores que implica (Best, 2012):

- Identidad positiva, que incluye un sentido de autoeficacia
- Salud física y bienestar
- Redes sociales positivas
- Aprendizaje social y modelado
- Sentido de esperanza y visión positiva del futuro

El concepto Recuperación (Recovery) incluye tres elementos interconectados (Best, 2012), que se detallan a continuación:

1. Contagion/contagio: capacidad de influencia en el contexto social.

2. Connection/conexiones: para la construcción de comunidades y de la sociedad.

3. Homophily/homofilia: la tendencia a relacionarnos con personas parecidas a nosotros.

Se puede definir el Capital de Recuperación ("Recovery Capital") como la amplitud y profundidad de los recursos internos y externos que se pueden utilizar para iniciar y mantener la recuperación de problemas con el alcohol y otras drogas (Granfield y Cluod, 2001). Desde este enfoque, la recuperación estable se predice mejor sobre las capacidades recuperadas que sobre las patologías (White y Cloud, 2008). Se destacan tres fases de abordaje del Recovery Capital (RECCAP):

1. Evaluación científica y sistemática de fortalezas y necesidades.

2. Planificación de recuperación y cuidados con objetivos basados en fortalezas.

3. Vinculación asertiva a grupos y actividades de apoyo a la recuperación.

Para la recuperación, el objetivo principal implica que la persona con problemas de adicciones lleve a cabo un proceso que implique un cambio de estilo de vida tan profundo que pase de ser parte del problema a convertirse en parte de la solución (Elster, 2001). Otros autores lo definen como pasar de ser "un individuo frente a un colectivo" a "un individuo dentro de un colectivo" (Yates, 2010). Para muchas personas recuperadas, el compromiso de reciprocidad llega hasta el punto de estudiar carreras relacionadas con la psicología o el trabajo social, para luego insertarse en nuevos programas, nuevas intervenciones y/o nuevos grupos de autoayuda (Korstanje, 2008). Este pasaje es una conversión, evolucionando desde ser "víctimas" hasta convertirse en "guías" o "maestros espirituales", que ayudan a personas con problemas en su nuevo

camino (Yates, 2010). Para este tipo de procesos, es fundamental la coherencia personal y el apego normativo (Korstanje, 2008).

Para conseguir la recuperación, resulta fundamental el papel del grupo social de referencia, especialmente en la consecución del objetivo de autonomía personal que implica un proceso de recuperación de adicciones. En estos procesos, además de la abstinencia, se deben incluir elementos que relacionen la persona en recuperación con el entorno, ya sea con la familia o el grupo social de referencia, las amistades como grupo de socialización secundaria, pareja, tiempo libre, empleo/formación u otros soportes. Hay que contemplar que la evolución en el proceso de recuperación se produce con un enorme grado de incertidumbre, ansiedad, dudas sobre el resultado final, angustia y una cierta sensación de soledad (Elster, 2001) por parte de la persona en recuperación, tanto por la dificultad que implica un proceso no lineal a largo plazo, como a la carencia de un grupo estable de referencia en muchas ocasiones, más allá del grupo terapéutico (Korstanje, 2008). El objetivo de recuperación implica el desarrollo de una nueva forma de vida, lo que resulta más complejo que la presencia o ausencia de las sustancias. Una "forma de vida" se aprende y determina las actividades de la vida, al menos la mayoría de las tareas cotidianas y gran parte de las tareas aisladas. En este sentido, para las personas con problemas de adicciones las actividades de la vida han estado centralizadas alrededor de la sustancias o comportamiento adictivo, al igual que las familias han aprendido en muchas ocasiones a organizar su vida alrededor de la adicción de la persona con problemas. Para llevarlo a cabo, se dota a la persona de un repertorio conductual alternativo y de una serie de ideas alternativas que sean incompatibles con la conducta adictiva y que eviten la reaparición de la misma, incluyendo capacidades auto y heterocríticas adaptables al entorno exterior y no únicamente al contexto terapéutico. Esta definición del contexto se basa en tres

conceptos o estadios, que ofrecen diferentes grados de complejidad: el lugar primario, la situación social y el acontecimiento social (Velasco, 2004). Especialmente importantes son los acontecimientos sociales, entendidos como actividades muy concretas que presentan una estructura secuencial, que incluye aperturas y cierres bien definidos, estereotipados y reconocibles (Velasco, 2004). Para avanzar en el proceso de recuperación es fundamental la participación activa de la persona en tratamiento en dichas actividades. Como se ha expresado anteriormente, resulta fundamental en los procesos de recuperación motivar para el aumento de actividades de participación social, ya sea de empleo como relacionadas con la sociedad civil, en voluntariado y como parte de redes sociales. De esta manera se pueden explicar gran parte del desarrollo de estos programas basados en recuperación para las personas que presentan necesidades específicas, dificultades concretas con sus grupos sociales de referencia u otros enfoques concretos para su evolución (Bumbarger y Campbell, 2011).

1.4.4 Modelos teóricos que fundamentan la Recuperación.

Estos modelos ponen mayor énfasis en las actitudes, valores y estilo de vida del individuo, y en la complejidad y variabilidad de la conducta humana. En muchos sentidos, el consumo de drogas se puede entender como un patrón comportamental que permite que la persona satisfaga necesidades no cubiertas de otra manera.

Para identificar y operativizar estos patrones, se analizan de manera diferencial los tipos de consumo, las vías, los contextos, las actitudes, la variedad de efectos, los efectos esperados y el contexto social. Se estudia la conducta adictiva de una manera similar a como se analizan otros comportamientos, sobre todo utilizando un análisis de la conducta social, fundamentalmente recurriendo a los conocimientos acumulados por la Psicología Social, especialmente los de la Psicología Social de la Salud (Rodríguez y Neip, 2008).

Existen una serie de principios sobre las conductas adictivas y su conexión social (ver tabla 3), que clarifican la aceptación de este enfoque en el análisis del problema (Vega, 1992). La intervención se debería llevar a cabo desde una perspectiva que contemplara conjuntamente al individuo y al contexto social, tanto en su desarrollo personal, su equilibrio y su madurez, como en la repercusión de su comportamiento en su contexto social inmediato -familia y grupo de iguales-, dejando en este caso de lado (concretamente) los factores macrosociales.

Tabla 3

Principios del consumo de sustancias (Vega, 1992).

Principios	**Explicaciones comportamentales**
El consumo de sustancias tóxicas varía sus pautas entre individuos diferentes, entre grupos diferentes y en situaciones o momentos distintos de un mismo individuo.	Un comportamiento satisface siempre alguna función física, psíquica o social, pues de lo contrario, tendería a desaparecer.
No existen relaciones simples de causa-efecto, al contrario, existen muchos factores interrelacionados de una manera compleja.	Todo comportamiento se produce y toma sentido en un determinado contexto social.
La información no influye necesariamente en el comportamiento. La información tendrá valor en la medida que se relacione con unas creencias, actitudes, valores, estilos de vida y comportamientos significativos.	Las creencias y percepciones sobre la realidad motivan el comportamiento humano en esa realidad.

1.4.4.1 Modelo de Salud Mental de Warr.

El modelo General de Salud Mental de Warr (1987, 1990) es un modelo teórico y comprensivo que se basa en el estudio del efecto combinado con diversas variables (ambientales, individuales, sociodemográficas y de salud mental general). El modo en el que las variables ambientales afectan al bienestar psicológico se denomina patrón de Efecto Constante o de Decremento Adicional. Para este modelo, la salud mental se compone de bienestar afectivo, competencia personal, autonomía, aspiración y funcionamiento integrado. De esta forma, la salud mental es el resultado de la

interacción de la persona y el medio y del bienestar o malestar que esta interacción produce. Las características del medio que se consideran determinantes para la salud mental en el modelo de Warr (1987 son:

1. Oportunidad para ejercer control sobre el medio
2. Oportunidades para la utilización y el desarrollo de los conocimientos y capacidades personales, existencia de objetivos generados en el medio
3. Oportunidades para el desarrollo de relaciones interpersonales
4. Variedad
5. Seguridad física
6. Disponibilidad económica
7. Posición social valorada
8. Claridad ambiental (vs. ambigüedad)

En relación con los componentes de la salud mental, el modelo identifica cinco componentes principales, que deben ser considerados como un continuo (Warr, 1987). A continuación, se indican los componentes:

1) Competencia: refleja el grado en que la persona tiene ciertos recursos (emocionales, cognitivos o psicomotores) adecuados para soportar las presiones y exigencias del entorno;

2) Aspiración: señala en qué medida la persona presenta algún tipo de motivación, tiene apertura a nuevas oportunidades y cómo intenta alcanzar metas o desafíos relevantes;

3) Interdependencia: evalúa hasta qué punto la persona combina los comportamientos de independencia en relación con el grupo, evitando polarizaciones y extremismos poco adaptativos;

4) Bienestar psicológico: alude al estado emocional de la persona, más que a los aspectos comportamentales a los que se referían los tres componentes previos;
5) Funcionamiento integrado: hace referencia a cómo la persona integra los otros cuatro componentes de la salud mental.

Originalmente, el modelo planteaba el bienestar psicológico como un continuo bipolar, situando los sentimientos de bienestar en un extremo y los sentimientos de malestar en el extremo opuesto (Warr, 1990). Posteriormente se defendió en el modelo un enfoque bidimensional (Warr, 1996), que mostraba la existencia de dos dimensiones ortogonales («placer» y «activación») en la estructura de las emociones y del humor.

1.4.4.2. Modelo de Causación Social.

Como alternativa a los modelos clínicos en salud mental, especialmente para evitar el determinismo habitual tanto en la evaluación como en el tratamiento de los problemas de salud mental, se plantea este modelo de Causación Social. Tal y como señalan Mirowsky y Ross (1989, p. 207), "l*os problemas psicológicos son reales, pero no son entidades… No son algo que está enteramente presente o enteramente ausente, sin matices entre ambos polos*". Dentro de este modelo, se integran diversos mediadores psicológicos y psicosociológicos para evidenciar la relación entre posición social y salud mental. Según este modelo, intervienen tres factores:

- En primer lugar, el factor del autoritarismo, que implica una visión del mundo basada en la tradición y la autoridad como las guías fundamentales del comportamiento. Este factor señala la existencia de cierta rigidez cognitiva (definida como una tendencia a favorecer ciertas formas muy concretas de afrontamiento en la práctica totalidad de las situaciones problemáticas) y una cierta desconfianza interpersonal (entendida como el hábito de interpretar normalmente en términos negativos las intenciones y comportamientos de los demás).

-En segundo lugar, el factor de la desigualdad percibida, consistente en una percepción de ausencia de proporcionalidad entre lo que la persona aporta y las recompensas recibidas, especialmente en sus relaciones con los demás.

-En tercer lugar, la alienación supone un cierto tipo de relación entre el individuo y su colectividad, de manera que todos los ámbitos de su vida aparecen expuestos a un sentido de extrañamiento (Sánchez, Garrido y Álvaro, 2003). Mirowsky y Ross (1989) pretenden explicar con su modelo las diferencias en Salud Mental de diferentes grupos sociales.

Este modelo se considera un modelo de causación social porque señala que el bienestar y el deterioro psicológicos tienen su origen en aspectos estructurales, que están presentes en la sociedad. Definir el modelo como "causación social" no pretende sugerir la inexistencia de procesos inversos, sino evidenciar la existencia de procesos a través de los cuales el deterioro de la salud mental supone tener unas mayores probabilidades de descenso en la posición social que se ocupaba con anterioridad. De esta forma, no es necesario negar la hipótesis de selección social para defender la hipótesis de causación social (Sánchez, Garrido y Álvaro, 2003).

1.4.4.3 Modelo CHIME: Marco de Elementos de Apoyo Psicosocial para la Recuperación Personal.

El modelo CHIME (Leamy et al., , 2011) es un modelo basado en la Recuperación/Recovery, muy estudiado en universidades como Gante y Derby (Best, 2012; Vanderplasschen, 2017), que se basa en dos variables psicosociales: el apoyo social percibido y el aprovechamiento que hacemos las personas de los recursos y capacidades disponibles. CHIME es el acrónimo de los diferentes recursos que contempla en modelo:

- Conectedness (Conexión y redes de apoyo social)
- Hope (Esperanza/Motivaciones)
- Identity (Identidad social y personal)
- Meaning (Significado que le da la persona a esta red de apoyo social)
- Empowerment (Empoderamiento/competencias personales y sociales)

Para lograr estos objetivos es necesario:

1. Orientarse hacia la promoción de la recuperación en lugar de eliminar la enfermedad.
2. Basarse en las propias metas y aspiraciones de la persona.

3. Articular el rol de la persona y el papel de otros (persona de apoyo) para ayudarla a alcanzar sus propios objetivos.

4. Centrarse y trabajar las capacidades, fortalezas e intereses de la persona.

5. Hacer hincapié en el uso de los recursos de la comunidad en lugar de recursos o programas segregados.

6. Permitir la incertidumbre, los retrocesos y los desacuerdos como pasos inevitables en el camino hacia una mayor autodeterminación.

Es un modelo optimista, en el que las personas con problemas de salud mental no necesitan estar “curadas” para llevar una vida productiva, plena y significativa. Es un enfoque menos jerarquizado donde profesionales, personas afectadas y familiares trabajan en colaboración. Tiene en cuenta a la persona en su contexto familiar, social y cultural.

1.4.4.4 Modelo de Planificación centrada en la Persona/PCP.

El modelo de Planificación centrada en la Persona (O´Brien y O´Brien, 2003) toma en consideración tanto los principios de normalización como la valorización del rol social al diseño de servicios, para alcanzar «cinco logros esenciales»:

1. Presencia en la comunidad, es decir que sean servicios accesibles y que se encuentren próximos a la población.

2. Elección, ofrecer a las personas la opción de elegir el tipo de intervención que recibirá, permitiendo que puedan participar en los procesos de toma de decisiones que les afectan (como, por ejemplo, que en el caso de que a una persona que no dispone de lugar de residencia fijo, se le permita elegir qué modalidad de alojamiento ofertado por los servicios sociales se adecúa mejor a sus características).

3. Competencia, la experiencia de adquirir nuevas habilidades y participar en actividades significativas con el apoyo necesario (Aujoulat, d'Hoore y Deccache, 2007).

4. Respeto, implica la consideración de un ciudadano de pleno derecho que hace un uso racional de los recursos públicos o privados destinados a mejorar la calidad de vida de la población.

5. Participación comunitaria, que lleva asociada el estrechamiento de vínculos con miembros de la comunidad, vecinos y conocidos (Bovaird, 2007).

Sobre estos cincos principios se diseña el modelo de Planificación centrada en la Persona/PCP, cuyo objetivo es la integración plena de todo individuo en sociedad y evitar el individualismo en la acción social (O´Brien y O´Brien, 2003).

1.4.4.5 Modelo de competencias/Life skills.

El Modelo de Competencia (Botvin, 1994) implica que la salud, el bienestar o el ajuste de las personas no son estados cuya integridad haya que proteger cuidadosamente para que no se extralimiten hacia lo "patológico", sino más bien repertorios de habilidades susceptibles de ser aprendidas, y cuyo aprendizaje puede y debe ser promocionado. Se basa en el derecho que toda persona tiene de poder desarrollar competencias o habilidades que le capaciten para prevenir y resolver problemas y manejar el estrés de una manera adecuada (Costa y López, 1982). Para este modelo, las personas disponen de destrezas y habilidades propias que, cuando se potencian estas habilidades, facilitan el desarrollo y la incorporación social de las personas. Las variables que contempla este enfoque se presentan en la tabla 4 (Botvin, 1994).

Siguiendo con la lógica de este modelo, el papel del profesional consiste en facilitar los recursos teóricos y técnicos para el desarrollo de las capacidades de las personas, de un equipamiento de competencia o "ciencia personal" de habilidades de resolución de problemas (habilidades de observación y/o de planificación) para que cada persona se convierta en agente activo de su propia salud, y contribuya, de manera activa y cooperativa, a promocionar la salud en el ámbito de la comunidad en que vive, además de ser capaz de resolver sus problemas, y prevenirlos. Actualmente, el desarrollo de diferentes intervenciones basadas en el desarrollo de competencias, habilidades y capacidades personales (sobre todo, emocionales y/o sociales) ha popularizado este enfoque, aunque se debe mencionar que la popularización de algunos de estos términos ha restado algo del rigor técnico y metodológico que tenía en la década de los 90, cuando era uno de los modelos referentes de la prevención de conductas adictivas (Becoña, 1999).

Tabla 4

Variables en el modelo de Competencias (Botvin, 1994).

Variables	**Características**
Variables conductuales	Hacen referencia sobre todo a conductas y destrezas concretas, observables y operativas que pueden ser aprendidas
Variables cognitivas	Las fases para la resolución de conflictos. El conocimiento social. La adopción de perspectiva del otro ("role-taking"). Las atribuciones. Las metas. Las creencias de la legitimidad de una acción. El autoconcepto. Las expectativas.
Variables afectivas	La expresión, comprensión y regulación afectiva. Variables temperamentales como la frecuencia, intensidad y estabilidad o inestabilidad emocional. La empatía.
Variables contextuales	Papel relevante que juega el contexto, teniendo en cuenta a los diversos agentes de socialización: familia, ámbito laboral, red social, así como el «macrosistema», es decir, el conjunto de características de la cultura, definida por su sistema de valores.

1.4.4.6 Modelo de empoderamiento/Empowerment de las Personas y los contextos.

Empoderamiento o Potenciación (empowerment), es un concepto relacionado tanto con la determinación individual sobre la propia vida, que en el modelo se denomina "autodeterminación", como con la participación activa en la vida de la comunidad, utilizando estructuras mediadoras intermedias como puedes ser el movimiento asociativo, las organizaciones formativas y académicas, las agrupaciones vecinales y similares (Hombrados y Domínguez, 2007). Se puede entender el empoderamiento como un proceso complejo de intervención que busca la consecución de unas metas estratégicas:

1. Facilitar una experiencia de dominio y control sobre la propia vida en la iniciación y sostenimiento de las elecciones, decisiones y acciones que conducen al cambio y en relación con el acceso equitativo al uso de oportunidades y recursos de apoyo personales y del contexto.

2. Potenciar el aprendizaje, desarrollo y fortalecimiento de las capacidades de afrontamiento y competencias (en contraposición con los modelos centrados en las disfunciones y las deficiencias).

3. Promover factores de protección frente a factores de riesgo y fuentes de estrés, y factores de recuperación de las crisis y la adversidad

4. Potenciar los recursos personales y de los contextos y redes de apoyo social, su disponibilidad, accesibilidad, competencia y validez (Hombrados y Domínguez, 2007).

La tabla 5 presenta un resumen de los modelos revisados en función del ámbito de intervención. Los modelos revisados se desarrollan en ámbitos comunes de intervención, integrando factores de desarrollo personal como competencias, habilidades y capacidades, con aspectos del contexto social y ambiental, tal y como se ha definido al hablar de los factores psicosociales y los problemas derivados de las conductas adictivas.

Tabla 5
Resumen de los modelos teóricos de Recuperación de adicciones.

Modelo de Recuperación	**Ámbito de la intervención**
Modelo de Salud Mental (Warr, 1987)	Salud Mental
Modelo de Causación social (Mirowsky y Ross, 1989)	Salud Mental y Contexto Social
Modelo CHIME (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams y Slade, 2011)	Apoyo psicosocial para la recuperación personal
Modelo de Planificación centrada en la Persona/PCP (O´Brien y O´Brien, 2003)	Personas sin hogar, servicios sociales comunitarios
Modelo de competencias/ ”Life skills” (Botvin, 1994)	Desarrollo personal en general
Modelo de empoderamiento (“Empowerment”) de las Personas y los contextos (Hombrados y Domínguez, 2007)	Desarrollo personal y social

CAPÍTULO 2. SITUACIÓN ACTUAL DE LA RECUPERACIÓN DE ADICCIONES: CONCEPTOS Y TEORÍAS.

2.1 La Ciencia de la Recuperación.

El modelo Recovery se ha utilizado desde hace décadas para mejorar la rehabilitación de personas con problemas de adicciones. Además de conseguir este objetivo, uno de los efectos no esperados positivos del modelo ha sido su capacidad para aumentar el apoyo social y mejorar la recuperación, tanto en la reducción de situaciones de riesgo por enfermedades mentales y/o consumos de drogas y los problemas asociados (especialmente delincuencia y emergencias sociosanitarias) como para mejorar la convivencia y participación ciudadana (Best, Bliuc, Iqbal, Upton y Hodgkins, 2017). Se trata de desarrollar modelos de intervención comunitaria, basados en la evidencia científica, aplicados a la recuperación de las personas que presentan problemas con las conductas adictivas y que permita un retorno social de la inversión entendido como la mejora de las capacidades y la convivencia en el entorno donde se produce la intervención (Bumbarger y Campbell, 2011). Ciudades como Gante (Bélgica), Goteborg y Estocolmo (Suecia), Berlín (Alemania) y Glasgow (Escocia) ya están utilizando este planteamiento de las “Recovery cities” con resultados positivos, tanto en la reducción de situaciones de riesgo por consumos de drogas y los problemas asociados (especialmente delincuencia y emergencias sociosanitarias) como por la mejora en la convivencia y la participación ciudadana (Best, Bliuc, Iqbal, Upton y Hodgkins, 2017).

En la actualidad, el concepto Recovery se ha reintegrado dentro de los ejes principales de la intervención psicosocial de las adicciones (Goethals, Vanderplasschen y Vandevelde, 2012), relacionado con programas de empoderamiento para la rehabilitación y la integración social de las personas con problemas de adicción (López-Goñi et al., 2010). Esta reintegración se ha producido tanto a nivel técnico como a nivel

político (Best, Grushkova y White, 2012), potenciando los programas estructurados y validados basados en la recuperación dentro de las redes públicas de intervención de adicciones (Vanderplasschen, Vandevelde y Broekaert, 2014).

La evaluación de los programas basados en la Recuperación (De Leon, 2007; Yates, 2010), ha sido fundamental en esta reintegración. Estos programas estaban tradicionalmente identificados con el modelo de la Comunidad Terapéutica/CT (DeLeon, 2007; Autrique, Pearce y Vanderplasschen, 2015; López-Goñi et al.,2010) para posteriormente verse ampliados hacia otro tipo de intervenciones psicosociales basadas en el empoderamiento, la capacitación, la participación activa en las actividades del contexto social y la reciprocidad de la ayuda de los participantes.

Los factores psicosociales implicados en el abuso de sustancias se pueden dividir en tres grupos (United Nation Office for Drugs and Crime, 2012): estructural, funcional y contextual. La dimensión estructural, incluye aspectos como la red social de apoyo, la densidad o reciprocidad del apoyo y la interacción entre componentes de la red. La evaluación estructural, se basa en indicadores sociodemográficos o análisis de la red social. La dimensión funcional, analiza factores emocionales y otros aspectos como apoyo real percibido, accesibilidad a recursos o satisfacción con el apoyo recibido. Finalmente, la dimensión contextual se interesa por el apoyo social de los participantes, los momentos de apoyo (sobre todo mientras están en tratamiento) y la percepción subjetiva. El apoyo familiar, entendido como la estructura social primaria de soporte, se considera como fundamental en esta área (Becoña y Cortes, 2010). En términos de tratamiento, la recuperación se ha identificado con las comunidades terapéuticas (De Leon, 2007), pero no tienen lugar únicamente en este tipo de programas. Actualmente existen diversos tipos de programas específicos de recuperación para el abuso de sustancias (Vanderplasschen, et al., 2013).

Previamente se ha definido el RECCAP y su influencia en la recuperación de las personas con problemas de adicciones y el modo en que ayuda al mantenimiento de un estilo de vida incompatible con el consumo de drogas y otras conductas adictivas. Se entiende como el resultado de evaluar los recursos personales y sociales disponibles para alcanzar la abstinencia a largo plazo, además de los factores comunitarios que influyen en dichos recursos (Best y Aston, 2015). RECCAP tiene su origen en el concepto de "capital social", definido como las conexiones entre redes personales/sociales y las normas de reciprocidad y confianza que emanan de dicha conexión (Putnam, 2000). Se destacan dos tipos básicos de capital social: vinculación o 'bonding' y conexión o 'bridging'. "Bonding social capital" está conectado con el apoyo emocional y social, incluyendo la reciprocidad que se genera entre grupos similares y comunidades." Bridging social capital", hace referencia a la información compartida y la conexión generada entre las redes y los recursos (Putnam, 2000). Tal y como sostienen Groshkova y Best, hay aspectos clave relacionados con el 'recovery capital' que resultan necesarios para conectarlo con las áreas de recuperación personal, social y comunitaria (Groshkova y Best, 2011).

Se puede dividir este "Recovery capital", en diferentes tipos (Best, 2012):

- Personal Recovery Capital: alude a las capacidades y competencias personales que se recuperan/ potencian durante el proceso de rehabilitación, prestando especial importancia a los factores emocionales (Aujoulat, d'Hoore, y Deccache, 2007).

- Social Recovery Capital: refleja el impacto que presenta la recuperación de una persona con problemas de adicción en los grupos sociales de referencia, sobre todo familia y redes sociales (Bahr, Hawks y Wang, 1993).

- Collective Recovery capital: considera el impacto que genera en un contexto social, la recuperación de personas con problemas de adicción, teniendo en cuenta especialmente el balance coste/beneficio que supone. Al hablar de beneficios, se debe hacer mención tanto a los beneficios económicos directos derivados de la reintegración sociolaboral de una persona como a la reducción de costes derivados por la salida de una persona del circuito asistencial, jurídico-penal, de emergencia sanitaria. Para calcular este balance coste/beneficios, se contemplan todas las inversiones realizadas durante el proceso de Rehabilitación (inputs) y se hace el balance con los beneficios recibidos durante y después de dicho proceso (outputs). Al hablar de beneficios, se debe hacer mención tanto a los beneficios económicos directos derivados de la reintegración sociolaboral de una persona como a la reducción de costes derivados por la salida de una persona del circuito asistencial, jurídico-penal o de emergencia sanitaria (MacGregor, 2012).

Respecto a la incorporación de manera estructurada de la recuperación en dichas intervenciones psicosociales, se va a utilizar de nuevo el concepto del "Recovery Capital" o RECCAP (White y Cloud, 2008). Para la identificación del RECCAP se reconocen tres fases: (1) evaluación del apoyo y programas de intervención breve (SBI); (2) evaluación de la base de partida y de la evolución del capital de recuperación; y (3) identificación de los niveles de capital de recuperación para determinar las decisiones sobre objetivos y cuidados (White y Cloud, 2008). Para comprender la relevancia del capital de recuperación, es necesario analizar situaciones individuales y las necesidades sociales, psicológicas y de salud (Boyle y Johnstone, 2014) de las personas con patrones de riesgo de consumo de sustancias que entran en la categoría "adictos en tratamiento" (EMCDDA, 2017). Groshkova, Best y White (2012) presentaron la Evaluación del Capital de Recuperación (ARC) para evaluar el progreso en la recuperación, Otros estudios destacan tres aspectos comunes definidos para la recuperación:

1) la conexión entre la abstinencia del abuso de sustancias y la reducción de la conducta criminal (Best y Aston, 2015),

2) la importancia de generar vínculos familiares exitosos (White, 2012) y

3) los efectos positivos del grupo de iguales y del proceso de vinculación (Tiburcio y Kressel, 2011).

El apoyo social (Uchino, 2004) se ha encontrado como un elemento instrumental en el tratamiento a largo plazo y los procesos de abstinencia (Tiburcio y Kressel, 2011). El apoyo social incluye el grupo de iguales, la integración familiar y la importancia de los amigos (Uchino, 2004; Stevens, Jason, Ram y Light, 2015).

2.2. Intervención basada en Recuperación.

En las adicciones se encuentran fuertes conexiones entre las conductas adictivas y la pobreza, la carencia material y el acceso desigual a recursos, de manera no lineal y multifactorial. Esta problemática incluye vinculaciones familiares débiles, escasas oportunidades laborales, malestar psicológico y limitación de recursos comunitarios (Best y Aston, 2015).

El papel de la Psicología de la Intervención Social puede ser destacado en actuaciones en materia de promoción de la salud comunitaria (Gurung, 2010), intervención directa con grupos de riesgo, integración social, desarrollo de redes de apoyo social (Uchino, 2004) en cualquier tipo de tratamiento y prevención en drogodependencias y adicciones desde un enfoque multifactorial. Su contribución puede ser decisiva en la detección precoz, la intervención temprana, el abordaje inicial, la derivación a recursos especializados (o atención desde él si su labor está en uno de ellos), la integración sociolaboral y en la coordinación y seguimiento desde los distintos

equipos sociales y de salud. Todas estas actividades deben ser contempladas siempre desde la interacción continua con la persona usuaria, teniendo en cuenta las necesidades individuales y favoreciendo el desarrollo de cada persona (Herrera Arce et al., 2003). De esta manera, se analizan los problemas relacionados con las drogas y la forma de responder a ellos eficazmente (Milkman, y Wanberg, 2012) desde la perspectiva de determinados grupos de personas que pueden verse especialmente afectados (EMCDDA, 2017).

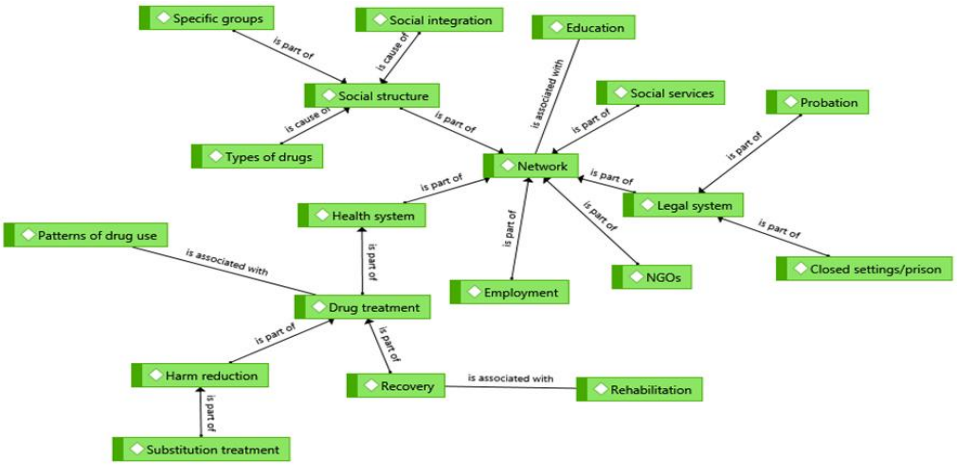
Parece necesario analizar la adecuación de los actuales programas de tratamiento de adicciones en Europa a las necesidades sanitarias y de intervención social de los subgrupos definidos por el EMCDDA (EMCDDA, 2014; 2017). Para determinar su adecuación, es necesario utilizar las dimensiones del apoyo psicosocial que se han mencionado anteriormente (UNODC, 2012; UNODC y WHO, 2020).

Las redes integrales de intervención en adicciones, en un modelo estándar de intervención, se componen fundamentalmente de programas de Reducción del Daño, programas basados en Recuperación y programas de desarrollo de estilos de vida sostenibles (UNODC y WHO, 2020; UNODC, 2012) (ver figura 5).

En la última década, se han desarrollado investigaciones y proyectos orientados a mostrar la relevancia de la recuperación utilizando el método científico (Best, Grushkova y White, 2012). La mayoría de dichos estudios consideraban intervenciones globales como válidas para todas las poblaciones, sin considerar situaciones individuales, diferencias por sustancias y necesidades especiales (Boyle y Johnstone, 2014). La evolución de los programas basados en la recuperación desde las tradicionales comunidades terapéuticas (De Leon, 2007) a los actuales programas integrales ha sido heterogénea en modelos, técnicas y perspectivas (Tiburcio y Kressel, 2011).

Figura 5

Red de Tratamiento estándar en Europa (fuente proyecto Triple R).



CAPÍTULO 3: OBJETIVOS, MÉTODOS Y ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO.

En el presente capítulo se recogen los planteamientos de la investigación, se definen los objetivos del estudio, se elaboran las hipótesis, y se explica el plan de investigación, que incluye las sugerencias y modificaciones que los evaluadores han realizado en el proceso de desarrollo de esta tesis.

La presente tesis se plantea sobre tres cuestiones fundamentales sobre las adicciones:

- Es necesario analizar las particularidades de las personas con problemas de adicciones para evitar ofrecer tratamientos ineficaces e inadecuados para las mismas;

- Para ello, es necesario conocer qué funciona y qué no funciona en la intervención en adicciones, evitando sesgos y reduccionismos;

- Se debe favorecer la transferencia de experiencias y el intercambio de conocimientos, explorando nuevas realidades y fomentando la experimentación y validación de dichas transferencias.

3.1 Objetivos e hipótesis de la tesis.

Como objetivos de la tesis doctoral, se plantean dos objetivos generales y cuatro objetivos específicos.

Objetivos Generales del Estudio:

- Identificar los principales factores psicosociales (edad, género, empleo, apoyo social, estigma social) relacionados con la recuperación (Recovery) de los

problemas de adicciones especialmente en los subgrupos mencionados por el EMCDDA.

- Analizar los conceptos de Recuperación (Recovery), Rehabilitación e Integración social a nivel europeo.

Objetivos Específicos del Estudio:

- Medir la influencia de los factores psicosociales (edad, género, empleo, apoyo social) en la recuperación (Recovery) en el contexto europeo actual.
- Evaluar los principales factores psicosociales (edad, género, empleo, apoyo social) relacionados con las conductas adictivas a nivel europeo.
- Plantear modelos de recuperación basados en la interacción de diferentes factores psicosociales (edad, género, empleo, apoyo social, estigma social) para mejorar la intervención.
- Definir una serie de Buenas Prácticas en la recuperación (Recovery) a nivel europeo, al menos en cinco países diferentes.

El plan de investigación se diseñó en tres fases, para completar cada una de las etapas del estudio:

- en la primera fase, se desarrolló el trabajo de campo cuantitativo, la recogida, validación y análisis de los datos estadísticos de las personas en recuperación de adicciones, para determinar las principales variables psicosociales implicadas en la recuperación. En relación a este estudio se plantearon las siguientes hipótesis y subhipótesis:

Hipótesis principal (H1): Diversos factores psicosociales (personales, microsociales, macrosociales) tienen mayor influencia que el consumo de sustancias en la Recuperación (Recovery) de las personas con problemas de adicciones.

Derivadas de la anterior, se propusieron las siguientes subhipótesis:

> Subhipótesis H1a (H1a): Las personas en recuperación como grupo se ven condicionados por factores psicosociales específicos. En el caso de las personas en tratamiento de recuperación (Recovery), la combinación fracaso escolar y consumo de drogas, dificulta dicha recuperación.
>
> Subhipótesis 1b (H1b): Las personas en recuperación de problemas de adicciones como grupo se ven condicionados por los factores sociales como el apoyo familiar y la red social de soporte. En el caso de las personas en tratamiento de recuperación (Recovery), la ausencia de apoyo familiar y de red social de soporte, combinada con el consumo de drogas, dificulta dicha recuperación.
>
> Subhipótesis 1c (H1c): Las personas en recuperación tienen limitada la incorporación social y el empleo activo por factores psicosociales específicos. En el caso de las personas en tratamiento de recuperación (Recovery), la combinación de ausencia de apoyo social, reducido capital social de recuperación y consumo de drogas, dificulta dicha recuperación.

- en la segunda fase, una vez detectadas las principales características psicosociales, se procedió al trabajo de campo cualitativo, identificando de qué manera se están trabajando actualmente dichas variables en los programas europeos, sus fortalezas y debilidades.

- en la tercera y última fase, se documentó todo el proceso y se procedió a la presentación de la Buenas Prácticas en la recuperación de adicciones

3.2 Métodos del estudio.

Para la elaboración de la tesis doctoral, se ha utilizado una combinación de metodología cuantitativa y cualitativa en tres fases diferentes de la investigación:

- 1º fase: Consistió en un análisis cuantitativo de una muestra de 2242 personas en proceso de recuperación por problemas de adicciones sobre los principales factores relacionados con la Recuperación (Recovery): rehabilitación psicosocial, integración social y tratamientos integrales. La información fue extraída a través del siguiente cuestionario:

    - EUROPASI: recoge los principales indicadores sociodemográficos: edad, sexo, nivel de estudios, convivencia, situación laboral o académica, conflictos familiares y conflictos de pareja (ver Anexo I).

    - Se utilizaron los resultados del estudio piloto “Survey RUN LiR” (Ver Anexo II) sobre el cuestionario "Life in Recovery" (Best, Vanderplasschen y Nisic, 2020) de la Universidad de Sheffield Hallam, dirigido por David Best. Los datos de este cuestionario se utilizaron como contraste y complemento de los resultados obtenidos en el EuropASI.

En resumen, se analizaron los datos de una muestra de N= 2.242 cuestionarios. El análisis de dichos datos se realizó mediante el programa SPSS 27.0

- 2ª fase: se realizaron entrevistas en profundidad (Ver Anexo III) y grupos de discusión con informantes clave sobre los principales resultados del estudio cuantitativo. Se utilizó metodología cualitativa (con una parte complementaria de

estadísticas), utilizando un enfoque de investigación-acción (Tiburcio y Kressel, 2011). La selección de los informantes se realizó en función de sus conocimientos sobre adicciones, experiencia en los tratamientos, capacidad técnica y disponibilidad. Estas entrevistas se realizaron en Suecia, Bélgica, Croacia, Italia y España. Se llevaron a cabo 18 entrevistas y 2 grupos de discusión. Las entrevistas se realizaron en inglés, italiano y español. El análisis de las categorías analíticas se llevó a cabo mediante el programa Atlas.ti.

3º Fase: Esta fase de la investigación estaba incluida dentro del proyecto "HOME/2014/JDRU/AG/DRUG/7092-Triple R: Rehabilitation for Recovery and Reinsertion" (Barzanti et al., 2017a), coordinado por la ONG San Patrignano sobre transferencia de buenas prácticas en la recuperación de adicciones, especialmente en aprendizaje entre iguales y emprendimiento social para personas con problemas de adicciones en cinco países europeos (Bélgica, Croacia, España, Italia y Suecia). Las prácticas seleccionadas debían ser sostenibles, innovadoras y replicables, siguiendo el esquema de Buenas Prácticas que define la UNESCO. Un modelo de identificación y validación de las prácticas sobre estos criterios permite definir cuáles son realmente buenas prácticas y cuáles no.

3.3 Aspectos éticos del estudio.

Se incluyeron los documentos correspondientes a la confidencialidad, la privacidad y la protección de los datos, debido al carácter de alta sensibilidad que presentan los datos correspondientes a personas con problemas de adicciones. Se han realizado todas las acciones, elaborando una memoria informativa, un documento de conformidad y un consentimiento informado (ver Anexo IV) utilizando los estándares de la Comisión Deontológica de Investigación de la UCM. Durante todo el estudio se han respetado los principios éticos nacionales e internacionales que se deben cumplir

cuando en la investigación participan personas. Los aspectos éticos incluidos en el Proyecto eran: privacidad, anonimato y confidencialidad, autenticidad, consentimiento informado, reclutamiento adecuado y participación voluntaria, y selección muestral reduciendo impacto y efectos no deseados. Al haberse llevado a cabo la investigación en ambientes terapéuticos, se contemplaron los principios de la Bioética clínica, sobre todo los principios de No Maleficiencia (Primum Non Nocere), Dignidad Humana y Autonomía. De esa manera se garantizaba que la participación en el estudio fuera absolutamente voluntaria, confidencial y no invasiva en la vida de los participantes.

Los datos fueron recopilados por profesionales expertos en entrevistas personales y manejo de los cuestionarios. Todos los participantes completaron un consentimiento informado con garantía de anonimato y confidencialidad (ver Anexo IV). Este estudio recibió la aprobación del Comité Deontológico de Investigación de la Facultad de Psicología de la UCM, con el código de aprobación UCM PR2019_20_043 (ver Anexo V). Todos los investigadores implicados en el Proyecto se guiaron por los principios del Código Deontológico de la Psicología y por los principios éticos de la Declaración de Helsinki para estudios clínicos. Al ser un proyecto sobre el análisis de factores psicosociales, se completó el listado del “Patton’s Checklist of Questions for Conducting an Ethical Research Project” para el diseño y la implementación del proyecto (ver Anexo VII).

CAPÍTULO 4: INFLUENCIA DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES EN LA RECUPERACIÓN DE ADICCIONES. PROPUESTA DE MODELOS DE RECUPERACIÓN PARA CONSUMIDORES DE ALCOHOL Y CONSUMIDORES DE COCAÍNA.

Este capítulo corresponde con la primera fase del estudio, en la que se realizó el análisis estadístico, buscando las principales variables psicosociales implicadas en la Recuperación. Dicha búsqueda presentaba dos secuencias interrelacionadas entre sí: por una parte, analizar las características de los subgrupos de riesgo (EMCDDA, 2017); por otra, determinar si se pueden encontrar relaciones significativas entre variables que permitan establecer intervenciones psicosociales en función de factores determinados, como el género, la edad o el apoyo social.

4.1. Características epidemiológicas y sociales de los subgrupos de riesgo.

Los subgrupos considerados de mayor riesgo son los siguientes (EMCDDA, 2017):

- Personas mayores con problemas sociosanitarios y con un consumo problemático de opioides y/o policonsumo: este subgrupo se refiera a las personas que han consumido opiáceos y que actualmente suelen ser policonsumidoras de otras sustancias, que tienen más de 40 años, que ya han intentado en varias ocasiones realizar programas de rehabilitación y/o recuperación, que presentan infecciones relacionadas con el consumo de drogas, que tienen además algún problema de salud con tendencia a la cronicidad y requieren de cuidados continuos y específicos.

- Mujeres que presentan problemas relacionados con las drogas: Los aspectos diferenciales de género en las mujeres con problema de adicciones se han convertido en elementos fundamentales a la hora de diseñar e implementar intervenciones, para desarrollar programas y tratamientos que ayuden a solucionar los problemas y

necesidades de las mujeres relacionados con las conductas adictivas. Dentro de estos programas se deben incluir a mujeres embarazadas y con hijos; trabajadoras de la industria del sexo (frecuentemente víctimas de violencia y estigmatización); mujeres de minorías étnicas que pueden haber sido objeto de trata; y mujeres en centros penitenciarios (EMCDDA, 2017).

- Jóvenes vulnerables que presentan problemas relacionados con las conductas adictivas y otras conductas de riesgo: Se tiene que diferenciar, al hablar de los jóvenes y las adicciones, entre el consumo recreacional y el consumo problemático (Hall, 2014). Habitualmente se trata de "binge use/binge drinking", consumo intensivo de alcohol y/o drogas (sobre todo de alcohol y/o cannabis) de adolescentes (Stockings, Hall, Lynskey, Morley, Reavley, Strang, Patton y Degenhardt, 2016), lo que suele correlacionar con la aparición temprana de problemas psicosociales, especialmente familiares, académicos y judiciales.

4.1.1. Método.

Procedimiento

Esta parte del estudio se realizó en dos subfases:

- en la primera, se analizaron las principales características psicosociales de los perfiles indicados anteriormente (EMCDDA, 2017), utilizando fundamentalmente análisis descriptivos para detectar los principales factores relacionados con las adicciones, su tratamiento y su recuperación.

- en la segunda de las fases, se buscaron modelos de recuperación que permitieran integrar diferentes variables para comprobar qué factores influyen en mayor medida sobre la recuperación de las conductas adictivas. Para realizarlos, se observó cuáles eran

las principales sustancias de consumo en tratamiento (que no coincide con los perfiles de riesgo indicados por el EMCDDA) y sus variables relacionadas. Dichas sustancias fueron Alcohol (como sustancia principal) y Cocaína (como sustancia principal)

En estas subfases se utilizó la información recogida en los cuestionarios EuropASI y Life in Recovery.

4.1.2 Muestra.

La muestra del estudio se obtuvo de las bases de datos de personas atendidas en los diferentes servicios de tratamiento de adicciones que las asociaciones Proyecto Hombre y Dianova tienen repartidos por toda España (N=2242). La muestra se compone de 1794 hombres, que suponen un 85%, y 448 mujeres, que suponen un 15% . Dicha muestra se ha dividido en los diferentes subgrupos, utilizando como criterio para dicha división las características que indica el EMCDDA, tal y como se observa en la tabla 6.

Tabla 6.

Distribución de la muestra en subgrupos

Subgrupo	**Cuestionarios**	**% muestra total**
Mayores de 40 años consumidores de opiáceos	364	16,25
Mujeres en tratamiento	448	19,9
Jóvenes en tratamiento	207	9,25
Consumidores de alcohol	1519	67,78
Consumidores de cocaína	1330	59,31

* La suma de los porcentajes y de la muestra es mayor del 100%, debido al carácter no excluyente de las categorías: se puede ser mujer y consumir alcohol (o cocaína), por ejemplo.

La selección de la muestra se estableció por la participación en programas de intervención, según un diseño ex post facto prospectivo simple. La muestra completa presenta representatividad nacional con un nivel de confianza del 95% y un error muestral del 2,10%, utilizando la fórmula de los universos finitos.

4.1.3 Instrumentos de medida.

Se han aplicado unas revisiones de los cuestionarios de evaluación EuropASI (Addiction Severity Index) y del cuestionario Life in Recovery.

4.1.3.1 El EuropASI.

El Índice de Gravedad de la Adicción versión europea de la 5ª versión del ASI desarrollada en Estados Unidos por McLleland en 1990 (Bobes et al., , 2007). Se trata de una entrevista semiestructurada y estandarizada, muy utilizada en clínica para el diagnóstico multidimensional de aquellos aspectos y áreas de la vida que han podido contribuir en alguna medida al síndrome de abuso de sustancias, permitiendo de este modo una contextualización del síndrome desde una perspectiva bio-psico-social (EMCDDA, 2017). Asimismo, permite la evaluación de la gravedad del consumo (Bobes et al., 2007).

El EuropASI puede ser utilizado con una triple finalidad. Por un lado, proporciona información para realizar un diagnóstico multidimensional del problema adictivo del paciente, al mismo tiempo que se relaciona con el contexto biológico, psicológico y social del individuo. Una segunda finalidad, relacionada con la primera, es la realización de seguimientos en los individuos consumidores, a partir de la segunda entrevista de EuropASI, que permita al terapeuta tener información sobre el progreso del paciente, conocer si algún aspecto de su contexto ha cambiado de cara a reestructurar el tratamiento. La tercera finalidad de esta entrevista sería su uso en el

ámbito científico, debido a que permite analizar una gran cantidad de indicadores, tanto en el ámbito epidemiológico como aspectos clínicos y variables psicosociales (Bobes et al., 2007).

El número de ítems es 142 (ver Anexo I). Sus criterios de calidad están contrastados, presentando una Fiabilidad de Consistencia interna: 0.62 (subescala de drogas) y 0.87 (subescala de alcohol y enfermedades siquiátricas). La Fiabilidad tets-retest es de 0.92. Sobre su Validez, muestra relaciones con otras medidas de consumo de alcohol, como el MAST (0,58; subescala de uso de alcohol) y el inventario cualitativo de conducta de beber de Hayasida (0.87; subescala de alcohol). Asimismo, muestra correlaciones con otras variables como número de condenas (0.43) y número de sobredosis (0.72).

Este instrumento ha sido utilizado ampliamente en investigación, tanto para estudios de tipo epidemiológico como para estudios de eficacia de tratamiento y de correlación de factores (NODC, 2012; Secades y Fernández, 2006; Bobes, 2007; Autrique, Pearce y Vanderplasschen, 2015; APH, 2018). Para el presente estudio se utilizaron especialmente los datos extraídos de los bloques médico, familia, empleo/soportes y apoyo social. Los datos fueron recogidos de los participantes por profesionales debidamente entrenados en el uso de EuropASI, en entrevistas individuales.

4.1.3.2 El Cuestionario Life in Recovery/LiR.

*El Cuestionario Life in Recovery (*Best et cols, 2015*)* es un cuestionario diseñado para documentar la vida de personas que han reducido o parado el uso problemático de drogas ilegales (no incluyendo alcohol o psicofármacos) y cómo el proceso de superación ha cambiado sus vidas y las de su entorno social y familiar. La versión

española se ha desarrollado durante el año 2018. El cuestionario Life in Recovery (Best, Vanderplasschen y Nisic, 2020) está diseñado por la Universidad Sheffield Hallam University y ha sido desarrollado en colaboración con los Institutos de Investigación de Gante y Rotterdam. Los datos del estudio completo durante tres años serán recogidos en Inglaterra, Escocia, Bélgica y Holanda. Mediante una colaboración con la red RUN-Recovered Users Network, el cuestionario está disponible en otros países europeos así como en paises de la región de los Balcanes Occidentales.

Life in Recovery (LiR) se compone de 55 preguntas (dicotómicas, de respuesta múltiple y abiertas) que se agrupan en diversos dominios de vida clave, categorizados como impactados por la conducta adictiva y su posterior recuperación. La Recuperación se evalúa en tres etapas:

- Early Recovery/Etapa temprana de recuperación: primer año post tratamiento.

- Sustained Recovery/Etapa sostenible de recuperación: 2- 3 años tras el tratamiento.

- Stable Recovery/Etapa estable de recuperación: más de 4 años tras el tratamiento.

Los diferentes bloques son: Introducción e Información; Consentimiento informado; Información General; Alternativas al Uso Problemático de Drogas Ilegales; Obstáculos para la Recuperación; Recuperación/Tratamiento; Programas y Recursos para la Recuperación/Tratamiento; Experiencias con el uso problemático de sustancias; Experiencias de Recuperación y Comentarios adicionales. En el pilotaje realizado en Reino Unido, Bélgica y Países Bajos, el cuestionario muestra capacidad significativa de predicción tanto de las barreras de la Recuperación (F=30.92, $p < 0.001$) como de las fortalezas de la misma (F= 26.51, $p < 0.001$). El modelo final presenta elevada significación (F = 28.58, $p < 0.001$), teniendo una capacidad de predicción del 31.8% de

la varianza de fortalezas de Recuperación para personas en tratamiento (Best, Vanderplasschen y Nisic, 2020).

Los temas relacionados con la recuperación de las conductas adictivas que mide el cuestionario LiR son: Familia y relaciones; Finanzas; Salud psicológica y física; Empleo, educación y formación y Contacto con el sistema de justicia penal (ver Anexo II).

Debido a las características de la muestra extraída con el cuestionario LiR (escaso tamaño muestral y reducida incidencia de mujeres y jóvenes en recuperación), los datos de dicha herramienta solo van a ser utilizados para el análisis de las características del grupo de consumidores de opiáceos.

4.1.4Análisis de datos.

El análisis se ha realizado con el programa estadístico SPSS (V27.0). En las relaciones bivariadas, se han utilizado las siguientes técnicas:

- Comparaciones de porcentajes: Tablas de contingencia con prueba de significación Chi cuadrado entre pares de variables, y de residuos tipificados corregidos entre pares de categorías. Para medir la fuerza de la asociación entre pares de categorías se ha utilizado la "d" diferencia de proporciones.

- Comparaciones de medias: Se han comparado las medias con el test T, ya que, si la distribución no es normal y las muestras son pequeñas, la prueba de t de Student cumple el teorema del límite central.

- Correlación (Variables cuantitativas): Se han analizado correlaciones de Pearson a fin de estudiar una presumible asociación entre variables cuantitativas.

4.2. Resultados de los subgrupos.

4.2.1. Personas mayores de 40 años con un consumo problemático de opioides y/o policonsumo.

De las 364 personas que componen este subgrupo, el 85% son hombres y el 15% mujeres, con una media de edad de 37.4 años y una mediana de 45 años (*M*= 37.4, *DT*=18.2). El tiempo medio de consumo es de 20.94 años (*DT*= 20.6). La edad media de inicio en el consumo es de 21,4 años (*DT*= 12). Sigue existiendo un número considerable de consumidores de opiáceos por vía parenteral, a pesar de la difusión de los programas de reducción del daño desde la década de los años 90 (N1= 22.3%; N2=14%).

En el estudio se encuentra que las muestras son similares en problemas médicos como el VIH (N1= 7.3%; N2=7.1%) y las sobredosis (N1=14.7%; N2=13.8%). Además, ambos grupos han estado en tratamientos previos, fundamentalmente de tipo farmacológico. Se deben tener en cuenta las dificultades con los grupos sociales de referencia: el 75% indicaban seguir teniendo problemas familiares estando en tratamiento; el 86% indicaba que tenían problemas de pareja. En relación a estos problemas, el concepto "grupos sociales de referencia" pueden referirse tanto a las redes sociales de apoyo de las personas que forman parte de este grupo, a las actividades grupales que se desarrollan en los centros (ya sean talleres o asambleas), como a la existencia de servicios de atención especializados que organicen actividades y eventos sociales y ofrezcan un apoyo constante por parte de pares y voluntarios

Se encuentra una carencia de estudios generalizada: el 54% de las personas de la muestra no tiene estudios, con el agravante que ello supone para su

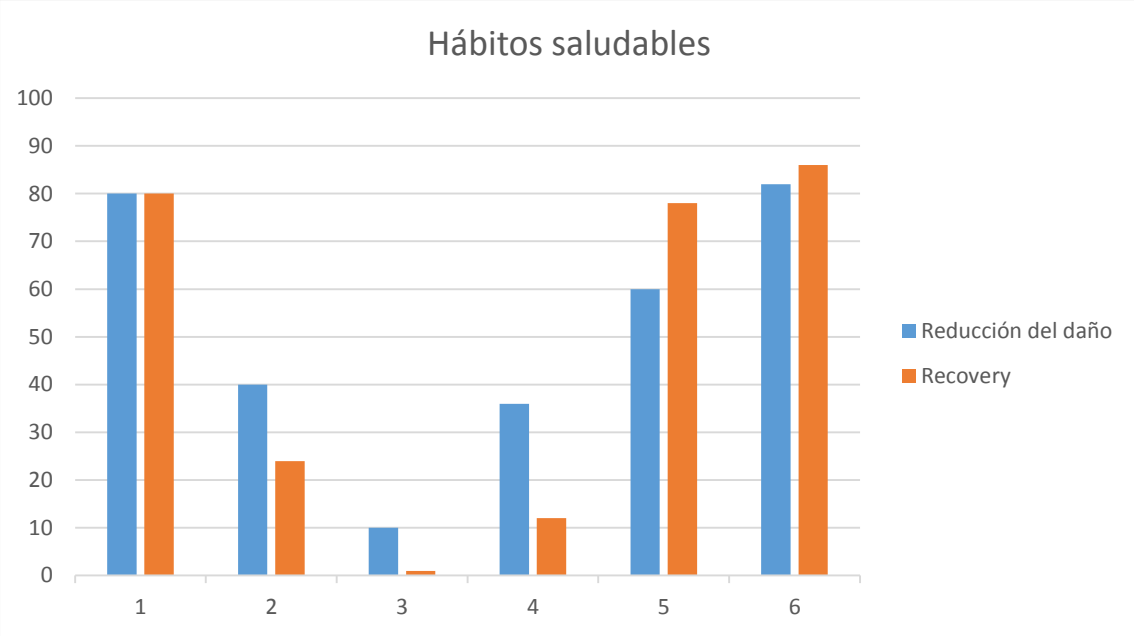
incorporación sociolaboral. Los datos indican que los patrones de empleo e ingresos principales son la familia o ayudas sociales.

Este subgrupo es el que habitualmente identificamos con el concepto de adicción, especialmente por su vinculación con las infecciones por VIH y hepatitis C, además de otros problemas sociosanitarios relacionados con el consumo de drogas en ambientes marginales como la tuberculosis y otros problemas como la movilidad reducida o los problemas cardiorrespiratorios. De hecho, en el estudio se encuentra que un 30% han tenido problemas médicos que les afectan en su vida cotidiana; el 26.3% tiene una medicación regular que ha sido prescrita por un médico (este dato es coherente con el hecho de que un 30% presenten problemas médicos que afectan a su vida cotidiana); un 42% ha recibido tratamiento por problemas médicos no psiquiátricos; el 29.1% ha tenido algún problema médico en el último mes. Además, las personas que han tenido alguna vez en la vida sobredosis (14.7%), han sufrido 2.67 episodios de media, con el riesgo añadido que este dato conlleva.

Como observamos en la Figura 6, en la comparación entre ambos grupos de los datos extraídos mediante el uso del cuestionario LiR, para dos de las medidas (Hacer ejercicio regularmente y Tener hábitos alimenticios saludables) no se observan diferencias estadísticamente significativas en estas variables (con ambos grupos que muestran mejoras significativas frente a la adicción activa). Se encuentran diferencias estadísticamente significativas en "Tener problemas emocionales no tratados" (χ^2=11.100; p<0.05), "Tener visitas frecuentes a urgencias hospitalarias salas de emergencia" (χ^2=19.410; p<0.05), "Uso frecuente de los servicios de salud y Comportamientos de autocuidado (chequeos y revisiones)" (χ^2=24.725; p<0.05), cuyos datos son mejores en los programas de Recuperación/Recovery. Esto sugiere que los

programas de recuperación mejoran estos hábitos de manera significativamente mejor que los programas de reducción del daño.

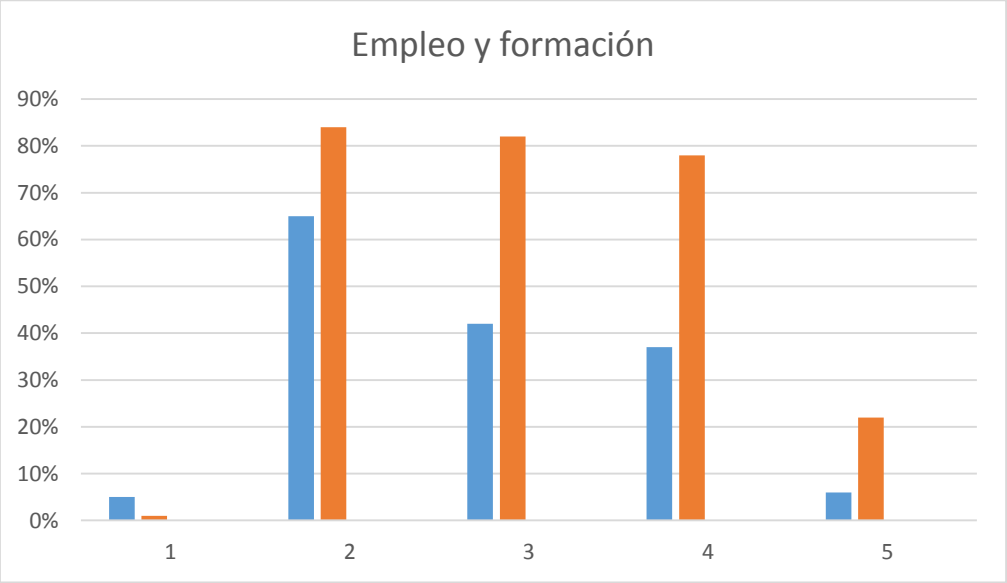
Figura 6.
Resultados habilidades de la salud en consumidores opiáceos en rehabilitación.



Nota: 1. Hacer ejercicio. 2. Problemas emocionales y/o mentales. 3. Atenciones en Urgencias hospitalarias. 4. Atenciones frecuentes en servicios sanitarios. 5. Chequeos, revisiones y cuidados dentales. 6. Alimentación saludable.

En la misma línea, como se observa en la Figura 7, se producen mejoras significativas en el grupo Recovery frente al grupo de reducción del daño en relación al trabajo, especialmente en mantener el puesto de trabajo, tener buenas valoraciones laborales, la capacidad emprendedora y el autoempleo. También se observa que el grupo de reducción del daño tiene mayor probabilidad de perder el empleo que el grupo que se encuentra en programas de recuperación.

Figura 7.
Resultados Empleo y formación en consumidores opiáceos en rehabilitación.



Nota: 1. Perder el empleo. 2. Recibir una acción formativa. 3. Tener buenas evaluaciones laborales. 4. Mantener el trabajo. 5. Emprender/autoempleo.

4.2.2. Mujeres que presentan problemas relacionados con las drogas.

Las mujeres en tratamiento presentan una serie de diferencias en mayor medida que los varones en tratamiento. Por ejemplo, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las sustancias problema de las mujeres con problemas relacionados con las conductas adictivas, siendo mayor el consumo de alcohol y psicofármacos (χ^2=9.690; p<0.05). Se deben tener en cuenta también las dificultades con los grupos sociales de referencia, que son mayores que otros subgrupos: el 86% indicaban seguir teniendo problemas familiares estando en tratamiento; el 96% indicaba que tenían problemas de pareja. Además, en el presente estudio, el 27% de las mujeres en tratamiento informan de haber sufrido abusos sexuales; el 46% abusos físicos y el 65% abusos emocionales.

Las mujeres presentan mayor disparidad de núcleos de convivencia. Se observa un porcentaje mayor de mujeres con problemas de adicciones que no tienen empleo como fuente de ingresos: los patrones de empleo e ingresos principales son la familia o ayudas sociales, siendo las diferencias estadísticamente significativas. Además, en la muestra se comprueba que las mujeres han realizado tratamientos previos por los problemas con las conductas adictivas de manera altamente ineficaz, sobre todo por problemas de alcohol o la combinación de alcohol y psicofármacos.

4.2.3. Jóvenes que Presentan Problemas Relacionados con las Conductas Adictivas y otras Conductas de Riesgo.

Este subgrupo de riesgo se compone mayoritariamente de varones consumidores de cánnabis y alcohol (89.1%) y, en menor medida, de otras sustancias de manera más experimental. En la muestra del estudio, se observan causas y consecuencias que el problema del consumo ha tenido sobre el adolescente y su contexto cercano: agresividad, falta de comunicación, fracaso escolar (en un 40.2% no tienen estudios; el 35% sólo tienen los básicos), hábitos de comportamiento y convivencia. De hecho, presentan problemas con la familia en un 51.6%, siendo su principal núcleo de convivencia. Sus fuentes de ingresos suelen ser familias y amigos/as, no generando ingresos propios. Se observa también un menor porcentaje de personas con problemas sociosanitarios en el grupo de jóvenes, con una prevalencia de VIH mínima (0.5%) y un porcentaje de intoxicación o sobredosis mínima (0.60%).

4.3. Modelos de Recuperación para consumidores de alcohol y consumidores de cocaína.

El uso y abuso de alcohol representa uno de los problemas mayores de salud pública a nivel mundial (World Health Organization, 2018). El abuso de alcohol es significativo en Europa, suponiendo un 41.4% de todos los motivos de tratamiento por abuso de sustancias (European Monitoring Center of Drug Dependence and Addiction, 2019). El porcentaje de consumidores de alcohol en programas de recuperación es considerable: el 35.5% de todas las demandas de atención son por problemas de alcohol (Asociación Proyecto Hombre, 2018). A pesar de que el tema es bien conocido, no hay demasiados estudios científicos publicados sobre la recuperación de los problemas de alcohol (EMCDDA, 2017; WHO, 2018). Los estudios publicados, están generalmente enfocados desde una perspectiva de metodología de "12 pasos" o similares y no sobre comunidades terapéuticas de recuperación de adicciones (EMCDDA, 2017).

La cocaína es otra sustancia de abuso importante en Europa, suponiendo el 17% de todas las demandas de tratamiento (EMCDDA, 2019). En España, la cocaína está considerada uno de los problemas principales de demanda de tratamiento (Unión Nacional de Asociaciones de Drogodependencias, 2019), con una 33% de personas en programas de recuperación que manifiestan tener problemas con la cocaína como sustancia principal (APH, 2018).

En los últimos 10 años, diversas publicaciones destacan la relevancia del capital de recuperación y la recuperación social para los trastornos adictivos (MacGregor, 2012; UNODC y WHO, 2020; UNODC, 2012; Vanderplasschen, Vandevelde y Broekaert, 2014; White, 2012). Otros estudios han incluido factores como el estilo de vida y la espiritualidad (Mustain y Helminiak, 2015; Saiz, Chen-Chen, y Mills, 2021).

A pesar de esto, las investigaciones adolecen de analizar especialmente los factores psicosociales implicados en la recuperación de diversos grupos, especialmente analizando sustancias principales y en tratamientos similares. Muchas de los estudios han comparado variables clínicas para consumidores de drogas ilegales, pero solo unos pocos estudios han comparado factores psicosociales para consumidores de drogas legales/ilegales en programas de recuperación. Los objetivos de esta fase del estudio consisten en: analizar diversas variables psicosociales como género, sustancia de abuso (alcohol y cocaína, sobre todo), edad, tiempo libre, apoyo familiar y social; y comprobar la manera en las que estas variables interactúan para establecer modelos de recuperación para las personas en tratamiento (Molina, Saiz, Gil y Cuenca, 2021).

4.3.1. Metodología.

4.3.1.1 Participantes y Procedimientos.

Para esta fase del estudio se ha realizado un análisis exploratorio. La muestra se extrajo de personas en tratamiento de recuperación en los programas de las organizaciones Proyecto Hombre y Dianova, repartidos por toda la geografía española. Ambas organizaciones son reconocidas nacional e internacionalmente como referencias en la recuperación de personas con problemas de adicciones y forman parte de foros internacionales como la European Federation of Therapeutic Communities, la World Federation of Therapeutic Communities y el Vienna NGO Committee en UNODC.

Se recopilaron datos de 2171 personas en tratamiento, utilizando el EuropASI como herramienta. Dichos datos estaban compilados en las bases de datos PH Nemos (el repositorio de Proyecto Hombre) y Minerva (el repositorio de Dianova). La muestra fue segmentada en dos grupos de personas en tratamiento, basando esta división en la sustancia principal: alcohol (n=1519) o cocaína (n=1330).

4.3.1.2 Medidas.

Para conseguir los objetivos del estudio, se seleccionaron los siguientes ítems del EuropASI:

Uso de Alcohol y/o Cocaína, medido mediante el número de años que estuvieron tomando dichas sustancias. Estas variables fueron elegidas para reflejar el grado de abuso de alcohol o cocaína de las personas que componen la muestra. Como se indica en la tabla 7, el grupo que presenta el consumo de cocaína como sustancia principal ha utilizado cocaína durante 11.85 años, mientras que el grupo que ha abusado del alcohol lo ha hecho durante 17.63 años.

Para analizar el apoyo social se eligieron las siguientes dos variables de EuropASI: Red social de Tiempo Libre fue explorada con la respuesta al ítem: "Con quién pasa la mayor parte de su tiempo libre?". En estudios anteriores, los participantes que informaban que sus compañeros de Drogas asistían a grupos de ayuda mutua (12-steps o similares) tenían diez veces mayor adherencia al tratamiento que las personas que no participaban en dichos grupos (Davey-Rothwell, Kuramoto y Latkin, 2008). Las opciones de respuesta eran:

1) Familia, sin problemas de alcohol o drogas; 2) Familia, con problemas de alcohol o drogas; 3) Amigos, sin problemas de alcohol o drogas; 4) Amigos, con problemas de alcohol o drogas; 5) Solo/a.

La variable "amigos cercanos" ha sido utilizada en estudios anteriores como un buen indicador de influencia social dentro de una red social (Bohnert, Bradshaw, y Latkin, 2009). Se ha incluido en este estudio para describir mejor el ambiente y apoyo

social de los participantes. El número de amigos cercanos en red social fue explorado por la respuesta directa a "¿Cuántos amigos cercanos tienes?".

El empleo se ha probado como un factor de riesgo para adolescentes (Valois, Dunham, Jackson y Waller, 1999), pero ha mostrado ser un factor relevante para la recuperación a largo plazo (Sahker, Ali y Arndt, 2019). En este estudio, el dato de empleo fue recopilado de la respuesta a "¿Recibiste dinero para tus gastos de vida a través del empleo durante el último mes?" Las respuestas se codificaban como No = 0 y Sí = 1. Finalmente, "género" fue codificado como mujer = 1 y hombre = 2; y "edad" fue codificada con el número actual de años.

4.3.1.3 Análisis de los datos.

Los estadísticos descriptivos fueron calculados a partir de los datos sociodemográficos y las variables uso de alcohol y cocaína.

Inicialmente se realizó un análisis multivariado de Covarianza (MANCOVA). Las variables dependientes fueron uso de alcohol y uso de cocaína, los factores fueron género y red social de tiempo libre y las covariables fueron edad, empleo y número de personas en la red social. La Traza de Pillai fue utilizada como criterio para comprobar la robustez del análisis, incluso cuando algunos supuestos eran incumplidos. Los tamaños del efecto fueron estimados utilizando eta-cuadrados parciales, con .02, .13 y .26 como puntos de corte para pequeños, medianos y grandes efectos, respectivamente (Cohen, 1992). El intervalo de confianza utilizado fue 95%.

Para analizar las diferencias entre uso de alcohol y uso de cocaína, se hicieron dos análisis univariados (ANCOVA), uno para cada sustancia. El test de Levene fue aplicado y demostró que la homogeneidad de la varianza era satisfactoria. Finalmente,

para analizar las diferencias entre las cinco categorías de red de tiempo libre registradas, además de uso de alcohol y cocaína, los tests HSD Tukey post-hoc fueron utilizados. Todos estos análisis fueron hechos con el programa SPSS Statistics v27.0.

4.3.2. Resultados.

Uso de alcohol y cocaína en la muestra.

En la muestra de personas en tratamiento de recuperación, se encuentra un número significativo de personas que han consumido ambas sustancias (tabla 7). Los consumidores de cocaína son fundamentalmente hombres mayores de 35 años, con relaciones familiares y sociales, sin otros problemas de alcohol o drogas y con un número pequeño de relaciones cercanas/amigos. Los consumidores de alcohol, son hombres fundamentalmente, aunque se encuentra un número significativo de mujeres. Son mayores de 35 años y con una tendencia al aislamiento significativa, que implica pasar el tiempo libre solos. Para ambos grupos, la mayoría de los participantes respondieron no tener empleo durante el último mes (65%-67%). Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas de género, en las variables empleo y redes sociales de tiempo libre.

Análisis multivariado

El análisis multivariado muestra resultados significativos para los factores de la red social de tiempo libre (F[8,2332] = 4.60, $p < 0.001$, $\eta 2 = 0.016$), el género (F[2,1165] = 3.11, $p < 0.05$, $\eta_p^2 = 0.005$) y la co-variable edad (F[2,1165] = 15.56, $p < 0.001$, $\eta_p^2 = 0.026$). No se observaron efectos significativos en la interacción de los factores o de las co-variables de empleo o número de amigos cercanos.

Tabla 7.

Descripción de los consumidores de alcohol y cocaína

Variables		Grupo de consumidores de alcohol como problema principal			Grupo de consumidores de cocaína como problema principal		
		N	(%)	M (SD)	N	(%)	M (SD)
Uso de alcohol (años)		1519*	100	17.63 (11.01)	1215	91.3	15.84 (10.56)
Uso de cocaína (años)		1343	88.4	10.26 (9.67)	1330*	100	11.85 (9.42)
Edad		1398		37.60 (27.47)	1214		36.99 (31.76)
Género	Mujer	220	14.7	17.10 (10.77)	170	13.0	9.98 (11.20)[b]
	Hombre	1270	85.2	17.66 (11.02)	1140	87.0	12.15 (9.13)[a]
	Total	1490	100	17.58 (10.98)	1310	100	11.87 (9.45)
Empleo	Sí	487	32.1	17.16 (9.60)	462	34.5	11.16 (7.91)[b]
	No	1031	67.9	17.86 (11.62)	877	65.5	12.22 (10.12)[a]
	Total	1518	100	17.63 (11.01)	1339	100	11.85 (9.42)
Tiempo libre /Red social network	Familia-a	853	62.9	17.60 (10.85)[b]	771	65.1	11.94 (9.20)[a]
	Familia-b	51	3.8	15.86 (10.78)[b]	41	3.4	13.10 (15.28)
	Amigos-a	130	9.6	15.88 (10.40)[b]	110	9.3	9.19 (8.45)[b]
	Amigos-b	249	18.3	15.50 (10.37)[b]	220	18.5	11.12 (7.42)
	Solo	74	5.4	21.73 (11.88)[a]	40	3.8	10.73 (6.85)
	Total	1357	100	17.21 (10.85)	1182	100	11.53 (9.06)
Número de amigos cercanos		1467		1.98 (2.42)	1278		1.91 (1.33)

Nota. Total n=2179. HSD Tukey ($p < .05$; [a] > [b]) Familia-a, familia sin problemas de alcohol, o drogas; Familia-b, familia con problemas de alcohol, o drogas; Amigos-a, amigos sin problemas de alcohol, o drogas; Amigos-b, amigos con problemas de alcohol, o drogas.*Algunas personas no respondieron a todas las preguntas, por lo que hay valores perdidos en todas las variables.

Uso de alcohol

Para el uso de alcohol, el análisis univariado muestra resultados significativos para el factor de la red social de tiempo libre (F[4,1317] = 2.67, $p < 0.05$, $\eta_p^2 = 0.008$) y la co-variable edad (F[1, 1317] = 30.40, $p < 0.001$, $\eta_p^2 = 0.023$). Cuanto mayor es la persona, mayor es la tendencia a un mayor uso de alcohol (B= 0.05, $p < 0.001$). Por otra parte, HSD Tukey post-hoc muestra que la personas que dedican su tiempo libre a estar solas consumen más alcohol que el resto de los grupos (ver tabla 8).

Tabla 8.

Efectos de la edad y la red social en el uso de alcohol

Predictor:	Suma de Cuadrados	Df	Media Cuadrada	F	P	η_p^2	Poder Observado
Red social de tiempo libre	1282.47	4	320.61	2.60	.035	.008	.73
Covariado:							
Edad	3826.37	1	3826.37	31.03	.000	.023	1.00
						R^2= .040; R^2_{ADJ} = .032.	

Nota. Solo se muestran diferencias significativas.

Uso de cocaína

Sobre el uso de cocaína, el test univariado indica resultados significativos para los factores red social de tiempo libre (F[4,1261] = 4.47, $p < 0.01$, $\eta_p^2 = 0.014$), género (F[1,1261] = 6.88, $p < 0.01$, $\eta_p^2 = 0.005$) y la co-variable número de amigos cercanos (F[1,1261] = 4.43, $p < 0.05$, $\eta_p^2 = 0.004$). este resultado implica que Los hombres consumen más cocaína que las mujeres, y el consumo aumenta con el descenso del número de personas significativas (B= -0.23, $p < 0.05$).

Por otra parte, la prueba HSD Tukey post-hoc señala que las personas que utilizan su tiempo libre con amigos sin problemas de alcohol y/o drogas consumen significativamente menos cocaína que las personas que dedican su tiempo libre a estar con su familia (sin problemas de alcohol y/o drogas) (ver tabla 9).

Tabla 19.

Efectos del género y la red social en el uso de cocaína

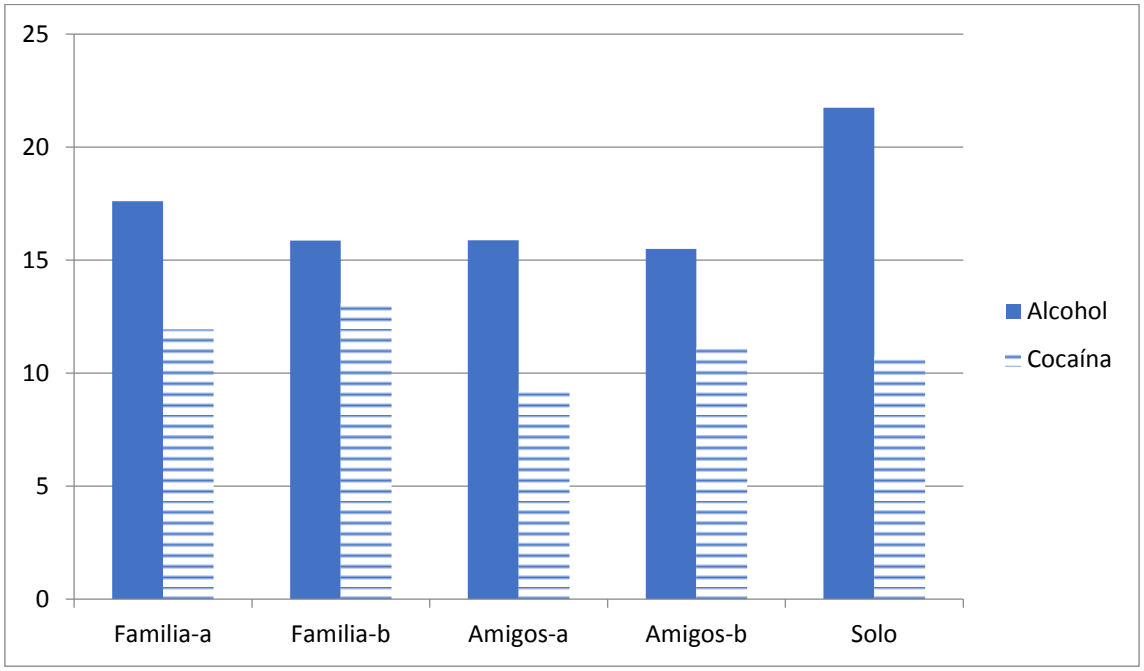
Predictor:	Suma de cuadrados	Df	Media Cuadrada	F	p=	η_p^2	Observado Poder
Género	603.90	1	603.90	7.04	.008	.006	.75
Red social de tiempo libre	1548.48	4	387.12	4.51	.001	.014	.94
Covariado:							
Número de amigos cercanos	416.10	1	416.10	4.85	.028	.004	.59
R^2= .041; R^2_{ADJ} = .033.							

Nota. Solo se muestran diferencias significativas.

Por último, cuando se comparan ambos grupos (Figura 8), el uso de alcohol aumenta cuando los usuarios están solos en su tiempo libre, mientras que el uso de cocaína aumenta cuando los usuarios están con sus familias.

Figura 8

Años de consumo, comparación de red social de tiempo libre entre consumidores de alcohol y cocaína



Nota. Familia-a, familia sin problemas de alcohol, o drogas; Familia-b, familia con problemas de alcohol, o drogas; Amigos-a, amigos sin problemas de alcohol, o drogas; Amigos-b, amigos con problemas de alcohol, o drogas.

4.3.4. Discusión.

El objetivo de la presente tesis consiste en analizar la interacción entre diferentes factores psicosociales durante la recuperación de problemas con sustancias y determinar si se pueden establecer modelos de recuperación por sustancias. Esta fase del estudio demuestra cómo los factores psicosociales, tipo de sustancia (alcohol o cocaína) y apoyo social (familia, trabajo y uso de tiempo libre, fundamentalmente) permiten determinar modelos de recuperación (Molina, Saiz, Gil y Cuenca, 2021).

De acuerdo con la definición de RECCAP (White y Cloud, 2008), las fortalezas y debilidades necesitan ser evaluadas con herramientas adecuadas que permitan

establecer planes de intervención basados en las fortalezas de los usuarios, especialmente las competencias y capacidades sociales. Las conexiones sólidas con los grupos deben ser mantenidas y apoyadas durante el tratamiento (incluso en recursos residenciales) y las actividades deben estar orientadas a la recuperación social (Best y Aston, 2015). Respecto a los tres criterios internacionales, los estudios demuestran la relevancia del análisis del apoyo familiar (White, 2012) y los efectos positivos del apoyo social y el proceso de vinculación (Tiburcio y Kressel, 2011).

Existen algunas variables que muestran diferencias significativas dentro de los diferentes grupos. Los componentes del grupo de alcohol muestran mayor edad. Una mayor cantidad de tiempo libre solo/sin compañía era el principal riesgo de recaída, por lo que mayores conexiones con el apoyo social parecen ser necesarias para evitar el aislamiento de los consumidores de alcohol. Las familias necesitan un entrenamiento como agentes de salud (Becoña y Cortés, 2010) y en la búsqueda de soluciones, como en la Brief Strategic Family Therapy (Szapocznik, Hervis y Schwartz, 2003).

El grupo que presenta mayor número de hombres y un mayor desempeño de tiempo libre individual es el grupo de consumidores de cocaína en recuperación. Como factor de protección, parece funcionar mejor la combinación de este desempeño con el desarrollo de competencias personales, especialmente el entrenamiento en relaciones sociales, además de manejo de contingencias (Dekkers, De Ruysscher y Vanderplasschen, 2019). Ambos modelos de Recuperación deberían incluir programas de prevención de recaídas, específicos para cada uno, con el fin de facilitar la recuperación a largo plazo (Secades y Fernández, 2006).

Los resultados de este estudio respecto a la influencia de los factores psicosociales en la recuperación de problemas por abuso de sustancias, son congruentes

con estudios previos que han examinado la influencia de factores tales como la edad (Hartford, Grant, Yi y Chen, 2005), el género (Tuchman, 2010), el uso de tiempo libre (Al-Kandari, Yacoub y Omu, 2001), y el apoyo social (Stevens, Jason, Ram y Light, 2015), especialmente de la familia como estructura social de soporte (Bahr, Hawks y Wang, 1993; Becoña y Cortés, 2010). Respecto a la familia, la diferencia entre consumidores de cocaína en relación con el abuso de sustancias cuando viven con sus familias puede ser interpretadas como un uso instrumental de las mismas. Este resultado podría indicar un papel de la familia de los consumidores de cocaína como proveedor económico y de servicios, incluyendo apoyo material (Molina, Saiz, Gil y Cuenca, 2021).

Sobre la evolución de los tratamientos por abuso de sustancias, existen diferencias considerables. Actualmente, las personas en tratamiento son mayores en media de edad que los usuarios de programas de hace 30 años y sus actuales patrones de comportamiento son más funcionales, mucho más orientados hacia la actividad. Estos resultados muestran la necesidad de redefinir los programas basados en la recuperación tomando como referencias los diferentes patrones de abuso de sustancias y otras características psicosociales (Bumbarger y Campbell, 2011). Las diferencias significativas en género, empleo y uso del tiempo libre muestran sobre qué aspectos profundizar en la recuperación social de las personas en tratamiento (Molina, Saiz, Gil y Cuenca, 2021).

4.3.4.1 Limitaciones de este estudio.

Los resultados del estudio y sus conclusiones deben analizarse teniendo en cuenta sus potenciales limitaciones. El uso del EuropASI puede ser entendido como una limitación, a pesar de uso internacional y su validación, ya que el cuestionario no ha

sido diseñado específicamente para la recuperación de personas con problemas de adicciones. Además, el alto número de valores perdidos indica que se deberían completar los datos con otras fuentes (como medidas comportamentales o biomarcadores).

Se seleccionaron dos grupos de participantes de las bases de datos que incluían información de 2242 personas en tratamiento por diversos abusos de sustancias. Si bien la estrategia ha sido útil y ha permitido establecer dos modelos de recuperación por sustancias, existe un cierto solapamiento entre ellas (sobre todo, por el uso de alcohol por parte de muchos de los consumidores de cocaína). Sería interesante replicar estos resultados considerando otras sustancias principales, como opiáceos o psicofármacos.

A pesar de las limitaciones del estudio y de la influencia que pueden tener sobre los resultados, las conclusiones están en línea con estudios previos sobre recuperación de adicciones. Otros factores quedan pendientes para próximos estudios, como la influencia del estilo de vida o de la espiritualidad en la recuperación de adicciones. Los tamaños del efecto en el estudio eran limitados, aspecto que limita el poder establecer conclusiones definitivas sobre la influencia de algunos factores .

En este capítulo se ha comprobado que existen factores que permiten plantear el desarrollo de programas específicos de recuperación en función de las necesidades de las personas en tratamiento y, tal y como se expone en el próximo capítulo, parece necesario realizar diversas adaptaciones de dichos programas a las principales características psicosociales de las personas que los utilizan.

CAPÍTULO 5. La intervención psicosocial en los programas europeos de Recuperación de adicciones: análisis cualitativo.

5.1. De qué hablamos cuando decimos "intervención psicosocial" aplicada a adicciones.

Una vez determinadas las principales variables implicadas en la Recuperación, se procedió a realizar un análisis en profundidad sobre cómo se están abordando dichas variables en los actuales programas de intervención en adicciones, especialmente en los programas de recuperación (que son el objeto de esta tesis doctoral). Se ha elegido este planteamiento para complementar el marco amplio de los datos estadísticos, aportando una visión más profunda y compleja sobre las fortalezas y debilidades de los programas basados en recuperación en la actualidad, así como su evolución, su adecuación y sus apuestas de futuro.

5.1.1 Objetivos del estudio.

El objetivo de esta fase del estudio consiste en evaluar la adecuación de los actuales programas europeos de recuperación de adicciones, de acuerdo con las necesidades sanitarias, sociales y psicológicas de las personas en tratamiento (Boyle y Johnstone, 2014), especialmente de los grupos de personas en tratamiento definidos como prioritarios en Europa (EMCDDA, 2017), destacando el papel de la intervención sobre los factores psicosociales en estos programas. Los objetivos específicos del estudio son los siguientes: (1) analizar la adaptación de los programas europeos basados en recuperación a los perfiles actuales de personas en tratamiento; (2) identificar qué perfiles o grupos son para los que están mejor adaptados dichos programas (incluyendo las razones de la adecuación); y (3) de qué forma se han adaptado las intervenciones sobre factores psicosociales en la recuperación de las poblaciones estudiadas.

5.2. Metodología de la fase 2ª: un estudio cualitativo .

Para realizar esta parte del estudio se ha utilizado una metodología cualitativa (Creswell, 2014), fundamentalmente un análisis de contenido con un enfoque de Teoría Fundamentada ("grounded theory") (Tiburcio y Kressel, 2011). La investigación se desarrolló en dos fases: (1) revisión bibliográfica y (2) entrevistas. Se ha utilizado el instrumento Consolidated criteria for Reporting Qualitative research -COREQ- (Tong et al., 2007), consistente en 32 ítems agrupados en tres dominios: (i) equipo de investigación y reflexividad, (ii) diseño del estudio y (iii) hallazgos, análisis de datos e informe de investigación (ver Anexo VI). Se trata de una herramienta útil para canalizar y procesar el método cualitativo en la fase de acceso a la información en la que se debe detallar cuántos investigadores participaron y cuáles en cada fase, para evitar la contaminación de los hallazgos derivados del uso de la técnica elegida (entrevista). Este aspecto es complementario a otros procesos de objetivación como la saturación o la triangulación metodológica y aporta claves para separar opiniones de informaciones y así asegurar el proceso de objetivación, con intención de informar sobre aspectos importantes del equipo de investigación, métodos y contexto de estudio, resultados, análisis e interpretación. En un primer momento se realizó una revisión bibliográfica y posteriormente se llevaron a cabo las entrevistas.

5.2.1. Instrumentos.

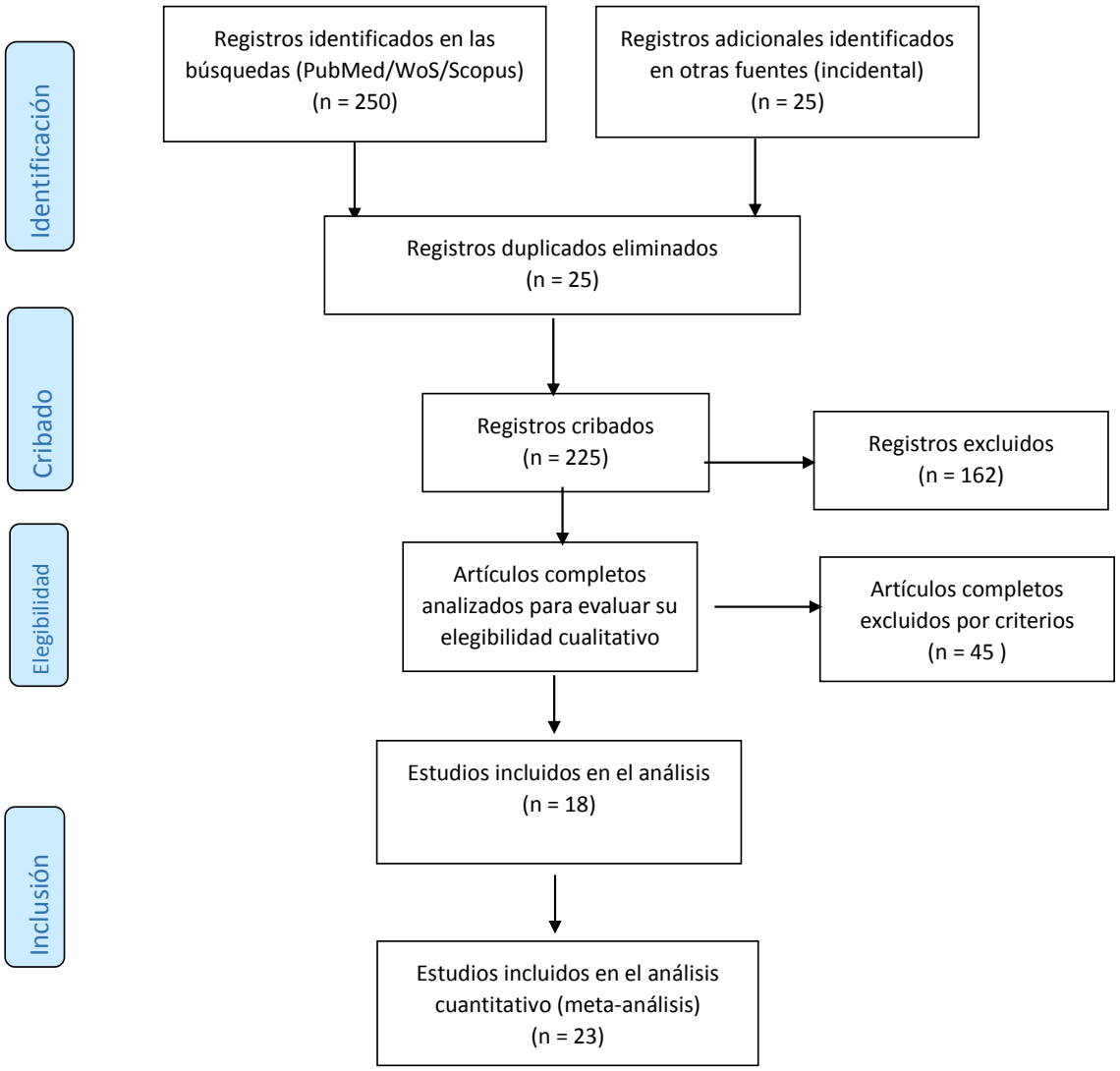
5.2.1.1. Revisión Bibliográfica.

Se realizó una revisión sistemática de los artículos e informes sobre el tema. Las bases de datos consultadas fueron PubMed/Medline, Scopus y Google Academics, utilizando el descriptor "Addiction Recovery". Los criterios de selección fueron los siguientes: (1) publicaciones indexadas y/o revisadas por pares, (2) escritas en un

idioma de la Unión Europea, (3) publicados entre 2012 y 2019; y (4) con la palabra "Recovery" en el título de la publicación. Para la revisión sistemática se utilizó la herramienta Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA) (Urrutia y Bonfill, 2010; Hutton, Catalá-López y Moher, 2016). Esta herramienta consta de una lista de 27 ítems, que se utilizan en meta-análisis y revisiones sistemáticas, e incluye un diagrama en cuatro fases (ver figura 9).

Figura 9

Diagrama PRISMA de Revisión Bibliográfica.



Se encontraron un total de 205 artículos, de los cuales 18 publicaciones cumplieron todos los criterios de selección. Para la discusión de este capítulo se han utilizado además cinco publicaciones que, aunque no cumplían todos los requisitos, tenían un planteamiento similar a este estudio.

5.2.1.2. Entrevistas.

Tras la revisión, se realizaron una serie de entrevistas semiestructuradas. Se eligió este formato ya que la persona entrevistadora antes de la entrevista puede preparar un guion temático sobre lo que quiere que se hable con la persona informante y las preguntas que se realizan son abiertas. Por este motivo, la persona informante puede expresar sus opiniones, matizar sus respuestas, e incluso desviarse del guion inicial pensado por el investigador cuando se atisban temas emergentes que resulta conveniente explorar. Durante el transcurso de la entrevista, la persona entrevistadora puede relacionar unas respuestas del informante sobre una categoría con otras que van fluyendo en la entrevista y construir nuevas preguntas enlazando temas y respuestas (Creswell, 2015). El etiquetado de los informantes para su codificación se hizo con la combinación Género-Cargo-Nación. Los datos transcritos fueron agrupados y reanalizados por temas de acuerdo con los perfiles de personas en tratamiento a los que correspondían (EMCDDA, 2017). Los datos agrupados fueron desagregados de acuerdo con cuatro categorías relacionadas con el concepto “Recovery”: características sociodemográficas, redes de tratamiento, factores psicosociales y recorrido de recuperación. Para completar los datos, se realizó un análisis estadístico básico (medias y porcentajes) de las respuestas de los informantes. Ambos análisis se incluyen en el texto, ofreciendo información sobre los resultados de manera complementaria.

5.2.2. Muestra.

Los participantes fueron elegidos debido a su experiencia internacional en los ámbitos de la elaboración de políticas, la prevención y/o intervención en adicciones, la investigación y la docencia en el ámbito (Flick, 2018). Las entrevistas se realizaron a través de videoconferencia o personalmente por el propio investigador, con una duración estimada entre 45 y 60 minutos. Las entrevistas se han realizado a informantes clave a nivel internacional. Las condiciones de elección de los informantes fueron: Relevancia en la red nacional y europea; En activo a nivel local, nacional e internacional; Conocimientos contrastados sobre el aspecto a analizar (programas de recuperación); y con largo recorrido en la evolución del problema. Las entrevistas se realizaron en inglés, español o italiano, según el idioma preferido por el entrevistado (Ver Tabla 10).

Se realizaron 18 entrevistas (8 mujeres y 10 hombres) a expertos internacionales, localizados en Bélgica, Croacia, Italia, Países Bajos, Noruega, Rusia, España y Suecia. Todas las personas son mayores de 40 años, con más de 10 años de experiencia profesional en el ámbito del estudio (recuperación de adicciones) y formación específica en el área (Máster o doctorado). Los participantes eran representativos de los siguientes grupos: salud física, psicoterapia, investigación, intervención directa, aspectos legales y elaboradores de políticas. Se seleccionaron expertos y no otros agentes implicados en los programas, como usuarios o familiares, para evitar la "retórica de reacción" (Hirschmann, 1991) y los sesgos vinculados. Se realizó una entrevista a cada experto. Se recopilaron múltiples tipos de datos, incluyendo grabaciones y datos escritos por el moderador y los asistentes del moderador, así como observaciones sobre el terreno cuando se realizaron las entrevistas personalmente. Se realizaron reuniones semanales

de revisión para reducir sesgos y triangular hipótesis, resultados e investigadores. La información cualitativa se ha analizado utilizando el programa Atlas.ti 8.0

Tabla 10.

Participantes en el estudio cualitativo.

Participante	**Organizaciones**
CC	Profesora de Estadísticas aplicadas a Salud Pública, Escuela de Enfermería, Trinity College, Dublin University
JE	Responsable de programas en WOCAD (Women Organisations´ Committee on Alcohol and Drugs issues).
MB	Coordinadora de proyectos europeos en San Patrignano
ZZ	Director clínico del Hospital de las Hermanas de la Caridad, Zagreb.
MN	Coordinadora de Comunicación y Políticas de Drogas en EURAD
PP	Responsable de proyectos de Recuperación de adicciones, ayuntamiento de Helsinki
LM	Coordinador de Enfermería del Hospital Clínico de las Hermanas de la Caridad, Zagreb.
DB	Profesor de Criminología, Universidad de Derby.
DD	Profesor de Criminología, Facultad de Educación y Rehabilitación, Universidad de Zagreb.
IJ	Parlamento europeo

5.3. Resultados del estudio cualitativo.

A continuación, se presentan los principales resultados de las entrevistas, incluyendo la información cualitativa y el análisis estadístico de las respuestas de los informantes. Se han analizado las diferentes categorías y dimensiones del estudio, generando el esquema que puede contemplarse en la tabla 11. Los resultados del estudio cualitativo sobre la opinión de las personas expertas se presentan agrupados en los perfiles específicos (EMCDDA, 2017), incluyendo diversos “verbatim” de los participantes. Se ha incluido en dichas frases textuales también el identificador de la

persona informante, para facilitar la comprensión y contextualización de la información recibid durante las entrevistas.

Tabla 11.

Dimensiones y categorías del estudio.

Características sociodemográficas	Redes de tratamiento	Redes de apoyo social	Intervención
Género	Servicios de salud general	Familias	Sustancias/conductas adictivas
Edad	Servicios sociales	Redes sociales/amistades	Salud y calidad de vida
Nivel de estudios	Servicios de salud mental	Participación social	Estigma
Nivel socioeconómico	Programas de reducción del daño	Apoyo social percibido	Prevención de recaídas
	Programas basados en recuperación	Residencias/hogar /soportes	Capacidad de recuperación

5.3.1. Personas Mayores de 40 años con Problemas Sociales y Sanitarios y un Consumo Problemático de Opiáceos o Policonsumo.

Sobre la pregunta, "¿A qué grupo le resultan menos apropiados los programas basados en recuperación?": un 83.3% de los informantes opinaron que los programas basados en recuperación son más apropiados para las personas en tratamiento por problemas de opiáceos o policonsumo, tomando como referencia la aparición de dichos programas como respuesta sanitaria y social a la epidemia de la heroína que afectó Europa sobre todo en las décadas de los años 80 y 90. Como señala una participante *"El tratamiento disponible para los usuarios de opiáceos mayores de 40 años no ha cambiado y sigue siendo el mismo desde los años 80: tratamientos de sustitutivos*

opioides. En ese momento sólo había metadona disponible, ahora también tienen buprenorfina. También hay un poco más de atención a la situación de la salud (la erradicación del VIH y del VHC se ha implementado para los consumidores activos de drogas) y a sus necesidades sociales. Por un lado, esta es una manera de mejorar parcialmente su calidad de vida, por otro lado, esta estabilidad crónica a menudo les impide buscar la recuperación". (Mujer, profesora de Salud Pública).

Acerca de la pregunta "¿Cómo ha sido la adaptación de los actuales programas de recuperación a los consumidores de opiáceos mayores de 40 años?": el 66.6% de los participantes expresan su percepción de que, para este grupo de personas en tratamiento, existen programas de tratamiento suficientes, especialmente programas que combinan aspectos sociosanitarios y psicosociales de manera sistemática y evaluada. En opinión de un participante, "*"los servicios y necesidades sanitarias de personas adictas a opioides como la desintoxicación y los TSO están ampliamente disponibles y son de fácil acceso."* (Varón, director médico).

Para las preguntas, "¿Cuáles son las necesidades no cubiertas que se conectan con peores tratamientos para estos grupos?": un 77.7% de los informantes indican que en los programas basados en recuperación hay aspectos que se trabajan muy intensamente, como el autocuidado, los hábitos de comportamiento, el análisis cognitivo de la adicción y la prevención de recaídas. Hay otros aspectos importantes que no están tan integrados dentro de los programas. Como dice una participante, *"los tratamientos sustitutivos están resueltos. Los problemas de dónde vivir no están resueltos. Los problemas de amenazas de las bandas de traficantes no están resueltos. Los problemas de las necesidades de mujeres con niños no están resueltos. El trauma y la enfermedad mental no están siendo abordados."* (Mujer, directora de programas).

Como respuesta a la pregunta "¿Cómo ha sido la adaptación de los programas actuales basados en recuperación para los consumidores de opiáceos mayores de 40 años?": el 44.4% de los participantes indican que los hay diversos tipos de consumidores de opiáceos que no reciben tratamientos adaptados a sus necesidades, y el problema no es el tipo de sustancia consumida. Como señala una participante, "*los adictos a los opiáceos tienen tratamientos adecuados. Los jóvenes y las mujeres adictos a estimulantes, anfetaminas y cannabis no reciben un tratamiento apropiado. Si vamos más allá, programas adecuados a género y edad no existen."* (Mujer, profesora de Salud Pública).

En respuesta a la pregunta, "¿Han identificado necesidades no cubiertas desde hace tiempo en los grupos de atendidos?": un 72.2% de los participantes identificaron el estigma y las dificultades de integración social, especialmente, en el ámbito laboral, como principal problema no cubierto por los tratamientos. Existen problemas que parecen permanecer estables en el tiempo, en la opinión de los participantes. Como señala una informante, *"los niveles de estigma y marginalización siguen siendo muy altos en la sociedad."* (Mujer, coordinadora de Comunicación y Políticas de Drogas).

5.3.2. Mujeres con Problemas Relacionados con las Drogas.

Como respuesta a la pregunta "¿A qué grupo le resultan menos apropiados los programas basados en recuperación?", se identificó otra categoría de problema, que es la ausencia de programas de cuidados para mujeres con problemas de drogas. Dentro de la red europea, este tipo de programas parecen ser extremadamente reducidos. La necesidad de programas con sensibilidad de género para mejorar su efectividad parece clara; de todas maneras, las intervenciones específicas con perspectiva de género existen, pareciendo ser insuficientes tanto en salud pública como en la intervención

sobre factores psicosociales. Un participante indicó que *"el tratamiento para mujeres con problemas por el abuso de sustancias no debería tener en cuenta únicamente aspectos biológicos, sino también factores sociales y ambientales, trauma y agresiones sexuales (que es más habitual en mujeres que buscan tratamiento por problemas de drogodependencias) y factores relacionados con la independencia financiera, el embarazo y el cuidado de los/las hijos/as."* (Varón, coordinador médico de programas).

Sobre la pregunta, "¿Cómo ha sido la adaptación de los actuales programas basados en recuperación para las mujeres con problemas de adicciones?, se observa claramente la necesidad de formación para los profesionales de salud mental y adicciones en sensibilidad de género (77.7% de informantes). Se detecta como necesario tanto en el diseño como en la intervención, especialmente en los cuidados a mujeres que asisten a centros sociosanitarios, para evitar estereotipos e incluir este tipo de mandatos en la intervención. Una participante decía que *"debería haber programas formativos para personal sanitario para reconocer los síntomas del abuso de alcohol y drogas en mujeres, especialmente para las mujeres mayores. Sobre todo, el equipo médico debería estar formado en cómo reaccionan a los analgésicos diferentes pacientes en función de si usan drogas o no."* (Mujer, coordinadora de proyectos europeos)

Se realizó la pregunta "¿Cuáles son las necesidades específicas de estos grupos: tratamiento, cuidados y seguimiento relacionados con el abuso de drogas?". Esta situación se convierte en más compleja al entender que considerar un "subgrupo" a las mujeres drogodependientes o un colectivo vulnerable no es un enfoque adecuado, dado que este aspecto surge al considerar al sujeto neutro como el hombre drogodependiente a partir de las necesidades del cual se diseñan y adecuan programas, y todo lo demás conforma la alteridad reduciendo a "colectivo" a las mujeres consumidoras y adjudicándoles la misma categoría de subgrupo que a jóvenes consumidores, personas

con comorbilidad psiquiátrica u otros grupos de especial vulnerabilidad. Esta perspectiva, habitualmente utilizada, ha llevado a problemas crónicos en la adherencia a los tratamientos de las mujeres y el abandono de los mismos, además de contribuir a su invisibilidad social. Como dice una participante en el estudio, *"también hay un grupo amplio de mujeres altamente funcionales, trabajadoras y casadas que tienen hijos/as y que son adictas a estimulantes, cannabis y alcohol, que después de años de adicción presentan ansiedad, depresión e insomnio."* (Mujer, psicóloga).

Sobre la pregunta "¿Han identificado necesidades no cubiertas desde hace tiempo en los grupos de atendidos?", es importante señalar la accesibilidad a los tratamientos para mujeres con menor acceso a recursos, uno de los grupos con mayores riesgos psicosociales. Es de vital importancia aumentar la visibilidad de los programas para mejorar el acceso de las mujeres con problemas de drogas, además de tener en cuenta las barreras que impiden dicho acceso, como el miedo a las consecuencias legales relacionadas con el cuidado de los niños. Como indicó una participante, *"creo que las que desconocen los servicios y programas son incluso más caóticas y en riesgo. Quizás hay más mujeres ocultas para los servicios por los posibles problemas con los niños."* (Mujer, coordinadora de programas de reducción del daño).

Además, en respuesta a esta pregunta se deben tener en cuenta los problemas psicosociales relacionados con las adicciones para las mujeres, especialmente violencia de género y explotación sexual. Muchas de estas mujeres necesitan defensa y/o protección de sus agresores, por lo que las intervenciones deben contemplar este aspecto si pretenden ser efectivas. Una participante señaló: *"Hay una necesidad de mayor atención para las mujeres. Parecen no tener acceso a información sobre las posibilidades de recuperación. También son víctimas de violencia, de género y explotación sexual. Son necesarios esfuerzos sistemáticos para abordar los problemas*

relacionados con cuidado de menores, embarazo y los traumas que sufren a menudo. La continuidad en los cuidados, el apoyo tras tratamiento y la resocialización no son reconocidos como elementos clave en la recuperación." (Mujer, profesora de Salud Pública).

Los participantes fueron preguntados sobre sus opiniones acerca de objetivos pendientes y concretos de los programas basados en recuperación. En función de sus respuestas, los problemas del alojamiento de las beneficiarias de los programas (83.3%) y su inserción sociolaboral (89.9%) fueron considerados pendientes de cubrir en los países europeos. Además, se encontraron otras carencias en el sistema, incluyendo problemas con las redes de apoyo social, la colaboración entre organizaciones y administraciones (61.1%), las redes públicas de atención (salud mental, violencia y consumo de drogas) (77.7%), y la atención privada. Estos factores se deberían considerar importantes en programas que se basan en el empoderamiento, el desarrollo personal y las competencias sociales. Como dijo una participante, *"según mi experiencia, hay necesidades no cubiertas en empleo y residencia en primer lugar. Y la colaboración entre autoridades locales y empresas privadas proveedoras de empleo deberías ser apoyada por las autoridades gubernamentales".* (Mujer, coordinadora de Comunicación y Políticas de drogas). En la opinión de otro experto, *"siguen sin cubrirse las necesidades relacionadas con la continuidad en los cuidados: inserción social, actividades con significado de apoyo social, trabajo y residencia."* (Varón, coordinador de proyectos europeos).

Los participantes en el estudio reconocieron que el factor género es importante para determinar la adecuación de los tratamientos (94.4%). Indicaron que resulta apropiado implementar más programas específicos, especialmente para profesionales de atención directa con las personas en tratamiento. Como decía una participante,

"tenemos un número muy bajo de mujeres pidiendo ayuda y las programas con sensibilidad adicional en aspectos de género no está generalmente disponibles para ellas." (Mujer, coordinadora de proyectos europeos). Otra participante apuntó: *"Los aspectos del género son ahora centrales en la discusión sobre los tratamientos, y más programas que tienen en cuenta las necesidades específicas de las mujeres están ahora disponibles en algunos servicios públicos de drogodependencias. Los/as profesionales tienen ahora más cuidado con que las mujeres presentan problemas de salud diferentes, tanto como la existencia de aspectos relacionados con los niños y el embarazo, y están lentamente acercando estas preocupaciones a los programas para que sean disponibles para mujeres."* (Mujer, psicóloga).

5.3.3 Jóvenes con Problemas Relacionados con las Conductas Adictivas y Otras Conductas de Riesgo.

Cuando se le preguntó a los participantes "¿Cuáles son los grupos para los que los programas de recuperación están menos adaptados?", apareció un consenso sobre los jóvenes que presentan problemas con las drogas (94.4% de los participantes): la atención es inadecuada, los programas no están adaptados a los patrones de consumo, no se contemplan factores psicosociales propios del siglo XXI (como la diversidad de sistemas familiares) y los programas basados en recuperación no son efectivos para este grupo. En la opinión de un participante, *"los hombres jóvenes van menos bien que los demás y los hombres van menos bien que las mujeres"*. (Varón, profesor de Psicología).

Ante la pregunta "¿Cuáles son las diferencias entre los perfiles actuales comparados con los anteriores perfiles?", también parece haber consenso sobre el problema (88.9%). Sus respuestas indican que el cambio principal se ha producido en

los patrones de consumo y en las prioridades del grupo, y que estas prioridades no han repercutido en una estrategia de cambio de los programas basados en recuperación.

"Ha habido un cambio en el perfil de las personas que buscan ayuda para su adicción. Ahora en su mayoría tenemos jóvenes, de 18 a 24 años, de ambos sexos, que utilizan problemáticamente anfetaminas y cannabis, y experimentan consecuencias de salud mental de moderadas a graves. Son muy agresivos, envueltos en actividades violentas y delictivas, con un fuerte apoyo de las familias, que ahora se dan cuenta de los signos del problema de adicción antes en comparación con el período hace 10 años, cuando las carreras de adicción comenzaban 10-15 años antes de que la familia se involucrara." (Varón, profesor de Criminología).

Ante la pregunta "¿Cómo ha sido la adaptación de los programas basados en recuperación a los jóvenes actuales en riesgo?", quedó claro que los informantes señalaban que los programas no se habían adaptado a los desafíos que presentaban los jóvenes con conductas de riesgo y que siguen siendo funcionales, en la frontera de los que se podría considerar adicción, y que no encuentran programas adecuados para sus perfiles y necesidades (83.3%). Una participante señaló que "*Tenemos jóvenes usuarios de derivados cannabinoides o que toman anfetaminas y estimulantes de alto funcionamiento que no puede encontrar el apoyo adecuado dentro del sistema o no creen que necesiten ayuda, y acuden a nosotros debido a la familia"*. (Mujer, coordinadora de proyectos europeos).

Parecen haber propuestas de cambio en este sentido; de cualquier forma, las propuestas parecen ser más reactivas que prospectivas. Al preguntar "¿Cuáles son las necesidades no cubiertas que conectan con peores recorridos?", las respuestas señalaron que otro de los problemas detectados es el uso reducido de educación para la salud y de

intervención temprana para estos jóvenes, lo que aumenta la severidad del problema y sus consecuencias. Como dijo un participante, *"el aumento del número de jóvenes con comportamiento adictivo grave, y la disminución de la edad de primer contacto con las drogas, sensibilizaron a los responsables de los servicios y también estimularon la aplicación de iniciativas de prevención dirigidas a niños y adolescentes."* (Varón, profesor de Criminología).

Se realizó la pregunta "¿Cuáles son las necesidades específicas de estos grupos: tratamiento, cuidados y seguimiento relacionados con el abuso de drogas?". Los expertos indicaron que un abordaje coordinado y comprensivo, incluyendo diversos recursos y estrategias adaptadas, resulta necesario, especialmente en el caso de los jóvenes con conductas de riesgo. También resulta importante incluir estrategias de apoyo social (66.6%) y entrenamiento en manejo de contingencias para las personas implicadas en los procesos de los jóvenes (77.7%), para mejorar la eficacia de los programas. Un participante dijo que "*"los usuarios jóvenes son sensibles a las señales sociales, con grupos de compañeros y familias siendo muy influyentes. Por lo tanto, las necesidades específicas de esta población están relacionadas con la necesidad de mejoras en los servicios que faciliten la participación de los padres, integren la escuela y reconozcan la importancia de las relaciones prosociales entre pares."* (Varón, profesor de Criminología).

5.4. Discusión: ¿podemos hablar de "intervención psicosocial?

La intervención sobre factores psicosociales en los programas basados en recuperación, no es homogénea según el perfil de las personas atendidas. El consenso de los informantes indica que la cobertura que reciben las personas consumidoras de opiáceos o policonsumidoras es significativamente mejor que otros perfiles. Los

tratamientos sustitutivos están disponibles en los países europeos de manera generalizada, mientras que los programas basados en recuperación no son totalmente accesibles de la misma manera (EMCDDA, 2017). La adecuación de los programas basados en recuperación a los actuales perfiles sigue siendo reducida, estando todavía muy vinculados a los tratamientos que se desarrollaron ante el consumo de heroína (Laespada e Iraurgi, 2009).

La intervención sobre factores psicosociales está más diseñada y adaptada para los consumidores de opiáceos mayores de 40 años que a otros perfiles, como es el caso de los jóvenes (Stockings et al., 2016). Este resultado es coincidente con estudios previos (Laespada e Iraurgi, 2009).

En el caso de la promoción de salud y de la educación para la salud (Gurung, 2010), es en el grupo de riesgo de los consumidores de opiáceos mayores de 40 años, donde parece estar más claro el grado y tipo de intervención. Sobre el grupo de jóvenes, parecen necesarias las adaptaciones a los perfiles de conductas de riesgo actuales, así como la prevención de recaídas y la identificación temprana y eficaz de los aspectos diferenciales en los tratamientos (Milkman, y Wanberg, 2012), como debería suceder de manera generalizada con los jóvenes que comienzan a presentar problemas relacionados con las conductas adictivas (Bumbarger y Campbell, 2011).

Respecto al resto de perfiles, parece necesaria una adaptación, sobre todo a las necesidades de las mujeres con problemas de adicciones (Hansen, 2018; Martínez, 2018). Los programas para mujeres con problemas de adicciones, como en el caso de las mujeres con hijos, siguen siendo limitados (Covington, 2008). La evidencia, la práctica y numerosas líneas de trabajo indican la necesidad de cambiar la mirada en cuanto a la perspectiva de género como algo “adicional”, sino como algo transversal y necesario

para crear programas más efectivos para hombres, mujeres, otras identidades de género y colectivos LGTBIQ (Hansen, 2018).

Además, se encuentran problemas relacionados con la integración social, el estigma de las adicciones que sigue siendo determinante para el ingreso y mantenimiento en un programa (Kulesza, Matsuda, Ramirez, Werntz, Teachman y Lindgren, 2016), el trauma (Najavits, 2007) y la enfermedad mental (cuyo abordaje para la población drogodependiente sigue pareciendo ineficaz e insuficiente), el cuidado de los niños y las habilidades/competencias parentales (Boyle y Johnstone, 2014). En diversos programas europeos (como veremos en el capítulo siguiente) ya están utilizando estos modelos de promoción de salud e intervención comunitaria, tanto en la reducción de situaciones de riesgo por consumos de drogas y los problemas asociados (especialmente delincuencia y emergencias sociosanitarias), como para mejorar en la convivencia y la participación ciudadana (Best, Bliuc, Iqbal, Upton y Hodgkins, 2017).

Otro de los ámbitos en el que parece adecuado reflexionar es sobre la coordinación entre el sistema sanitario (especialmente los tratamientos farmacológicos, incluyendo sustitutivos, y los protocolos médicos) y el resto de servicios que participan en la intervención social en conductas adictivas (Bumbarger, y Campbell, 2011). Dicha coordinación, que se percibe como muy beneficiosa y que mejora claramente la eficiencia de las redes y servicios, necesita de perfiles profesionales que estén habituados a trabajar en la multidisciplinariedad, como son los profesionales de la Psicología de la Intervención Social (Molina et al., 2020).

Otro aspecto que se evidencia al revisar la investigación realizada en este ámbito, es la necesidad de incluir estrategias de mejora continua, evaluación y propuestas de acción dentro de los programas de intervención en adicciones (Bumbarger

y Campbell, 2011). Las investigaciones señalan dicha necesidad como un aspecto crucial para la adecuación de los programas a los diferentes perfiles de riesgo. Si no se lleva a cabo, seguirán existiendo programas para consumidores de opiáceos que son altamente eficaces (a pesar de las leyendas existentes sobre ellos) y continuarán sin encontrar tratamientos adecuados para otros perfiles de riesgo, como sucede en el caso de las mujeres y los jóvenes (Barzanti et al, 2017).

La evolución de los programas de tratamiento de adicciones para grupos específicos resulta muy limitada y necesita una mayor adecuación. Especialmente, se percibe muy limitado el papel de la promoción y educación para la salud dentro de dichos programas (Gurung, 2010).

5.4.1 Limitaciones del Estudio.

Como limitaciones, además del tamaño de la muestra del estudio, otra importante limitación es la selección de un perfil concreto de informante, dado que no se ha podido completar la información con datos de otros agentes implicados (personas en tratamiento y familiares). Además, el uso de metodología cualitativa (apoyada en unos análisis estadísticos básicos) no permite contrastar hipótesis sino generar nuevas líneas y descripciones más profundas de las causas y consecuencias de los problemas (Tiburcio y Kressel, 2011). Sigue existiendo (como hemos mencionado en el estudio previo) la necesidad de desarrollar programas basados en recuperación utilizando un diseño experimental (o cuasi-experimental) para facilitar la evaluación y seguimiento de los procesos y resultados vinculados a los programas basados en recuperación.

5.5. Conclusiones del estudio cualitativo.

Los programas basados en recuperación deben estar integrados en las redes de intervención, junto a los servicios sociales, los servicios sanitarios y la red de empleo (Sahker, Ali y Arndt, 2019). Los modelos basados en recuperación deben integrar (como hemos indicado en el estudio anterior) factores como el apoyo social, el género, la inserción sociolaboral y la participación activa (Best et al., 2017). Es necesario desarrollar acciones específicas para grupos concretos, además de incluir sistemas de evaluación y seguimiento que validen la eficiencia y adecuación de los programas basados en recuperación. De esa manera, se ofrecerá una correcta intervención sobre los factores psicosociales vinculados a este problema social.

CAPÍTULO 6. Buenas Prácticas en Recuperación de Personas con Problemas de Adicciones en Europa.

6.1. Introducción: el proyecto Triple R.

Una vez realizado el análisis de los factores psicosociales para los subgrupos de riesgo, diseñados posibles modelos de recuperación, y profundizado en la forma en la que dichos factores son abordados en los actuales programas europeos de recuperación de adicciones, la fase siguiente del estudio plantea qué prácticas se pueden considerar adecuadas, innovadoras, sostenibles y replicables en la recuperación de personas con problemas de adicciones. Para desarrollar la validación y compilación de buenas prácticas, el equipo investigador participó en el proyecto Triple R. El proyecto "HOME/2014/JDRU/AG/DRUG/7092-Triple R: Rehabilitation for Recovery and Reinsertion" (Barzanti et al., 2017a) tiene como eje principal la estandarización de modelos de intervención en recuperación de adicciones, especialmente el aprendizaje entre iguales y la posterior reintegración social, fomentando el emprendimiento y el empleo social como manera de potenciar esa recuperación social (Best, 2012).

El objetivo del proyecto Triple R consiste en mejorar la rehabilitación de personas con problemas de drogas, a través del desarrollo e intercambio de enfoques innovadores dirigidos a la recuperación y la reintegración social (sobre todo, la integración sociolaboral), así como el intercambio de información sobre prevención de recaídas y modelos de intervención psicosocial, para favorecer la identificación y difusión de buenas prácticas en este ámbito. Dentro de todo en proyecto se integraron aspectos diferenciales de género (Bird y Rieker, 2008). Su actividad principal consistió en documentar prácticas de aprendizaje entre iguales y estrategias de emprendimiento social, presentadas como eficaces y pertinentes en la recuperación de las personas con problemas de adicciones en Europa (EMCDDA, 2017).

Este proyecto fue coordinado por la asociación italiana San Patrignano, junto a cuatro países más de la UE: España, Bélgica, Suecia y Croacia. Como ejes del proyecto se utilizaron los conceptos de Rehabilitación, Recuperación y Reinserción (las tres R del título) de las personas con problemas de adicciones a nivel europeo. Las prácticas fueron seleccionadas mediante un panel de expertos y recogidas en los manuales "Manual on rehabilitation and recovery of drug users" (Barzanti et al., 2017b) y "Handbook on social reintegration of recovered drug users" (Barzanti et al., 2017a). Posteriormente, se publicó un tercer manual relacionado con los aspectos jurídico-penales de las adicciones.

6.2 Método del proyecto Triple R.

Hay que diferenciar entre el método del proyecto basado en recopilación y validación de buenas prácticas e intercambio de experiencias, y el método de la evaluación, basado en acción participativa y análisis de información cuantitativa y cualitativa. Ambos formaron parte del proyecto, los productos resultantes fueros diferentes en cada uno de los casos. Se detallan a continuación las técnicas que se utilizaron para la validación de las prácticas.

6.2.1. Panel de Expertos.

Se utilizó esta técnica dado que permite analizar en profundidad los temas y porque permite que los informantes puedan expresar sus opiniones, matizar sus respuestas, e incluso desviarse del guión inicial pensado por el investigador, cuando se atisban temas emergentes que es preciso explorar (Creswell, 2014).

Los criterios de inclusión de los expertos fueron los siguientes:

- Relevancia en la red nacional y europea;

- En activo a nivel local, nacional e internacional;

- Conocimientos contrastados sobre el aspecto a analizar (programas de recuperación);

- Con al menos 10 años de experiencia en la evolución del problema.

Participaron 10 expertos (5 hombres y 5 mujeres) en el ámbito europeo de la elaboración de políticas, la prevención/intervención en conductas adictivas y la investigación/estudios académicos sobre el tema, especialmente conocedores de los programas de recuperación de adicciones a nivel internacional.

6.2.2. Visitas a Centros y Programas.

Se realizaron una serie de visitas a centros y programas europeos basados en Recuperación para determinar de qué manera se realizaban las intervenciones, especialmente las prácticas de grupo de iguales y la integración sociolaboral posterior al tratamiento (ver Tabla 12). Dichos centros estaban situados en los países de referencia del proyecto Triple R, pero no eran de manera exclusiva programas y servicios de las entidades que formaban parte del proyecto.

Tabla 12

Centros visitados

Programas	**Redes**
Centros residenciales, reinserción sociolaboral y economía social	Estocolmo (Suecia), entidad coordinadora Basta.
CT San Patrignano, programas de economía social y emprendemiento)	Rímini (Italia), entidad coordinadora San Patrignano.
Red de tratamiento de adicciones de la ciudad de Barcelona	Barcelona (España), entidad colaboradora Dianova.
CT Santa Marta y CT Santa Lucía, programa de reinserción, programa BeEtthics	Roma (Italia), entidad coordinadora CEIS.
Red municipal de adicciones de Gante, CT De Kiem, albergue municipal, programa de reducción del daño, Housing First y centro de reinserción	Popov Gante (Bélgica)

Se visitaron redes de intervención que presentaran componentes de colaboración entre administraciones públicas y organizaciones privadas y de la sociedad civil. Para la observación directa (no participante) se utilizaron las dimensiones de Eficacia, Eficiencia, Pertinencia, Visibilidad, Cobertura e Impacto social (efectos no esperados).

6.3. Resultados del proyecto Triple R: el modelo HERMESS.

6.3.1 Buenas Prácticas Documentadas

El proceso de evaluación y selección de las acciones se recogió en los manuales del proyecto Triple R (Barzanti et al., 2017a; Barzanti et al, 2017b) (ver Tabla 13). En el proyecto, fueron seleccionadas las siguientes prácticas:

- Red integral de intervención en adicciones de Gante (Bélgica), que incluye el "programa de emergencia social", el Tribunal de Justicia para personas con problemas de adicciones ("Drug Court") y "el programa de aprendizaje entre iguales en comunidad terapéutica "De Kiem".
- Centro residencial de recuperación de adicciones "Dianova" (España), especialmente el programa de grupo de iguales y los grupos de educación en igualdad (trabajo de género).
- Programa de apoyo social para familias de personas con problemas de adicciones "Dianova" (España), especialmente las asambleas y la metodología BSFT.
- Programa "BeEthics" del CEIS Roma (Italia), entrenamiento comunitario en valores y toma de decisiones.
- Intervención en grupo de iguales para personas con patología dual en la CT Santa Marta (Italia).

- Economía social y emprendimiento en Basta (Suecia), especialmente los programas de entrenamiento y capacitación profesional.

- Empresas de economía social y trabajo comunitario en San Patrignano (Italia), especialmente las industrias y comercios desarrollados por los usuarios del programa.

Tabla 13
Resumen de Buenas Prácticas revisadas

Buena Práctica	Organización	País
Red integral de intervención en adicciones de Gante	Popov	Bélgica
Centro residencial de recuperación de adicciones	Dianova	España
Programa de apoyo social para familias de personas con problemas de adicciones	Dianova	España
Programa “BeEthics”	CeIS Roma	Italia
Intervención en grupo de iguales para personas con patología dual	CeIS	Italia
Economía social y emprendimiento	Basta	Suecia
Empresas de economía social y trabajo comunitario	San Patrignano	Italia

6.3.2. Evaluación del Programa

Se evaluó el nivel de conocimiento de los participantes sobre la recuperación previa al intercambio de mejores prácticas de Triple R, así como el nivel de conocimiento después, nivel de satisfacción con lo aprendido y los beneficios que su organización obtuvo de la participación en Triple R. Se utilizaron como agentes implicados (“stakeholders”) a representantes de los diferentes aspectos de la intervención:

- Responsables de programas.

- Personal de intervención directa.
- Usuarios y usuarias.

Se utilizó un cuestionario de manera generalizada (N=158). En el cuestionario, dividido en cuatro partes, se recogía información sobre la persona que completaba el mismo, así como de la organización que representaba, el ámbito de intervención, el principal objetivo de la organización en relación a las adicciones (asesoramiento, investigación, orientación laboral, tratamiento, reducción del daño), el grupo destinatario y las redes a las que pertenecía la organización.

La parte A evaluaba la selección y el intercambio de Buenas Prácticas, analizando cada actividad, cada práctica propuesta, cada visita de estudio y acción formativa, realizando preguntas específicas sobre cada bloque temático del proyecto: Rehabilitación, Recuperación, Reducción del daño e intervenciones en el ámbito jurídico penal. Los participantes fueron preguntados en relación a cada práctica propuesta, cada intercambio y cada acción formativa sobre su nivel de satisfacción, su percepción de utilidad, y los siguientes criterios:

Eficacia: capacidad de la acción/buena práctica de mejorar el programa.

Visibilidad: relevancia y reconocimiento de la buena práctica en su ámbito local/nacional.

Sostenibilidad: capacidad de la buena práctica de mantenerse económica y operativamente en el tiempo dentro del programa de intervención.

Impacto social: capacidad de la Buena práctica de hacer una diferencia/añadir un valor competitivo para sus potenciales beneficiarios o para la organización, además de detectar los posibles efectos no esperados (positivos o negativos) de la implementación de la buena práctica.

La parte B se orientaba a evaluar el contenido basado en concreto en recuperación. Esta parte recopilaba datos en relación al nivel de recuperación adquirido por las organizaciones, sobre el aprendizaje de mejora de la recuperación realizado durante el Proyecto y de las lecciones aprendidas para mejorar la recuperación durante el intercambio de buenas prácticas. También se incluían preguntas sobre la percepción de la relevancia de la recuperación a nivel nacional, la importancia de recibir asesoramiento y/o formar parte de redes internacionales sobre el tema, sobre cómo se iba a llevar a cabo la diseminación de las buenas prácticas y sobre cualquier tipo de retroalimentación que los participantes consideraran necesaria.

La parte C elaboraba el nivel de satisfacción con el Proyecto y el incremento de conocimiento que implicaba el mismo, evaluaba las habilidades adquiridas por las personas participantes y cómo planificaban su uso, además de mencionar las áreas no contempladas en el proyecto y posibles mejoras del mismo.

La parte D se orientaba hacia el uso de las buenas prácticas y los manuales en las que se recopilaban, los resultados esperados y el impacto de dichas publicaciones, especialmente en los foros y profesionales especializados sobre el tema, en los contextos nacionales e internacionales.

6.3.2.1 Resultados

En general, el nivel de satisfacción sobre el aumento de conocimientos relativos a la recuperación ha sido muy positivo: el 42% de los entrevistados se consideraban muy satisfechos y un 29% satisfechos. Se compartieron los siguientes comentarios sobre las principales áreas de especialización:

- El aprendizaje sobre otras instituciones, nuevos proyectos, soluciones y grandes ejemplos.

• La inspiración para crear e implementar nuevas ideas sobre emprendimiento e inserción y conocer diferentes enfoques culturales y sociales.

• Evaluar la influencia de las circunstancias políticas y económicas en las metodologías.

• Adquirir un conocimiento más completo sobre la adicción y los problemas correlacionados como la violencia de género, la comorbilidad y las personas sin hogar.

Específicamente, las principales habilidades adquiridas que se han identificado se presentan en la Tabla 14.

Tabla 14

Habilidades adquiridas.

Habilidades	**Buenas Prácticas**
Técnicas de aprendizaje entre pares.	Conocimientos técnicos sobre intervenciones grupales con personas que presentan comorbilidad ("dual pathology peer-to-peer interventions").
Habilidades para la reinserción social y el emprendimiento.	Programas de rehabilitación y reintegración social orientados al emprendimiento.
Capacitación del personal y habilidades laborales.	Conocimientos técnicos sobre intervenciones grupales con personas que presentan comorbilidad psiquiátrica.
Gestión de las fases de recuperación.	Gestión de recursos y sostenibilidad
Habilidades educativas para programas para personas con necesidades especiales, como mujeres (especialmente migrantes y/o mujeres con hijos), menores y adolescentes.	Conocimientos técnicos sobre intervenciones grupales.
Uso de la justicia social para desarrollar motivación en los colaboradores.	Gestión de recursos y sostenibilidad
Colaboración entre redes públicas y privadas.	Gestión de recursos y sostenibilidad

Otros aspectos importantes que necesitan atención son el fortalecimiento de la prevención primaria, la intervención temprana, el tratamiento, la atención y la rehabilitación, la rehabilitación y la integración social.

Después del intercambio del proyecto, los encuestados compartieron un conocimiento bastante mayor sobre el mismo: se valoró el aprendizaje como excelente un 74% y como muy bueno el 29%, mostrando un gran aumento en el conocimiento adquirido durante el intercambio del proyecto. En los grupos de discusión, los participantes destacaron que las principales lecciones aprendidas sobre la recuperación son las siguientes:

• La recuperación es muy difícil de lograr por sí sola. Es un esfuerzo grupal y necesita una intervención estructurada, incluyendo aprendizaje entre iguales, asesoramiento grupal e individual y, finalmente también, tratamiento médico asistido.

• La recuperación es un proceso a largo plazo e individualizado, que comienza con una motivación para cambiar, y con suerte sin una limitación de tiempo. Debe incluir todas las etapas del tratamiento, como la intervención temprana, la reducción de daños, la rehabilitación, las actividades después de la atención y la reinserción social.

• La recuperación debe ser el objetivo de la rehabilitación y reintegración. La recuperación total significa que las personas que han pasado por un tratamiento deben ser empoderadas, personas totalmente reintegradas y ciudadanos activos, responsables y productivos.

- La recuperación implica la participación en actividades sociales, incluyendo acciones de ciudadanía y actividades sociolaborales. La recuperación total

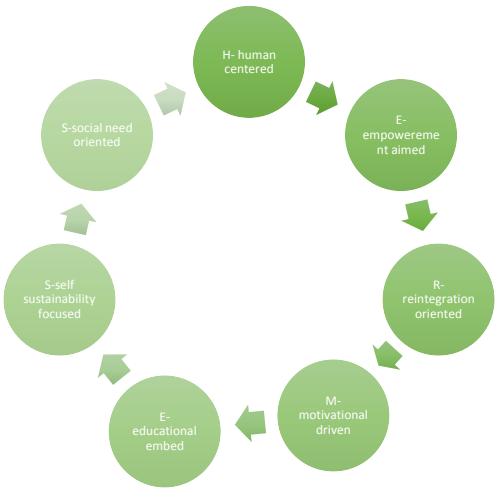
implica que las personas que llevan a cabo este proceso se conviertan en miembros activos de su contexto social y desarrollen una actividad profesional que les permite la autonomía personal.

6.3.3 El Modelo HERMESS.

Como resultado final del proyecto Triple R, se desarrolló un modelo de intervención basado en aprendizaje entre iguales y desarrollo socioemocional denominado modelo "Triple R HERMESS" sobre rehabilitación y recuperación. El modelo "Triple R HERMESS" presenta los conceptos clave que surgieron del intercambio de buenas prácticas durante el proyecto Triple R (ver Figura 10).

Figura 10

Modelo Triple R HERMESS.



Las siglas HERMESS se detallan a continuación:

- H-human centered /centrado en las personas.
- E-empowerment aimed /apoyado por Empoderamiento.
- R-reintegration oriented/ orientado a la Reinserción.
- M-motivational driven /conducido hacia la motivación (interna).

- E-educational embedded / insertado en la educación.
- S-self sustainability focused /enfocado hacia la autosostenibilidad.
- S-social need oriented/orientado a las necesidades sociales

Human centered /centrado en las personas.

Un programa de recuperación exitoso es aquel que evalúa y aborda las necesidades individuales y encuentra la mejor forma de rehabilitación y recuperación para cado uno de sus usuarios. Las personas, y no la sustancia o conducta adictiva, deben ser contempladas como el eje central del programa. Una de las claves en las intervenciones es trabajar sobre las causas profundas y las principales consecuencias que llevaron a las personas a la adicción, utilizando enfoques centrados en las propias personas (y no solo en las sustancias) y fomentando la participación activa de las personas en tratamiento.

Otro aspecto clave de la persona como eje del tratamiento es el factor tiempo. Surgió claramente de una de las lecciones aprendidas del proyecto, que señalaba con toda claridad que, después de años de adicción, una verdadera recuperación lleva tiempo. Los programas de intervención se deberían plantear como objetivos a largo plazo, permitiendo que la persona en recuperación permanezca más tiempo en el entorno protector de la comunidad, si es necesario hasta comprobar si está lista para la reintegración social. Permitir tiempo para el cambio de comportamiento representa un componente muy importante del programa individualizado.

Empowerment aimed /apoyado por Empoderamiento.

El objetivo final de la recuperación es el empoderamiento para proporcionar a las personas en proceso la autoestima necesaria, las habilidades de la vida y

profesionales que les ha faltado debido a la adicción a las drogas. Se han explorado diferentes formas o métodos para lograr el empoderamiento o la autonomía. Algunos enfoques se centran más en el trabajo, la formación profesional y el aprendizaje mediante la práctica, otros prefieren la terapia psicológica, tanto individual como grupal. Dentro de los manuales del programa Triple R (Barzanti et al., 2017a; Barzanti et al., 2017b) se encuentran ejemplos de casos y experiencias basadas en el modelo de Empoderamiento (Hombrados y Domínguez, 2007).

Reintegration oriented/ orientado a la Reinserción.

En los manuales del proyecto Triple R (Barzanti et al., 2017a; Barzanti et al., 2017b) se comprobó cómo el camino de la recuperación de las personas con problemas de adicciones, está intrínsecamente conectado con la reintegración social, especialmente con la inserción sociolaboral. Todos los casos de estudio presentados subrayaron la importancia de valorar el continuo entre la rehabilitación y la reinserción social. La reintegración social se considera el paso más avanzado de la recuperación, y debería estar también integrada en la planificación de los programas; as u vez las actividades realizadas en la rehabilitación, deben ser funcionales para el logro de una exitosa reinserción sociolaboral.

Motivational driven /conducido hacia la motivación (interna).

Dentro de los programas de tratamiento de las conductas adictivas se ha identificado la motivación como determinante crucial en el camino de recuperación (Yates, 2010). La recuperación se ha definido como un viaje personal donde la motivación es el desencadenante del cambio al comienzo del programa. La motivación desempeña un papel en el aprendizaje de los aspectos morales y en la correcta toma de

decisiones, abandonando los atajos y adoptando el compromiso con el tratamiento y el cambio personal.

Educational embedded / insertada la educación.

El modelo Triple R insiste en el papel que debe desempeñar la educación en los programas de recuperación. Las personas con problemas de adicciones han interrumpido de manera habitual sus estudios, siendo esta situación un problema para enfrentarse a los desafíos de los exigentes mercados laborales actuales y conseguir ganarse la vida. La educación formal e informal, la capacitación profesional, el aprendizaje de idiomas extranjeros y los programas de formación profesional, la obtención de títulos, son algunos de los aspectos que se deben incluir en el programa de rehabilitación y deben ser una parte integral del mismo y no un apéndice. La educación es una inversión para el futuro, exactamente como la recuperación, y ambas se beneficiarán mutuamente al incluirse en los programas de rehabilitación.

Self sustainability focused /enfocado hacia la autosostenibilidad.

Los participantes en Triple R han reconocido la autosostenibilidad y la autonomía de los programas como el principal desafío. Subrayaron que la búsqueda de fondos es una lucha constante y un trabajo que lleva mucho tiempo y que en ocasiones ensombrece el trabajo social y la misión más importante. Según la peculiaridad de cada organización, se han reconocido formas de mejorar la autosostenibilidad; algunas opciones a considerar, mientras se ofrece un programa de rehabilitación, son: asegurar fondos públicos, donaciones privadas, o tener servicios y bienes para comprar en el mercado. Dentro de las organizaciones participantes se proponen tanto la búsqueda de fondos por oferta de servicios, como la oferta de productos, pero tan solo la ONG Basta (Suecia) ha implementado un modelo que es totalmente sostenible. Para los otros socios

de Triple R, el aspecto financiero sigue siendo un desafío. Por esta razón, Triple R sugiere que la autosostenibilidad se incluya entre los objetivos a largo plazo de la organización y proporcione inspiración sobre cómo configurar las actividades y servicios para lograr la autonomía operativa de la organización. Al hacerlo, cada centro de rehabilitación aseguraría la oportunidad de proporcionar los mejores servicios y tener la última palabra sobre la duración y la implementación de los programas de recuperación ofrecidos, haciendo que el programa sea sostenible para sus beneficiarios y también para sus familias.

Social need oriented/orientado a las necesidades sociales

En el proyecto Triple R surgió en repetidas ocasiones la necesidad de ir mucho más allá de la adicción al plantear programas de recuperación. Es el caso de los programas de tratamiento en salud mental que ya utilizan modelos de recuperación, como el CHIME (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams y Slade, 2011). Los propios participantes en el proyecto Triple R han identificado nuevas formas de marginación social que requieren participación activa y experiencia, ya que hay lecciones aprendidas de la recuperación y rehabilitación que podrían aplicarse a otras necesidades sociales emergentes y podrían ser útiles para los trabajadores sociales, educadores y psicólogos que operan en diferentes campos, como la población migrante, personas mayores y personas sin hogar. Se podrían crear nuevas formas de intervención, fusionando también enfoques y grupos de destinatarios, con el objeto de aportar soluciones innovadoras para las organizaciones, sus beneficiarios y la comunidad en general.

6.4. Transferencia de Buena Práctica: Evaluación y Diseño de la Estrategia Croata de Recuperación de adicciones.

6.4.1 La Red Croata de Intervención en Adicciones.

En Croacia, desde la década de los años 90, el principal problema han sido las personas consumidoras de opiáceos, especialmente por las infecciones de Hepatitis c y VIH, para las que se diseñó una red de dispensación de metadona y brupenorfina considerada como una de las más eficaces de Europa. Desde hace años, se está orientando la red croata de intervención hacia otro tipo de programas complementarios de los sustitutivos opiáceos, como programas de prevención para adolescentes, intervención motivacional y formación y orientación laboral. En la evaluación de la estrategia croata de lucha contra la droga, uno de los elementos significativos fue la necesidad de avanzar desde un enfoque meramente sociosanitario hacia una perspectiva que integre y facilite todo tipo de programas, desde la reducción del daño hasta la incorporación laboral.

El objetivo de esta fase del proyecto se basó en transferir a la realidad croata una serie de buenas prácticas validadas en la primera fase del proyecto Triple R. Para determinar cuáles eran las prácticas más adecuadas, fue necesario analizar las actuales intervenciones en la red nacional de intervención (Croacia), utilizando como referencia los subgrupos de riesgo (EMCDDA, 2017). El paso siguiente fue proponer intervenciones adaptadas a dichas características, en un contexto social determinado como es el contexto croata.

6.4.2. Metodología de la Transferencia de Buenas Prácticas.

Para realizar la evaluación de necesidades, se ha utilizado una metodología inductiva-deductiva (Creswell, 2014), fundamentalmente un análisis de contenido con un enfoque de Teoría Fundamentada ("grounded theory") (Tiburcio y Kressel, 2011). Se partían de los temas definidos en el capítulo anterior como categorías, con lo que se estructuró el análisis del contenido sobre dichos temas y subtemas. A partir del contenido de las entrevistas y los grupos, se extrajeron las categorías. Los instrumentos propuestos para el análisis cualitativo han sido entrevistas y grupos de discusión. Como estrategia de trabajo, se propuso una estrategia tradicional de método participativo (Delgado y Gutiérrez, 1994), con estas fases:

1. Identificación de partes interesadas. 2. Organizar con ellas un grupo de trabajo. 3. Delimitación de preguntas y temas de la evaluación. 4. Toma de decisiones sobre diseño, métodos y medición. 5. Recogida de la información/datos. 6. Análisis de datos. 7. Grupo de trabajo y su implicación en el análisis. 8. Decisión sobre cómo utilizar y aplicar los hallazgos.

El trabajo de campo se dividió en dos partes:

- Entrevistas semiestructuradas (Creswell, 2014) a informantes clave en la red croata. Se han realizado 15 entrevistas a personas relevantes en el ámbito de la elaboración de políticas, la prevención/intervención en conductas adictivas y la investigación/estudios académicos en Croacia. La identificación de estas personas clave se produjo a través de las organizaciones que formaban parte del proyecto Triple R y se realizaron las entrevistas en todo el territorio croata, buscando la mayor representatividad y la información relevante y significativa tanto en el ámbito urbano como en el contexto rural croata. Por niveles, los participantes han sido

representativos de los siguientes colectivos: ámbito sanitario, ámbito investigador/docente, intervención directa, aspectos legales, empleo y soportes sociales, beneficiarios de programas y elaboradores de políticas. La información se ha analizado con el programa Atlas.ti. El resumen puede verse en la Tabla 15.

Tabla 15

Niveles y organizaciones participantes

Niveles	**Organizaciones**
Ámbitos sanitario/legal/empleo y soportes sociales	Oficina de Lucha contra la Droga, Ministerio de Sanidad, Ministerio de Justicia, Oficina Croata para el Empleo, Oficina del Europarlamentario Ivan Jakovčić.
Intervención directa	ONG Help – udruga za pomoć mladima, Comunidad Terapéutica Reto Centar, ONG UZPIRO, Cruz Roja de la ciudad de Pula, Hospital Clínico de las Hermanas de la Caridad, Centro de Intervención Social Zagreb & ONG TERRA en Rijeka.
Investigación y estudios	Facultad de Educación y Rehabilitación de Zagreb, Facultad de Criminología en Zagreb, Instituto de Educación para la Salud en Split (Región de Dalmacia).

- Para dos temas específicos (“Diseño e implementación de políticas” e “Intervención en contexto penitenciario”), se utilizó la técnica del Panel de Expertos: Encuentros de entre 90-120 minutos con entre 3-5 expertos reconocidos sobre un aspecto concreto, con el objetivo de llegar a un consenso sobre la situación y planificar una serie de propuestas a medio y largo plazo sobre los temas desarrollados. Estos temas fueron identificados como de especial relevancia en el contexto croata, especialmente debido a los compromisos existentes para adecuar y sistematizar las intervenciones que se llevan a cabo en estos contextos con los estándares europeos. Para esta parte del estudio, los participantes en los paneles de expertos eran representantes de la Oficina de Lucha contra la Droga en Croacia (para el panel de “Diseño de políticas”) y de Instituciones Penitenciarias (para el de “Intervención en contexto penitenciario”),

como se puede comprobar en la tabla 16. La información también se ha analizado con el programa Atlas.ti.

Tabla 16

Expertos participantes en el estudio

Organización	**Participante**	**Tema**
Oficina de Lucha contra la Droga	JIZ	Diseño de políticas
Oficina de Lucha contra la Droga	SM	Diseño de políticas
Ministerio de Sanidad	TĐ	Diseño de políticas
Hospital Clínico de las Hermanas de la Caridad	LM	Diseño de políticas
Ministerio de Justicia	SM	Intervención en contexto penitenciario
Ministerio de Justicia	MB	Intervención en contexto penitenciario
Facultad de Educación y Rehabilitación de Zagreb	DD	Intervención en contexto penitenciario
Hospital Clínico de las Hermanas de la Caridad	ZZ	Intervención en contexto penitenciario

Además, para complementar la información y tener una referencia de pirmera mano sobre la realidad de los programas de intervención sobre conductas adictivas en Croacia, se visitaron diferentes centros y programas, tanto ambulatorios como residenciales, que forman parte de la red oficial de intervención, fueran de Reducción del Daño o programas basados en la Recuperación, como se puede comprobar en la tabla 17.

Tabla 17

Programas visitados

Programas	**Organizaciones**
Reducción del daño (ambulatorio)	ONG Institute Pula; ONG TERRA Rijeka.
Recuperación (ambulatorio)	ONG Help – udruga za pomoć mladima, ONG UZPIRO, Hospital Clínico de las Hermanas de la Caridad, Centro de Intervención Social Zagreb.
Recuperación (residencial)	Comunidad Terapéutica Reto Centar, Cruz Roja de la ciudad de Pula.

6.4.3 Resultados.

Los resultados del estudio se presentan de acuerdo con el esquema Tema-Subtema-Categoría-Verbatim (correspondientes a frases textuales de los participantes).

Tabla 18.

Tema 1: Personas mayores con problemas sociosanitarios y con un consumo problemático de opioides y/o policonsumo.

Subtema	**Códigos**	**Citas**
Relevancia del perfil	Servicios sanitarios Servicios sociales Salud y calidad de vida Programas de reducción del daño Familias	*"El sistema croata de salud integra diferentes perfiles de adicciones. No están separados por alcohol, opiáceos, juego o lo que sea. No es importante qué tipo de sustancia es el problema, se va a recibir el mismo abordaje."* *"Los consumidores de heroína ahora son menores en número, pero todavía tienen el mismo perfil que antes: mayores, desempleados, viven con sus padres, con muy poco o ningún apoyo de familia y amigos."* *"De acuerdo con los perfiles de atención, los consumidores de opiáceos no son un gran problema, pero están aumentando los consumidores de Nuevas Sustancias Psicoactivas/NPS y los politoxicómanos."* *"Servicios concretos y necesidades de las personas adictas a opiáceos, como desintoxicación y tratamientos sustitutivos son ampliamente disponibles y fácilmente accesibles."*

Tratamiento	Servicios de salud mental Programas de reducción del daño Prevención de recaídas Programas basados en recuperación Residencias Soportes Capacidad de recuperación	*"En el pasado, la mayoría de consumidores de heroína de mayor edad (mayores de 35 años) contactaban con servicios y eran atendidos en programas residenciales de rehabilitación."* *"De cualquier forma, las comunidades terapéuticas y los otros programas de tratamiento tienen como principales beneficiarios los consumidores de heroína".* *"(Los centros públicos de atención) no hacen el tratamiento para los adictos, pero hacen el trabajo en red con las ONGs. Por tanto, están cuidando los derechos de todas las personas atendidas y los derechos sociales de las personas con problemas de adicción, pero no hacen el tratamiento, hacen el asesoramiento."* *"El otro problema es que tenemos programas sustitutivos para opiáceos pero muchos de ellos tienen problemas mentales. Hay algunos problemas resueltos con los sustitutivos, pero necesitamos intervención psicosocial y otros tratamientos para que los ofrezcan los profesionales. "*
Factores sociales	Apoyo social Estigma	*"Estimamos que el peor resultado es para los consumidores de drogas mayores de cuarenta años. Tienen una larga y fuerte dependencia, que afecta severamente al comportamiento y el estado de ánimo, sus actividades cotidianas y acciones. Tienen acceso fácil a tratamiento con sustitutivos opiodes-que desafortunadamente no resuelven sus problemas y que hace que a amenudo cuando están en tratamiento de sustitución incrementen el uso de sustancias no opiodes- o a ciertos beneficios sociales. Estas opciones no les permiten estar recuperados, pero les deja en una situación intermedia, en adicción crónica."* *"Los niveles de estigma y marginación son todavía muy altos en la sociedad. Los consumidores de opiáceos tienen muy accesible el uso de programas sustitutivos."* *"Por último, pero no menos importante, es a menudo muy difícil identificar un camino profesional válido para ellos, lo que hoy día es indispensable. También es difícil coordinar una red de apoyo social para la reinserción que sea válida."*

En las entrevistas, se constata que el problema sociosanitario del consumo de opiáceos se ha reducido, especialmente frente a nuevos patrones de consumo de drogas. Se constata que no es un problema de ausencia de dispositivos sociosanitarios: la red de programas de reducción del daño se percibe como suficiente y adecuada, implicando a diversos agentes públicos y del sector de la acción social.

A pesar de este análisis, los principales pacientes en la red sociosanitaria son personas mayores con problemas derivados del uso de opiáceos. Uno de los principales problemas que presentan estos usuarios de programas es su escaso apoyo social, tanto en el momento del tratamiento como durante su trayectoria vital. Las entrevistas reflejan dos problemas que aumentan la problemática social de las personas mayores con problemas de opiáceos: la prevalencia de enfermedades mentales en este grupo que cuentan con apoyo farmacológico, pero sin tratamiento psicosocial y la imposibilidad de realizar acciones de formación y orientación laboral adecuadas a este perfil. Este aspecto conlleva que una de las principales características de este perfil sea su grado de estigmatización social: este tipo de consumidores de drogas son los que reciben la identidad social "drogadicto", muy vinculada en Croacia (y en muchos otros países) a marginalidad y delincuencia. Y el desnivel social aumenta cuanto más disminuye la capacidad de mejora de este perfil.

Tabla 19.

Tema 2: Mujeres que presentan problemas relacionados con las drogas.

Subtema	Códigos	Citas
Relevancia del perfil	Invisibilidad Características del perfil	*"En Croacia, el mayor problema actualmente es el consumo intensivo de alcohol en jóvenes. En el Sistema de salud, el mayor problema es la combinación de alcohol y Drogas. Así que lo que consideramos drogodependiente son consumidores jóvenes masculinos de Drogas y alcohol,*

		incluso en zonas con considerable uso problemático de alcohol en mujeres." *"Tenemos un número muy bajo de mujeres pidiendo ayuda y las programas con sensibilidad adicional en aspectos de género no está generalmente disponibles para ellas."* *"También hay un grupo amplio de mujeres altamente funcionales, trabajadoras y casadas que tienen hijos y que son adictas a estimulantes, cannabis y alcohol, que después de años de adicción presentan ansiedad, depresión e insomnio."*
Tratamiento	Tipos de tratamiento Objetivos de la intervención	*"Estamos intentado desarrollar estándares de intervención, tanto en comunidades terapéuticas como en reducción del daño. Es muy importante en Croacia cumplir con los estándares internacionales del cuidado en la intervención."* *"El tratamiento para mujeres con problemas por el abuso de sustancias no debería tener en cuenta únicamente aspectos biológicos, sino también factores sociales y ambientales, trauma y agresiones sexuales (que es más habitual en mujeres que buscan tratamiento por problemas de drogodependencias) y factores relacionados con la independencia financiera, el embarazo y el cuidado de los hijos."* *"Hay una necesidad de mayor atención para las mujeres. Parecen no tener acceso a información sobre las posibilidades de recuperación. También son víctimas de violencia, de género y explotación sexual. Son necesarios esfuerzos sistemáticos para abordar los problemas relacionados con cuidado de menores, embarazo y los traumas que sufren a menudo. La continuidad en los cuidados, el apoyo tras tratamiento y la resocialización no son reconocidos en los programas sociosanitarios como elementos clave en la recuperación."*
Factores sociales	Apoyo social Estigma	*"Son dos mundos diferentes en Croacia: Zagreb es particular, porque todo es accesible, es la capital y hay otras posibilidades en atención social. Las áreas rurales y las islas presentan mayor dificultad para poder incluir el Principio de Equivalencia, en más difícil ofrecer cualquier tipo de tratamiento en áreas rurales."*

Se detecta una gran carencia en la atención a las mujeres con problemas de adicciones en la red croata. El enfoque teórico existe, la sensibilidad parece clara, pero

no hay disponibilidad de intervenciones específicas con enfoque de género, ni en el ámbito sociosanitario ni en la intervención social y psicológica. A esta situación se añade la complejidad de que los perfiles de mujeres con problemas de adicciones son diversos, se escapan de la identidad social existente e incluyen patrones normalizados de conducta, responsabilidades familiares, empleo habitual y uso de drogas legales de manera habitual combinados con alteraciones psicológicas como ansiedad y depresión. Esta situación se percibe con mayor complejidad en las zonas rurales, donde hay menos disponibilidad de recursos, mayor dificultad de acceso a los mismos y una presión social mayor sobre las mujeres. Dentro de los programas se propone detectar y trabajar con mayor profundidad los problemas psicosociales relacionados con las conductas adictivas en las mujeres, especialmente la violencia de género y sexual. Muchas de estas mujeres se encuentran en situación de indefensión, con lo que cualquier intervención, si se pretende que sea eficaz, parece necesitar incluir respuestas a estas problemáticas añadidas.

Tabla 20.

Tema 3: Jóvenes vulnerables que presentan problemas relacionados con las conductas adictivas y otras conductas de riesgo.

Subtema	Códigos	Citas
Relevancia del perfil	Características del perfil Sustancias de consumo y conductas de riesgo	*"En Croacia, el mayor problema en población es el consume intensivo de alcohol en jóvenes ("binge drinking"). En el sistema de Salud, el mayor problema es la combinación de alcohol y drogas. Por tanto, lo que deberíamos considerar como principal perfil de adicto es a un joven consumidor de alcohol y drogas, incluso en ciertas áreas podemos hablar de mujeres con usos problemáticos de alcohol y drogas."* *"En los últimos 5-6 años sabemos que han habido un montón de consumidores de NPS y es difícil determinar el área de influencia, porque es un Nuevo fenómeno, porque las políticas están hechas para otras fórmulas, porque si cambias un componente cambia la sustancia y tienes que volver a incluiral en la lista. Eso hace que tengamos un*

		problema con los consumidores de NPS que va en aumento."
Tratamiento	Tipo de intervención	*"El aumento en el número de jóvenes con problemas severos de adicciones y el descenso de la edad inicial de contacto con las sustancias nos hacen plantear un mayor cuidado en incluirlos en los servicios de tratamiento y estimular la implementación de programas de prevención adecuados para los niños y adolescentes."*

En el estudio, se observa por parte de los participantes una enorme preocupación por la irrupción de las Nuevas Sustancias Psicoactivas/NPS y la combinación de sus usos con alcohol y con derivados del cánnabis, especialmente en menores. Además, consideran que las estrategias preventivas no están siendo eficaces, especialmente por basarse en sustancias recurrentes y no en estos nuevos patrones de uso para jóvenes, además de no incluir la perspectiva de género en la prevención de las adicciones.

Un aspecto que destacan como fundamental en la prevención es la participación de los grupos sociales, como la familia y el grupo de amigos/iguales, debido a la influencia que tienen en la aparición y consolidación de las conductas adictivas. Este enfoque participativo no existe en los programas croatas, siendo una evidencia su eficacia y viabilidad.

6.4.4 Familias de Personas con Problemas Relacionados con las Conductas Adictivas.

Este grupo de afectados se identifica como el apoyo social primario que requiere un programa basado en Recuperación. En Croacia no se desarrollan programas específicos de capacitación y/o terapia familiar en los programas de tratamiento de adicciones, siendo lo más cercano a un programa estructurado la participación en grupos de ayuda mutua. Como dice una experta, *"los grupos de apoyo son necesarios también*

para las familias, antes, durante y después de los procesos de recuperación y tratamiento de sus familiares"

6.4.5 Discusión: Propuesta de Prácticas Transferidas.

Como aspectos generales, se propuso una modificación de la definición del tratamiento para personas con problemas de drogodependencias, pasando del tratamiento médico ("medical treatment") al integral ("integral treatment"), evitando el uso dominante del concepto "Recovery treatment", como estrategia global de intervención. De esta forma, se respetaba la prioridad del tratamiento farmacológico y se integraba en la acción la cobertura de psicoterapia, apoyo psicosocial, inserción sociolaboral y prevención de recaídas. Otro aspecto general fue la propuesta para el desarrollo de protocolos de derivación desde los programas de sustitutivos opioides a los tratamientos de Recuperación y viceversa, para favorecer la adherencia y el seguimiento de las personas con problemas de adicciones. Dentro de este protocolo, se propuso la integración de un protocolo complementario sobre la red de intervención y, sobre todo, el papel de la Sociedad civil en dicha intervención y las funciones que pueden desempeñar las ONGs en dicha red.

Existen dos carencias generalizadas en la red croata de intervención, que son comunes a todos los perfiles: ausencia de programas residenciales adaptados a la funcionalidad de los diferentes grupos y carencia de estrategias estructuradas de seguimiento tras los tratamientos. Para resolver este problema se propuso el desarrollo de Programas de Autonomía, donde tras un tratamiento se realizaría un acompañamiento por áreas de acción (familia, pareja, amistades, tiempo libre, salud y empleo/formación) para favorecer la integración social de la persona. Estos programas se diseñan específicamente para cada perfil de persona con problema de adicción,

incluyendo un análisis específico de los indicadores de recaída o regreso al estilo de vida del consumo de Drogas (ver tabla 18).

Tabla 21

Prácticas transferidas

Grupo	Propuesta de transferencia	Organización
Opiáceos/ consumo	Protocolo de derivación de Programa de Mantenimiento a Programa de Recuperación	Popov
Policonsumo	Programas residenciales para personas sin vivienda	San Patrignano
	Servicios de acompañamiento tras el tratamiento (“aftercare”)	CeIS
	Programas de Autonomía Personal y Social	Popov
	Programa de orientación laboral	CeIS
	Programa de formación profesional	Basta
	Programa de experiencia preprofesional	Basta
Mujeres	Programas residenciales para mujeres con hijos a cargo	Basta
	Tratamiento residencial de larga duración para mujeres	San Patrignano
	Intervención específica para mujeres	Dianova
	Servicios de acompañamiento tras el tratamiento (“aftercare”)	Popov
	Programa de orientación laboral	Basta
	Programa de formación profesional	Basta
	Programa de experiencia preprofesional	San Patrignano
Jóvenes	Programa de Intervención Temprana sobre NPS	San Patrignano
	Programa de Recompensas (CRA)	Popov
	Programa de Intervención temprana sobre binge-drinking/use	Popov
	Programas residenciales para jóvenes con problemas de conducta	Dianova
	Programa de formación profesional	Basta
	Programa de experiencia preprofesional	San Patrignano

Familias	Programa de apoyo para familias basado en soluciones	Dianova
	Programa de competencias para hijas/os de personas en tratamiento	Popov

Para los jóvenes se propone una estrategia de intervención temprana sobre los principales problemas detectados: consumo intensivo de alcohol y NPS, trastornos de conducta y problemas en la formación y el empleo.

Las propuestas para consumidores de opiáceos se basaban en programas residenciales integrales de atención, donde se les continuara proporcionando el tratamiento sustitutivo y se les ofreciera entrevista motivacional, psicoterapia, intervención psicosocial y apoyo para la formación y el empleo alternativo (emprendimiento o autoempleo).

Para mujeres, se proponen intervenciones destinadas a solventar las principales dificultades de acceso y adherencia a los programas: por una parte, centros residenciales habilitados para madres con hijos a cargo; por otra, programas para mujeres funcionales (sobre todo con abuso de alcohol y estimulantes), basados en el apoyo social y el grupo de iguales para favorecer el empoderamiento y la capacitación de estas mujeres. En dichos programas se integra un componente de psicoterapia, sobre todo para abordar desde una perspectiva terapéutica la violencia de género, el abuso y la explotación sexual y el trauma asociado.

Se plantearon también programas de apoyo para familiares afectados por el problema de drogodependencia: un programa de apoyo a familias, basado en Brief Systemic Family Therapy (Szapocznik, Hervis y Schwartz, 2003); un programa de desarrollo de competencias para hijos de personas en tratamiento, utilizando como

modelo el Programa de Competencia Familiar/PCF, la adaptación española del Strengthening Families Program/ SFP (Kumpfer y Alvarado, 2003).

En suma, se propusieron diferentes tipos de intervenciones basadas en las necesidades detectadas y adecuando sus acciones a los principales factores psicosociales detectados en las fases anteriores del estudio. Dichas propuestas estaban basadas en intervenciones que habían demostrado previamente su eficacia y sostenibilidad con datos, pudiendo ser observadas, revisadas, medidas y modificadas en función de las características culturales y sociales de los grupos destinatarios. Los modelos utilizados eran internacionalmente reconocidos y resultan visibles y accesibles. Los resultados de la transferencia fueron, así mismo, presentados tanto en un retorno privado a la Oficina de Lucha contra la Droga croata (para facilitar la realización de dichas propuestas en el entorno donde se habían detectado las necesidades), así como en un foro público (el evento de cierre del proyecto, realizado en Zagreb) y publicados para su difusión.

En la tabla 22 se puede observar el resumen de las prácticas analizadas, relacionadas con los diferentes modelos, marcos teóricos y prácticos.

Tabla 22.

Resumen de las Buenas Prácticas y los modelos europeos de Recuperación

Modelo	**País/es**	**Marco teórico**	**Herramientas**	**Programas**	**Organizaciones**
Biopsico-social	España (internacional)	Modelo médico, psicológico y social (ecológico)	Motivación, cambio comportamen-tal, modulación emocional y capital social	Ambulatorios y residenciales	Proyecto Hombre CEIS.
PCP	EEUU Canadá (Internacional)	Modelo sociológico, modelo de competencias Empodera-miento, modelo "Housing First"	Entrevista motivacional, diseño de caso, plan de acción consensuado y capital social	Orientados a la reinserción social y laboral	Dianova Institute Pulla
CHIME	Bélgica Reino Unido Suecia	Modelo de competencias Empodera-miento, modelo ecológico	Apoyo social, red de servicios de soporte, motivación, capital social	Intervención comunitaria	EURAD Popov
HERMESS	Bélgica Croacia España, Italia Suecia.	Modelo de competencias Empodera-miento.	Cambio comportamental, motivación, entrenamiento en habilidades, formación preprofesional	Comunidades terapéuticas, empresas de reinserción sociolaboral	San Patrignano BASTA Stijena.

6.5. Conclusiones del Proyecto Triple R

El proyecto Triple R ha servido para mejorar la intervención para personas en tratamiento de adicción en el ámbito europeo, sobre todo fomentando la capacidad de

las personas en recuperación de convertirse en miembros activos de la sociedad. El intercambio de buenas prácticas contribuye a mejorar las intervenciones y a crear mejores modelos de recuperación. Se deben dar oportunidades y tratamiento a los usuarios, en lugar de castigo o estigma social y seccional (Kulesza et al., 2016). Parece necesaria más investigación en el campo de la recuperación y sus vínculos con la economía para evaluar y dimensionar el costo real de la adicción y el ahorro mientras se invierte en la recuperación de una manera coherente. Además, se deben recopilar más pruebas sobre el equilibrio entre los costos y los beneficios de los programas basados en la recuperación para promover su difusión. La correlación entre el consumo de drogas y los riesgos para la salud debe ser compartida y la opinión pública debe ser consciente de ello.

Para el proyecto Triple R, la recuperación requiere de un enfoque de salud pública y estar integrada en la red de tratamiento. Además, se contempla que la Recuperación es un derecho humano y debe ser visto como tal. A pesar de que la Recuperación ya está incluida en la estrategia de la Unión Europea (tanto en la Estrategia de la UE en materia de Lucha contra la Droga 2021-2025 como en los diversos planes nacionales), se necesitan más esfuerzos para ir más allá de mencionar el concepto, hacia un sistema más estructurado para promover su aplicación en la práctica.

CAPÍTULO 7. Discusión general.

A continuación, se presentará la discusión general haciendo referencia a cada parte del estudio, así como a su totalidad.

Respecto a la primera parte (Descripción de los factores psicosociales en los programas de Recuperación), se elaboraron las siguientes hipótesis:

En relación con la Hipótesis 1(H1) *"Diversos factores psicosociales (personales, microsociales, macrosociales) tienen mayor influencia que el consumo de sustancias en la Recuperación (Recovery) de las personas con problemas de adicciones",* el correspondiente estudio sugiere que la recuperación de las personas con abusos de sustancias depende más de los factores psicosociales que de las sustancias de consumo. Sobre esta hipótesis, se ha comprobado que las sustancias percibidas como más peligrosas, como la heroína y el policonsumo, son las que presentan mayor oferta de atención, mientras que factores como la edad (sobre todo en el caso de los jóvenes) y el género (sobre todo en el caso de las mujeres), suponen un hándicap para la Recuperación. Como hemos contemplado en diversas partes del estudio, no se pueden determinar una relación causal, ya que, además de no utilizar la metodología correspondiente, hay que señalar que estos factores interaccionan con otros aspectos como el apoyo familiar, el empleo (Sahker, Ali y Arndt, 2019) y el aprovechamiento del tiempo libre, de manera no lineal y multicausal.

En cuanto a la subhipótesis 1a (H1a), *"Las personas en recuperación como grupo social, se ven condicionados por factores psicosociales específicos. En el caso de las personas en tratamiento de recuperación (Recovery), la combinación fracaso escolar y consumo de drogas, dificulta dicha recuperación".* Los resultados confirman que el fracaso escolar dificulta la recuperación, pero además existen una serie de

factores relacionados con el apoyo social y los soportes (educación y empleo, fundamentalmente), que interaccionan para dificultar (o para mejorar) dicha Recuperación. Este aspecto confirma, además, la necesidad de desarrollar programas y modelos donde se integren estos factores de forma específica para cada perfil y grupo de personas con problemas de abuso de sustancias. En la intervención con personas que presentan problemas relacionados como las conductas adictivas, se suelen utilizar enfoques integrales, basados en el modelo biopsicosocial y con la participación de equipos multidisciplinares aplicando protocolos y planes de acción comunes. La combinación de los factores que suelen estar en la base de los problemas de adicción, necesita ser abordada desde estrategias globales en momentos iniciales para mejorar el pronóstico y la recuperación, así como para reducir el estigma de las adicciones (Bayar,Poyraz, Aksoy-Poyraz y Arıkan, 2009) y sus costes económicos y humanos en pro de la mejor asistencia integral posible y el balance coste-beneficio de la atención (Bovaird, 2007; Molina et al., 2015).

Respecto a la subhipótesis 1b (H1b), *"Las personas en recuperación de problemas de adicciones como grupo se ven condicionados por los factores sociales*", se ha comprobado cómo no solo se ven condicionados por los factores sociales, sino que dichos factores suponen problemas en la misma adherencia y adecuación de los programas de Recuperación (Goethals, Vanderplasschen y Vandevelde, 2012). El apoyo social, el acceso a la vivienda, las posibilidades de empleo, el uso adecuado de tiempo libre, los diferentes estigmas de las adicciones (Red Iberoamericana de ONG en Drogodependencias, 2019) o los aspectos diferenciales de género suponen condiciones tanto de acceso como de adherencia y de éxito para completar la Recuperación (Best et al., 2017). Además, es necesario enfocarse en un modelo de tratamiento integral capaz de diversificar sus respuestas, mientras se busca conseguir una gran individualización en

el tratamiento a través de planes de trabajo que estén más adaptados a cada persona (Dekkers, De Ruysscher y Vanderplasschen, 2019). Por lo tanto, se destaca la necesidad de desarrollar diferentes programas de intervención (incluidos los programas basados en Recuperación), porque existen diferencias entre los perfiles, especialmente en factores epidemiológicos y sociales (Deacon, 2013; Molina, Gil y Cuenca, 2018). Además de estos aspectos, se deben evitar los reduccionismos en la investigación y los tratamientos, ya sea hacia lo neuropsicológico, lo genético o lo psicoterapéutico (Deacon, 2013; Pedrero y Ruíz, 2014; Molina, Gil y Cuenca, 2018). En este sentido, los modelos basados en datos de recuperación para personas consumidoras de alcohol y para personas consumidoras en cocaína propuestos en el estudio pretenden ser un ejemplo de cómo se pueden analizar, diseñar y (en el futuro) desarrollar dichos programas de intervención adaptados a los diferentes perfiles sociales y epidemiológicos.

En relación a la subhipótesis 1c (H1c), *"Las personas en recuperación tienen limitada la incorporación social y el empleo activo por factores psicosociales específicos. En el caso de las personas en tratamiento de recuperación (Recovery), la combinación de ausencia de apoyo social, reducido capital social de recuperación y consumo de drogas, dificulta dicha recuperación",* tanto en la parte cuantitativa (especialmente en los análisis realizados a las personas consumidoras de opiáceos mayores de 40 años, las mujeres y los jóvenes) como en la parte cualitativa, con el análisis de qué funciona y qué no funciona en la recuperación de adicciones a nivel europeo, se comprueba la relevancia de estos aspectos y la necesidad de un replanteamiento de dichos programas a las necesidades laborales, de empleo y soporte para desarrollar programas que garanticen a medio y largo plazo el mantenimiento por parte de las personas en tratamiento de un estilo de vida alternativo e incompatible con

el abuso de sustancias. En el estudio, además, se comprobó también la importancia del patrón de empleo y las redes sociales y familiares de soporte en la evaluación del capital de Recuperación para el diseño de los modelos de Recuperación propuestos (para personas consumidoras de alcohol como sustancia principal y para personas consumidoras de cocaína como sustancia principal). Los resultados de dichos modelos evidencian la necesidad de contemplar estos aspectos en la intervención (Grushkova, Best y White, 2012). El RECCAP alude a las conexiones entre redes personales y sociales, así como las competencias, normas recíprocas y capacidad de confianza y vinculación generada entre la persona en tratamiento y sus grupos de referencia (Putnam, 2000). Tanto en el estudio como en experiencias anteriores, se ha operativizado el concepto de "capital de Recuperación" en diversas áreas, sobre todo personal, social y comunitaria (Groshkova y Best, 2011).

En relación al estudio sobre Análisis crítico de la Intervención Social en programas de Recuperación, el análisis de los resultados apunta las siguientes tendencias:

En relación con la Hipótesis 1(H1) *"Diversos factores psicosociales (personales, microsociales, macrosociales) tienen mayor influencia que el consumo de sustancias en la Recuperación (Recovery) de las personas con problemas de adicciones",* el estudio cualitativo señala la influencia que tienen ciertas características interseccionales (como la edad, el género, el acceso a recursos y el empleo) en personas que se encuentran en tratamiento y cómo el correcto abordaje de estos aspectos mejora la capacidad de recuperación de dichas personas.

Respecto la subhipótesis 1a (H1a), *"Las personas en recuperación como grupo social, se ven condicionados por factores psicosociales específicos. En el caso de las*

personas en tratamiento de recuperación (Recovery), la combinación fracaso escolar y consumo de drogas, dificulta dicha recuperación", en el estudio se observa que las personas en recuperación presentan no solo peores resultados, sino que el que no se aborden estos aspectos en los tratamientos ni se ofrezcan estrategias de formación alternativas reduce la capacidad de recuperación de las personas en tratamiento.

Respecto a la subhipótesis 1b (H1b), *"Las personas en recuperación de problemas de adicciones como grupo se ven condicionados por los factores sociales*", tal y como se aprecia en el estudio al analizar los programas de recuperación para los diferentes grupos. En este sentido, se debe mencionar que las diferentes condiciones se abordan de manera muy diversa, siendo evidente en el estudio que la intervención está más adaptada a las personas consumidoras de opiáceos mayores de 40 años que a las mujeres o a los jóvenes.

En relación a la subhipótesis 1c (H1c), *"Las personas en recuperación tienen limitada la incorporación social y el empleo activo por factores psicosociales específicos. En el caso de las personas en tratamiento de recuperación (Recovery), la combinación de ausencia de apoyo social, reducido capital social de recuperación y consumo de drogas, dificulta dicha recuperación"*, en el estudio cualitativo se muestra que no solo esta hipótesis queda contrastada, sino que no se observa una tendencia de modificar los programas basados en recuperación (ni otro tipo de programas de intervención en conductas adictivas) para incluir de manera específica el abordaje de los factores psicosociales identificados, especialmente el apoyo social y el acceso al empleo.

En relación al estudio sobre el análisis y transferencia de las Buenas Prácticas europeas, cuando se analizan los resultados en función de las hipótesis propuestas se pueden señalar las siguientes tendencias:

En relación con la Hipótesis 1(H1) *"Diversos factores psicosociales (personales, microsociales, macrosociales) tienen mayor influencia que el consumo de sustancias en la Recuperación (Recovery) de las personas con problemas de adicciones",* se observa que las prácticas transferidas y detectadas como útiles para la recuperación son las que están más relacionadas con el apoyo social y recursos, independientemente del tipo de tratamiento médico o psicoterapéutico que se ofrezca.

En cuanto a la subhipótesis 1a (H1a), *"Las personas en recuperación como grupo social, se ven condicionados por factores psicosociales específicos. En el caso de las personas en tratamiento de recuperación (Recovery), la combinación fracaso escolar y consumo de drogas, dificulta dicha recuperación"*, se aprecia en el estudio de transferencia que una de las mayores demandas en los programas es la formación alternativa para favorecer la recuperación a largo plazo. Se identifica como relativamente sencillo conseguir la abstinencia o reducción del consumo de drogas a corto plazo, pero resulta mucho más complejo alcanzar la recuperación completa a largo plazo.

Respecto a la subhipótesis 1b (H1b), *"Las personas en recuperación de problemas de adicciones como grupo se ven condicionados por los factores sociales*", lo que se señala de manera global a nivel europeo cuando se plantea el Modelo HERMESS, que más que abordar el consumo de drogas interviene directamente sobre esos factores sociales que influyen en los problemas con las sustancias y las conductas adictivas.

En relación a la subhipótesis 1c (H1c), *"Las personas en recuperación tienen limitada la incorporación social y el empleo activo por factores psicosociales específicos. En el caso de las personas en tratamiento de recuperación (Recovery), la combinación de ausencia de apoyo social, reducido capital social de recuperación y consumo de drogas, dificulta dicha recuperación",* los programas de empleo para personas con problemas de adicciones son una de las grandes carencias a nivel europeo. A pesar de la claridad con la que se reconoce la influencia del empleo y los soportes sociales en la recuperación de las adicciones, son muy escasos los programas basados en datos que contemplan el empleo como principal elemento de intervención.

Desde el año 2012 se han desarrollado diversas investigaciones que planteaban hasta qué punto la recuperación era un problema local para poblaciones específicas o si se podía hablar de una "Ciencia de la Recuperación" (Grushkova, Best y White, 2012). Los resultados mostraban varios elementos que se pueden definir como modelos de recuperación, integrando diferentes factores de tipo clínico y psicosocial que pueden favorecer el diseño de programas específicos para grupos de personas en tratamiento (Grushkova, Best y White, 2012; Molina, Saiz, Cuenca, Gil y Goldsby, 2020).

La intervención en conductas adictivas ha evolucionado desde los programas tradicionales de corte general donde se proporcionaba el mismo tipo de tratamiento a todos los participantes (DeLeon, 2007). Para el correcto desarrollo e implementación de dichos programas, actualmente es fundamental la investigación y detección de los grupos de riesgo y la adecuación de las intervenciones a sus necesidades y problemas (Kulesza et al., 2016). Cuanto más concretos y precisos seamos, más eficaces resultarán las intervenciones y mejor pronóstico podremos ofrecerles a estas personas (Bohnert, Bradshaw y Latkin, 2009). Es necesario superar el reduccionismo del debate sobre "programas de Reducción del Daño" y "programas de Recuperación", especialmente la

Retórica de Reacción (Hirschman, 1991) asociada a este debate. Ambos tipos de intervenciones son necesarios y se pueden desarrollar en un circuito de intervención.

En este sentido, los programas basados en apoyo social (Barrón, 1996; Uchino, 2004) y el aprovechamiento del Capital de Recuperación (MacGregor, 2012) parecen necesarios para ayudar en esta intervención para la recuperación. Además, se debe destacar la importancia de diseñar y desarrollar programas de recuperación específicos para mujeres con problemas de adicción y jóvenes en riesgo (Molina et al., 2020). En el caso de los jóvenes, desarrollar programas de prevención e intervención temprana para intervenir de manera particular con adolescentes con conductas de riesgo, incluyendo consumos problemáticos de drogas como NPS (u otros problemas adictivos) y con la participación de la familia (Becoña y Cortés, 2010). En lo relativo al tratamiento que se les ofrece a las mujeres, los perfiles de mujeres consumidoras son percibidos como más complejos y de peor pronóstico, en comparación con los perfiles masculinos (Hansen, 2019). La invisibilización de los consumos, el retraso en solicitar atención, la falta de apoyo social, y el sobrediagnóstico clínico en las mujeres, influyen en la percepción sobre la cronicidad de la adicción y el deterioro de múltiples áreas de la vida (Martínez, 2019). Existen, determinada variables relacionadas con el género que hacen que el trabajo con mujeres con problemas de adicciones sea en apariencia más complejo en un primer momento, como la violencia y la explotación sexual que sufren las mujeres drogodependientes (Benoit y Jauffret-Roustide, 2016) que fundamentalmente no son atendidas correctamente por falta de conocimiento de la realidad de la drogodependencia en mujeres y la falsa percepción de que los métodos que utilizamos con los usuarios sean iguales de efectivos (Hansen, 2019). Una intervención psicosocial adecuada es básica para reducir estos problemas, además de evaluar las limitaciones que

presentan los actuales programas sobre conductas adictivas para atender y entender debidamente las necesidades y problemas de dichas mujeres (Kulesza et al, 2016).

Se deben destacar por sus implicaciones en el estudio la alta relevancia atribuida a los métodos de tratamiento tradicionales (basados en el enfoque de los problemas de opiáceos), lo que contrasta con la pequeña muestra de personas en tratamiento que responden a este perfil denominado "tradicional" de politoxicómano/ heroína, perfil de usuario de drogas que corresponde a la identidad social de "drogadicto" para el imaginario colectivo español y europeo (Best et al., 2017). De la misma manera, pese a que se entiende que el factor de disponibilidad es fundamental para explicar el masivo consumo de ciertas conductas adictivas en nuestra sociedad (Saiz, 2007), la simple mención a la extensa distribución comercial de los productos es insuficiente para comprender su uso abusivo en determinados individuos o grupos sociales (Saiz, 2007; Hall, 2014). También, en este sentido, se destaca la importancia de buscar explicaciones multifactoriales y no lineales, evitando la secuencia una causa-un efecto (Saiz, 2008; Hall, Carter y Forlini, 2015).

En la formación de los profesionales que intervienen con personas en recuperación de adicciones, es fundamental equilibrar el trabajo científico y técnico con los procesos de conocimiento y crecimiento profesional, identificando y evitando estereotipos, prejuicios y actitudes que pueden suponer un aumento en el estigma de las conductas adictivas (Link et al, 1997; López Cabanas, Cembranos y Casellas López, 2017). Las personas que configuran los equipos de tratamiento de adicciones basados en Recuperación deberían estar en unos procesos de trabajo y de formación que propicien lo que indicaba Paulo Freire: "*Formación científica, corrección ética, respeto a los otros, capacidad de vivir y de aprender con lo diferente, no permitir que nuestro malestar personal o nuestra antipatía con relación al otro nos haga acusarlo de lo que*

no hizo, son obligaciones a las que debemos dedicarnos humilde, pero perseverantemente". (Freire, 1998, p. 18).

Es fundamental, por tanto, promover estrategias de intervención sobre el malestar personal y problemas de la vida que no estén basadas únicamente en la presencia o ausencia de fármacos y tratamientos sanitarios (incluyendo los psicológicos-psiquiátricos) (Hall, 2014), sino que contemplen actividades de integración social, promoción del apoyo social (Uchino, 2004), fomento de la acción participativa en el contexto social de referencia, además de acciones que faciliten la cobertura de necesidades básicas como el alojamiento, la formación y el acceso al empleo, para de esa manera reducir el impacto social y el coste que suponen los problemas con la conductas adictivas sin resolver. El uso de metodologías basadas en factores alternativos a los puramente psiquiátricos al evaluar e intervenir con las personas también podría ser útil (Johnstone y Boyle, 2018) y dejar de patologizar el malestar para cambiar de perspectiva y pasar de un enfoque clínico a una perspectiva basada en la recuperación de las personas. Los programas de recuperación de adicciones deben estar estructurados, adaptados a las necesidades de las personas y orientados a la integración sociolaboral. La existencia de documentación sobre las intervenciones en los manuales del proyecto Triple R también facilita el acceso a aquellas intervenciones que demuestran con datos y hechos su eficacia, eficiencia, visibilidad e impacto social. Además, para mejorar la intervención se explicita la necesidad de actuar sobre el estigma de la identidad social "adicto" (Saiz, 2009; Kulesza et al., 2016). El uso de buenas prácticas validadas, como el modelo de recuperación HERMESS (Barzanti et al., 2017), pueden ayudar a evaluar y mejorar la relevancia y adecuación de los programas basados en Recuperación como respuestas sanitaria y social a los problemas con las conductas adictivas (EMCDDA, 2017).

7.1 Limitaciones generales del estudio.

Como principales limitaciones del estudio, se debe señalar que los datos sobre apoyo social no son medidas directas, sino inferencias sobre la red y las personas con las que comparte el tiempo libre. Además, en el estudio cualitativo los informantes clave se podrían haber seleccionado de organismos e instituciones que tiene visión global de los países europeos, como el EMCDDA o la Dirección General de Justicia de la Comisión europea.

Las principales modificaciones sobre el plan de investigación previsto han tenido que ver con la imposibilidad de realizar completamente el estudio piloto "Life in Recovery" (Best, Vanderplasschen y Nisic, 2020), debido a dificultades con la adaptación del cuestionario al español y la complejidad para encontrar una muestra significativa de personas recuperadas de las conductas adictivas (no en tratamiento) para poder validar el cuestionario en población española. Se ha aumentado la muestra de personas a las que se les ha pasado el EuropASI para compensar la dificultad para validar de manera adecuada el LiR.

CAPÍTULO 8. Conclusiones generales y recomendaciones prácticas.

8.1.Conclusiones generales

A continuación, se mencionan las conclusiones del estudio, en función de los objetivos establecido. En primer lugar, respecto a los Objetivos Generales del Estudio:

- Consideramos que se ha logrado el objetivo de identificar los principales factores relacionados con la recuperación (Recovery) de los problemas de intervención, especialmente en los subgrupos mencionado por el EMCDDA, ya que se ha realizado tanto en el estudio cuantitativo como en el cualitativo. No sólo se han identificado los factores relacionados con la recuperación (hábitos, autocuidado, manejo emocional, apoyo social, vivencia afectivo-sexual sana, inserción sociolaboral, participación en actividades del contexto social), sino que se han identificado los aspectos diferenciales de los subgrupos, como la edad, el género, el empleo, el apoyo social, el uso de tiempo libre y el estigma social.

- Consideramos que se han analizado los conceptos de Recuperación (Recovery), Rehabilitación e Integración social a nivel europeo, incluyendo las definiciones y conceptos en los manuales del proyecto Triple R (Barzanti et al., 2017a; Barzanti et al., 2017b) y generando un modelo específico de recuperación con los elementos que debe incluir el concepto para ser considerado Recovery (el modelo HERMESS).

En cuanto a los Objetivos Específicos del Estudio el siguiente grado de cumplimiento:

- Consideramos que respecto al objetivo de medir la influencia de los factores psicosociales (edad, género, empleo, apoyo social, estigma social) en la rehabilitación (Recovery) en el contexto europeo actual, se ha realizado fundamentalmente a través de

los paneles de expertos, que han clarificado qué se consigue y qué no se consigue hoy día con los tratamientos de recuperación.

- Consideramos que respecto al objetivo de evaluar los principales factores psicosociales (edad, género, empleo, apoyo social, estigma social) relacionados con las conductas adictivas a nivel europeo, dichos factores se han evaluado, y se ha detectado que hay factores del contexto social que influyen tanto como los aspectos puramente biológicos, como los neuropsicológicos o genéticos. El acceso temprano, las conductas adictivas permitidas en el contexto social, la ausencia de estrategias preventivas o de intervención temprana, son factores directamente relacionado con las conductas adictivas en Europa.

- Consideramos que, respecto al objetivo de definir una serie de Buenas Prácticas en la recuperación (Recovery) a nivel europeo, al menos en cinco países diferentes, dichas prácticas se han definido, no sólo las buenas prácticas en Suecia, España, Croacia, Italia y Bélgica (como vimos en la tabla 22), sino un modelo global de intervención basado en recuperación que se basa en estas buenas prácticas (el modelo HERMESS).

- Respecto al objetivo específico de adaptar el cuestionario "LiR", participando en el estudio piloto "Life in Recovery" de la Universidad de Sheffield, tanto en la revisión como en el análisis de la información, se ha conseguido de manera incompleta, ya que se ha traducido el cuestionario y se han analizado sus datos, mostrándose como eficaces para el análisis de la información, tal y como se observó en el capítulo 3. No se puede considerar validado, debido al tamaño de la muestra obtenida. Es necesario aumentar el tamaño muestral, teniendo en cuenta la dificultad de contactar con un grupo considerable de personas recuperadas de sus problemas de adicciones (Ver Anexo II).

No cabe duda de que resulta necesario continuar con la investigación sobre la

influencia de la edad, el género, la familia y el tiempo libre en la recuperación de personas con problemas de adicción, especialmente porque cambian los perfiles, cambian las personas, cambian los tiempos y cambian las sustancias. Además, existen aspectos que se han quedado fuera de este estudio y que resultan muy interesantes, como la justicia social (Rosenthal, 2016) y la espiritualidad/religiosidad (Saiz, Chen-Chen y Mills, 2021). Parece necesario seguir investigando sobre qué factores mejoran la Recuperación y hacia dónde evolucionan los programas de tratamiento.

La visión actual de la sociedad española sobre las drogas es tan contradictoria como ineficaz. Por una parte, se sigue manteniendo una respuesta institucional aparentemente fuerte (cada día con menos presupuesto y más reducida de impacto social), en la cual existen todo tipo de programas y servicios, aunque la impresión de las personas que trabajan en ellos es que no hay recursos ni respuestas suficientes para los objetivos de la red de tratamiento (Molina, Saiz, Cuenca, Gil y Goldsby, 2020). En la creencia de muchas de las personas expertas está la idea de que esa red es más formal que real, muy inestable y precaria. Por otra parte, se ha generado una sensación de eficacia institucional y de "saber hacer" que presupone mucha seguridad en la respuesta, aunque está respuesta esté destinada a los grupos que ya se encuentran institucionalizados y que no resulta válida para nuevos problemas o para actuar sobre grandes problemas endémicos en la salud pública española, como el enorme y desproporcionado consumo de alcohol en todas las franjas de edad y en consumo de tabaco en jóvenes de 14 a 18 años. Existe una dualidad bastante hipócrita sobre las drogas en España que provoca que estos problemas sean estructurales y con difícil abordaje, ya que se ha asumido que el consumo de drogas es una decisión personal y que entra dentro de las libertades individuales, siempre que no afecte a otras personas. Sin embargo, las personas afectadas directa o indirectamente apelan a la responsabilidad

colectiva en la respuesta, exigiendo un enfoque de salud pública en la intervención (Morgan y Di Ziglio, 2007).

Además, se defienden las regulaciones y legalizaciones tomando como referencia el incremento de los impuestos y los puestos de trabajo, como mecanismos de mejora económica del contexto social. De esta forma, se encuentra la enorme contradicción de rechazar las drogas como trauma adquirido por la epidemia de la heroína y se reclama a su vez la legalización sin regular del consumo de sustancias y conductas adictivas como el alcohol, el tabaco, el cannabis o el juego. Esta contradicción también se ve reflejada en las políticas de drogas y en los medios de comunicación: se asume que no existen problemas derivados del consumo de sustancias y que sus consecuencias están controladas, identificadas y reducidas a subgrupos concretos, por lo que no se visibilizan de manera habitual en las esferas públicas o se presentan únicamente para hablar de los éxitos institucionales (Martinon, 2011). Sin embargo, ante situaciones de inseguridad o alarma pública, se mandan mensajes catastrofistas en los que de manera generalizada se visibiliza cualquier tipo de consumo de drogas como "adicción" o consumo problemático, distorsionando el análisis del problema y aumentando dicha alarma social. El mejor ejemplo durante el siglo XXI ha sido el fenómeno del "botellón", considerado como una forma liviana de transgresión y una opción de ocio durante la primera década del siglo, llegando hasta el extremo de estar habilitados "botellódromos" en varias ciudades españolas. Posteriormente, se generó una imagen negativa del consumo de alcohol en la calle, incluyendo sanciones y vinculaciones con otros problemas ciudadanos, con lo que se generalizaba la impresión de que todas las personas participantes en el consumo urbano de alcohol eran consumidores problemáticos. Ni lo uno ni lo otro, ni era inofensivo ni todas las personas que beben en la calle tienen problemas con el alcohol. Pero la imagen generada ha sido

una u otra, en función del tipo de respuesta que se quisiera ofrecer (Martinon, 2011).

Respecto a la intervención en consumo de drogas, las nuevas generaciones de profesionales están (afortunadamente) mejor formadas y menos sesgadas ideológicamente que las generaciones anteriores. Se trata de lo que se ha denominado nueva ética de la intervención, que se ha implantado en toda Europa a partir los años noventa (Molina, Saiz, Cuenca, Gil y Goldsby, 2020). Esta ética de intervención evita categorizar las drogas en buenas o malas, señalando las ventajas e inconvenientes del uso de cada sustancia y su interacción con los aspectos personales de cada consumidor. Especialmente relevante ha sido el papel de esa generación de profesionales para superar la dualidad "PLD Vs PRD", que se había convertido en un auténtico callejón sin salida en el diseño de planes y programas de intervención. La visión más amplia y global, basada en salud pública, respetuosa con los derechos de las personas y con un componente deontológico fuerte ha cambiado la visión institucional sobre las sustancias, los consumidores, sus causas y consecuencias (Morgan y DiZiglio, 2007). Es cierto que esta visión no ha sido perfecta, ya que siguen existiendo dilemas y zonas grises en los diseños de intervención (qué se hace con las personas consumidoras de cannabis, cómo se atienden a las mujeres, de qué manera se aplica la interseccionalidad en los programas), pero ha mejorado la capacidad de respuesta y de construcción de nuevas propuestas ante los problemas derivados del consumo de drogas.

Sobre si es posible determinar modelos generales de recuperación de adicciones, con predictores y valoración de consecuencias y efectos no esperados de los tratamientos para los problemas de las adicciones, algunos estudios han analizado previamente si se trata de problemas locales con soluciones locales o si podemos hablar de una Ciencia de la Recuperación (Groshkova, Best y White, 2012). En esta línea, consideramos que los anteriormente mencionados modelos para personas consumidoras

de alcohol o cocaína pueden contribuir en alguna medida a esa denominada Ciencia de la Recuperación.

8.2 Recomendaciones prácticas.

Los resultados de la investigación permiten realizar una serie de propuestas y recomendaciones prácticas:

- Parece necesario evaluar los programas de recuperación de adicciones, especialmente aquellos que llevan varias décadas trabajando con personas que presentan problemas de adicciones. Hace falta saber qué funciona y qué no funciona actualmente de dichos programas, para poder adaptarlos a las necesidades reales y actuales de las personas con problemas de adicciones. En este sentido, el concepto de "evidence-based practice" se ha podido convertir en un "falso amigo", ya que muchas de estas prácticas fueron validadas hace años (incluso hace décadas) y el que fueran válidas en ese momento no implica que sean eficaces en el actual contexto de uso de drogas y otras conductas adictivas. Resulta más interesante basar la credibilidad de estos programas en evaluaciones continuas y monitorización, tal y como se denomina actualmente, "data driven".

- Resulta imprescindible cambiar el diseño de los programas de intervención en adicciones, especialmente de los programas basados en recuperación. Los enfoques actuales más basados en el modelo biomédico y la intervención individual necesitan ser revisados con los datos obtenidos sobre la importancia de las estructuras de apoyo social, el aprovechamiento del tiempo libre, los aspectos diferenciales por género o edad, el empleo y la formación. Diseñar nuevos programas basados en las premisas mencionada anteriormente mejorará su eficacia y adecuación para las personas que presentan problemas con las drogas y las adicciones.

- Analizar los perfiles psicosociales de las personas con problema de adicción permitirá hacer todas estas adaptaciones. Actualmente, se siguen basando los programas en estructuras diseñadas en la epidemia de la heroína o en modelos del siglo XX. Como se ha comprobado en los modelos propuestos, ni las sustancias de uso mayoritario ni los perfiles familiares y sociales de las personas en tratamiento encajan con estos estereotipos sobre los problemas con las drogas.

- El aprendizaje continuo implica la identificación de buenas prácticas y la implementación de las mismas, con lo que es fundamental desarrollar sistemas de detección, monitoreo y transferencia de dichas experiencias. Un modelo como HERMESS permite dicha transferencia, además de identificar con claridad las diferentes etapas de implementación de dichas prácticas. Además, estos sistemas de transferencia y monitoreo permitirían tomar decisiones rápidas y con menor coste sobre qué potenciar, qué reducir y qué eliminar en la transferencia de estas prácticas.

- Se deben plantear modelos de recuperación basados en la interacción de diferentes factores psicosociales (edad, género, empleo, apoyo social, estigma social) para mejorar la intervención. Esta propuesta quizás pueda considerarse una de las principales aportaciones de esta tesis, ya que el producto más evidente de la misma es la determinación de los modelos de factores psicosociales para la Recuperación de personas con problemas de alcohol y para la Recuperación de personas con problemas de consumo de cocaína. Es un ejemplo de lo que consideramos que se puede desarrollar como transferencia desde la investigación al tratamiento, para posteriormente evaluar el tratamiento y descubrir cómo seguir avanzando.

En resumen, las personas en recuperación de adicciones no necesitan únicamente programas de prevención de recaídas y tratamiento farmacológico: demandan

estrategias de apoyo social, inserción laboral, perspectiva de género, reintegración, autoestima, autoconcepto… Estos es, volver a sentirse personas: Rehumanización, como indican algunos autores (Cañas, 2003).

CAPÍTULO 9. Referencias

Al-Kandari, F. H., Yacoub, K. y Omu, F. (2001). Initiation factors for substance abuse. *Journal of Advanced Nursing*, *34*(1), 78–85. https://doi.org/10.1046/j.1365- 2648.2001.3411731.x

Altell, G. (2011). La prevención de la violencia contra la mujer asociada al abuso de alcohol y otras drogas. Libro de actas del "Noveno Congreso sobre la Violencia contra la Mujer", Alicante: noviembre 2011.

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International, 11*(1),11– 18. https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11

Asociación Proyecto Hombre/APH. (2015). El Modelo Biopsicosocial. En *Proyecto Hombre*. APH: Madrid; ISBN 1136-3177.

Asociación Proyecto Hombre. (2018). Observatorio Proyecto Hombre sobre el perfil del drogodependiente (Observatory Proyecto Hombre about the profile of the drug user). Madrid: APH. Retrieved from https://proyectohombre.es/informe-observatorio/

Aujoulat, I., D'Hoore, W. y Deccache, A. (2007) Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony? *Patient Education and Counseling*, *66*, 13-20. DOI: https://doi.org:10.1016/j.pec.2006.09.008 .

Autrique, M., Pearce, S. y Vanderplasschen, W. (2015). The impact of a randomised trial on TC environments. International Journal of Therapeutic Communities, 36(3), 137–144.

Bahr, S. J., Hawks, R. D. y Wang, G. (1993). Family and Religious Influences on Adolescent Substance Abuse. *Youth & Society*, *24*(4), 443–465. DOI: https://doi.org/10.1177/0044118X93024004007

Bandura, A. (2002). Social cognitive theory in cultural context. *Applied psychology: an international review*, *51* (2), 269-290.

Barrón López de Roda, A. (1996) Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones. Madrid: Siglo XXI de España, 1996. ISBN 84-323-0918-4.

Barrón, A. (2006). Apoyo social. En M. I. Hombrados, M. A. García y T. López, *Intervención social y comunitaria*, (pp. 129-135). Málaga: Aljibe.

Barzanti, M.; Blixt, C.; Carrena, S.; DiRenzo, M.; Franzen, A. y Molina, A. (2017a) *Triple R Handbook on social reintegration of recovered drug users*. Rimini: EU/San Patrignano.

Barzanti, M.; Blixt, C.; Carrena, S.; DiRenzo, M.; Franzen, A. y Molina, A. (2017b) *Triple R Manual on rehabilitation and recovery of drug users*. Rimini: EU/San Patrignano.

Bayar, M., Poyraz, B., Aksoy-Poyraz, C. y Arıkan, M. (2009). Reducing Mental Illness Stigma in Mental Health Professionals Using a Web-based Approach. *Israel Journal of Psychiatry and Relates Science*, *46* (3), 226–230.

Becoña Iglesias, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre drogas.

Becoña, E. y Cortes, M. (2010). *La familia como agente de salud. Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Terapias centradas en la familia*. Madrid: Instituto Internacional de Estudios sobre la Familia.

Benoit, T. y Jauffret-Roustide, M. (2016). *Improving the management of violence experienced by women who use psychoactive substances*. *Consultation of professionals in September and October 2015 in four European cities: Paris, Rome, Madrid and Lisbon*. Estrasburgo: Consejo de Europa/Instituto Pompidou.

Best, D. (2012). *Addiction Recovery: A movement for personal change and social growth in the UK*. Pavilion: Brighton.

Best, D.; Albertson, K.; Irving, J.; Lightowlers, C.; Mama-Rudd, A. y Chaggar, A. (2015). *The UK Life in Recovery Survey 2015: the first national UK survey of addiction recovery experiences*. Sheffield: Helena Kennedy Centre for International Justice, Sheffield Hallam University.

Best, D., Vanderplasschen, W., & Nisic, M. (2020). Measuring capital in active addiction and recovery: the development of the strengths and barriers recovery scale (SABRS). *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, *15*(40).

Best, D.; Bliuc, A.M.; Iqbal, M.; Upton, K. y Hodgkins, S. (2017). Mapping social identity change in online networks of addiction recovery. *Addiction Research & Theory*, *26* (3), 163-173.

Bird, C.E. y Rieker, P.P. (2008). *Gender and Health: The Effect of Constrained Choices and Social Policies.* Nueva York: Cambridge University Press.

Bobes, J.; Bascarán, MªT.; Bobes-Bascarán, Mª T.; Carballo, J.T.; Díaz, E.; Flórez, G.; García-Portilla, Mª P. y Saiz, P. (2007). *Valoración de la severidad de la adicción: Aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos*. Madrid: PNSD.

Bohnert, A.S.B., Bradshaw, C.P. y Latkin, C.A. (2009). A social network perspective on heroin and cocaine use among adults: evidence of bidirectional influences. *Addiction*, *104*, 1210-1218. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02615.x

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Bovaird, T. (2007). Beyond Engagement and Participation: User and Community Coproduction of Public Services. *Public Administration Review*, *67*, 846-860. DOI: https://doi:10.1111/j.1540-6210.2007.00773.x

Boyle, M. y Johnstone, L. (2014). Alternatives to psychiatric diagnosis. *The Lancet Psychiatry*, *1*(6), 409 - 411. DOI: https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70359-1

Bumbarger, B. y Campbell, E. (2011). A state agency-university partnership for translational research and the dissemination of evidence-based prevention and intervention. *Administration and Policy Mental Health*, *39*(4), 268-77.

Campbell, J.C. (2002) Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, *359*(9314), 1331 – 1336. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08336-8

Cañas, J.L. (2003). *Psicoterapia y rehumanización*. Madrid: Ed. Dykinson.

Carballo, J. L.; Fernández-Hermida, J. R.; Secades-Villa, R.; Sobell, L. C.; Dum, M. y García-Rodríguez, O. (2007). Determinantes de la recuperación de los problemas de alcohol en sujetos tratados y no tratados en una muestra española. En H. Klingemann y L.C. Sobell (eds.) *Natural recovery from alcohol and drug problems: A methodological review of the literature from 1999 through 2006.* New York: Springer.

Carbonell, X. (2014). *Adicciones tecnológicas: ¿que son y cómo tratarlas?* Madrid, España: Síntesis.

Castaños, M. (2007). *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. Colección Salud 10. Madrid: Instituto de la mujer.

Chóliz, M., Echeburúa, E. y Ferre, F., (2017). Screening Tools for Technological Addictions: A Proposal for the Strategy of Mental Health. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *15*(2), 423–433. DOI: https://doi.org/10.1007/s11469-017-9743-1.

Cofiño, R; Aviñó, D; Benedé, CB; Botello, B; Cubillo, J.; Morgan, A.; Paredes-Carbonell, JJ y Hernán, M (2016). Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? La salud pública y las políticas de salud: del conocimiento a la práctica. *SESPAS*, *30*(1), 93-98.

Cohen, J. (1992). Statistical Power Analysis. *Current Directions in Psychological Science*, *1*(3), 98–101. DOI: https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10768783.

Cole, E.R. (2009) Intersectionality and research in psychology. *American Psychology*, *64*, 170–180.

Comas. D. (2006). *Comunidades Terapéuticas en España: situación actual y propuesta funcional*. Madrid: Fundación Atenea.

Covington S. S. (2008). Women and addiction: a trauma-informed approach. *Journal of psychoactive drugs*, *5*,377–385.

DOI: https://doi.org/10.1080/02791072.2008.10400665

Crenshaw, K.W. (1995) The intersection of race and gender. En: Crenshaw KW, Gotanda N, Peller G, Thomas K, editors. *Critical Race Theory: the Key Writings that Formed the Movement.* The New York Press; New York, NY: 1995. pp. 357–383.

Creswell, J.W. (2014) Chapter One: The selection of a research approach. In: Creswell, J.W. *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. SAGE (pp.3-23).

Davey-Rothwell, M. A., Kuramoto, S. J. y Latkin, C.A. (2008). Social Networks, Norms and 12-Step Group Participation. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 34(2), 185-193. DOI: https://doi.org/10.1080/00952990701877086

Deacon B. J. (2013). The biomedical model of mental disorder: a critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical psychology review*, *33*(7), 846–861. DOI: https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.007 .

Deccache, A. (2007). Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony? *Patient Education and Counselling*, *66*(1), 13-20.

Dekkers, A., De Ruysscher, C. y Vanderplasschen, W. (2019). Perspectives of cocaine users on addiction recovery: a qualitative study following a CRA + vouchers programme. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, *27*(4), 282-296.

DOI: https://doi.org/10.1080/09687637.2019.1687647

De Leon, G. (2007). Therapeutic community treatment in correctional settings: Toward a recovery-oriented integrated system (ROIS). Offender. Substance Abuse Report, 7(6), 81–96.

Delgado, J.M. y Gutierrez, J. (1994). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en las Ciencias Sociales.* Madrid: Ed. Síntesis.

Dovidio, J.F. y Fiske, S.T. (2012). Under the radar: how unexamined biases in decision-making processes in clinical interactions can contribute to health care disparities. *American Journal of Public Health*, *102* (9), 45–52.

Earnshaw, V.A.; Bogart, L.M.; Dovidio, J.F. y Williams, D.R. (2013) Stigma and racial/ethnic HIV disparities: moving forward. *American Psychology, 68,* 225–236.

Elster, J. (2001). *Sobre las pasiones: emoción, adicción y conducta humana*. Barcelona: Paidós Ibérica. ISBN 84-493-1097-0

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science, 196,* 129–136.

DOI: https://doi.org/10.1126/science.847460.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction/EMCDDA. (2019). *European report about drugs 2019: trends and news.* Publications Office of the European Union. ISBN 536980. Recuperado de https://www.emcdda.europa.eu/responses-guide_en

European Monitoring Center of Drug Dependance and Addiction/ EMCDDA. (2014). *Therapeutic communities for treating addictions in Europe: Evidence, current practices and future challenges*. Lisbon: EMCDDA.

European Monitoring Center of Drug Dependance and Addiction/EMCDDA. (2017). *Respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas: una guía europea.* Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.

European Research Area Network on Illicit Drugs/ERANID. (2014). *Report Lisbon International Invitational Consultation.* October 1-2, 2014: Invitational International Consultation, Lisbon (Portugal).

Freire, P. (2009). *La educación como práctica de la libertad*. Ed. Siglo XXI: Madrid.

Goethals, I., Vanderplasschen, W., y Vandevelde, S. (2012). Fixed and dynamic predictors of treatment process in therapeutic communities for substance abusers in Belgium. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy, 7,* 43. https://doi.org/10.1186/1747-597X-7-43

Goffman, E. (1963). *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu editores: Madrid.

Granfield, R. y Cloud, W. (2001) Social context and natural recovery: The role of social capital in the resolution of drug-associated problems. *Substance Use & Misuse*, *36*, (11)1543–1570.

Grushkova, T. y Best, D. (2011). The evolution of a UK evidence-base for substance misuse recovery. *Journal of Groups in Addiction and Recovery*, *6*, 20-37.

Grushkova, T., Best, D. y White, W. (2012). The Assessment of Recovery Capital: Properties and psychometrics of a measure of addiction recovery strengths. *Drug and Alcohol Review, 32*(2), 187-94.

Gurung, R.A.R. (2010) Health Psychology: A Cultural Approach. *Journal of Occupational Rehabilitation*,*20*(1), 122-122.

Hall, W. (2014) What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use? *Addiction*, *110*, 19–35. DOI: https://doi:10.1111/add.12703

Hall, W.; Carter, A, y Forlini, C. (2015) The brain disease model of addiction: is it supported by the evidence and has it delivered on its promises? *The Lancet Psychiatry*, *2*, 105-110.

Hansen, G. (2018). La perspectiva de género en los programas y servicios de drogodependencia. *Revista Infonova,* 35, 35-49.

Hartford, T. C., Grant, B. F., Yi, H. y Chen, C. M. (2005). Patterns of DSM-IV Alcohol Abuse and Dependence Criteria Among Adolescents and Adults: Results From the 2001 National Household Survey on Drug Abuse. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research, 29*(5), 810–828.

DOI: https://doi.org/10.1097/01.ALC.0000164381.67723.76 .

Hatzenbuehler, M.L., Phelan, J.C. y Link, B.C. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American Journal of Public Health,103,* 813–821.

Herrera Arce, A.; Betolaza López de Gámiz, E.; Murua Navarro, F.; Martínez, H. y Jiménez-Lerma, J.M. (2003). Enfermería en adicciones: el modelo teórico de H. Peplau a través de los patrones funcionales de M. Gordon. A propósito de un caso práctico. *Trastornos adictivos, 5,* 58-74.

Hirschman, A. (1991). *Retórica de la intransigencia*. México: Fondo de Cultura Económica.

Hombrados, M.I. y Domínguez, J.M. (2007). La potenciación comunitaria (empowerment). En I. Maya, M. García y F.J. Santolaya (Eds.), *Estrategias de Intervención Psicosocial. Casos Prácticos* (39-43). Madrid: Pirámide.

IREFREA/ Grupo Europeo de Estudios Toxicomanías e Identidad de Género. (2001). *Treatment Barriers for women with drug-related problems in Europe.* Luxemburgo: Informe Comisión Europea.

IREFREA. (2002). *Women and opiate addiction: a european perspective*. Palma de Mallorca: IREFREA/Comisión Europea.

Jenkins, R. (1996). *Social identity*. Londres: Ed. Routledge.

Johnstone, L. y Boyle, M. (2018). *The Power Threat Meaning Framework: Overview*. Leicester: British Psychological Society.

Kendler, K.S.; Bulik, C.M.; Silberg, J., Hettema, J.M.; Myers, J. y Prescott, C.A. (2000) Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and cotwin control analysis. *Archives of General Psychiatry*; *57*, 953–959.

Korf, D. J., O'Gorman, A. & Werse, B. (2017). The European Society for Social Drug Research: A reflection on research trends over time. *Drugs: Education, Prevention & Policy, 24*(4), 321-323.

Korstanje, M. (2008). *Viajando: una aproximación filosófica*. Buenos Aires: Ed. Universidad de Palermo.

Kretzmann, J. P. y McKnight, J. L. (1993). *Building Communities from the Inside Out: A Path Toward Finding and Mobilizing a Community's Assets*. Chicago, IL: ACTA Publications.

Kulesza, M., Matsuda, M., Ramirez, J. J., Werntz, A. J., Teachman, B. A. y Lindgren, K. P. (2016). Towards greater understanding of addiction stigma: Intersectionality with race/ethnicity and gender. *Drug and alcohol dependence*, 169, 85–91. DOI: https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.10.020

Kumpfer, K.L. y Alvarado, R. (2003). Family streghtening approaches for the prevention of youth problem behaviours, *American Psychologist*, *58*, (6/7), 457-465

Laespada, T. e Iraurgi, I. (2009). *Reducción de daños: lo aprendido de la heroína*. Deusto: Ed. Universidad de Deusto.

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. y Slade, M. (2011) Conceptual Framework for Personal Recovery in Mental Health: Systematic Review and Narrative Synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199, 445-452.

Lin, N.; Dean, A. y Ensel, W.M. (1986). *Social support, life events and depression*. Nueva York: Academic Press.

Link, B., Struening, E., Rahav, M., Phelan, J. y Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior*. 38, 177–190.

López Cabanas, M.; Cembranos, F. y Casellas López, L. (2017) *Situación de la Psicología de la Intervención Social (PISoc) en la Comunidad de Madrid.* Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

López-Goñi, J., Fernández-Montalvo, J., Menéndez, J., Yudego, F., García, A. y Esarte, S. (2010). Group and Individual Change in the Treatment of Drug Addictions: A Follow-up Study in Therapeutic Communities. *The Spanish Journal of Psychology*, *13*(2), 906-913. DOI: https://doi:10.1017/S1138741600002559

MacGregor, S. (2012). Addiction recovery: A movement for social change and personal growth in the UK, by David Best, Brighton. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, *19*, 351–352.

Marshall, T.H. y Bottomore, T. (1998). *Ciudadanía y clase social*. Madrid: Alianza Editorial. ISBN 8420629138, 9788420629131

Martín, M., y Lorenzo, P. (1998). Conceptos fundamentales en drogodependencias. En: P. Lorenzo, J. M. Ladero, J. C. Leza, & I. Lizasoain. *Drogodependencias*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Martínez, P. (2018). Uso de drogas, adicciones y violencia, desde perspectiva de género. *Revista Infonova*, 35, 23-34.

Martinon, R. (2011). *El marco de las coaliciones promotoras en el análisis de las políticas públicas. El caso de las políticas de drogas en España (1986-1996).* Madrid: CIS.

Mayor, J. (1995) El modelo biopsicosocial. *Revista Proyecto*, 35, 25-30.

Meneses, C. (2007). Los obstáculos de acceso al tratamiento. En: *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. Colección Salud 10. Madrid: Instituto de la mujer.

Molina, A., Saiz, J., Gil, F. y Cuenca, M. L. (2021). Models of recovery: influence of psychosocial factors on substance use recovery. *International Journal of Substance Use*, https://doi.org/10.1080/14659891.2021.1941348 .

Molina, A., Saiz, J., Gil, F., Cuenca, M. L. y Goldsby, T. (2020). Psychosocial Intervention in European Addictive Behaviour Recovery Programmes: A Qualitative Study. *Healthcare, 8*(3), 268.

https://doi.org/10.3390/healthcare8030268

Molina Fernández, A.J., Gil Rodríguez, F., y Cuenca Montesinos, M. L. (2018). Can Neuroscience be a Faustian bargain? Psychosocial factors in recovery of behaviours. *International Journal of Psychology and Neuroscience*,*4*(2), 67-75.

Molina Fernandez, A.J.; Gil Rodríguez, F. y Cuenca Montesinos, M.L. (2020) Recovery, Rehabilitation Drug treatment and Reintegration in the Community Programs: Good Practices Transfer into European Countries. *Practique Clinical et Investigation*, *2*(2): 45-55.

Molina Fernández, A.J.; González Riera, J.; Montero Bancalero, F. y Gómez Salgado, J. (2016). La complejidad de la coordinación social y sanitaria en las adicciones y el papel de la enfermera. *Enfermería Clínica*, *26*(1), 68-76. http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.09.009

Morgan, A. y Ziglio, E. (2007). Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promotion & Education*, *14*(2), 17–22. https://doi.org/10.1177/10253823070140020701x

Moos, R. H. y Finney, J. W. (2011). Commentary on Lopez-Quintero et al. (2011): Remission and relapse. The Yin-Yang of addictive disorders. *Addiction*, *106*(3), 670-671.

Morales Galicia, M. y Molina Fernández, A. J. (2017) Adicciones tecnológicas: una revisión crítica. *Revista Infonova*, 32, 35-49.

Mota, T., Noto, R. y Santos, P. (2014). *Reduzindo o estigma entre usuários de Drogas: guia para profissionais e gestores.* Juiz de Fora: Editora UFJF.

Mustain, J. R. y Helminiak, D. A. (2015). Understanding spirituality in recovery from addiction: Reintegrating the psyche to release the human spirit. *Addiction Research & Theory*, *23*(5), 364–371. https://doi.org/10.3109/16066359.2015.1011623

Najavits, L. M. (2007). Seeking safety: An evidence-based model for substance abuse and trauma/PTSD. En K. A. Witkiewitz y G. A. Marlatt (Eds.), *Practical resources for the mental health professional. Therapist's guide to evidence-based relapse prevention* (p. 141–167). Elsevier Academic Press. https://doi.org/10.1016/B978-012369429-4/50037-9.

National Institute on Drug Abuse (1997). *Preventing Drug Use Among Children and Adolescents: A Research-Based Guide*. Bethesda: NIH.

O'Brien, J. y O'Brien, C.L., eds., (2000). *A little book about person centred planning.* Canada: Inclusion Press.

Observatorio Español sobre Drogas y Adicciones. (2020). *Report Alcohol, tobacco and illegal drugs in Spain 2019.* Madrid: PNSD.

Observatorio Español sobre Drogas y Toxicomanías/OEDT. (2018). *Encuesta ESTUDES 2016-2017*. Madrid: PNSD.

Observatorio Español sobre Drogas y Toxicomanías/OEDT. (2019). *Encuesta EDADES 2017-2018*. Madrid: PNSD.

Organización de las Naciones Unidas. (2005). *Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: estudios monográficos y experiencia adquirida*. Oficina de las Naciones Unidas contra las drogas y el Delito. Viena.

Pérez del Río, F. y Mestre, M. (2013). Abuso sexual en la infancia y la drogodependencia en la edad adulta. *Papeles del Psicólogo*, *34*(2), 144-149.

Plan Nacional Sobre Drogas. (2019). *National survey about alcohol and drugs in Spain.* Madrid: PNSD. Retrieved from: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019_Informe_EDADES.pdf.

Pons, X. (2006). *Materiales para la intervención social y educativa ante el consumo de drogas.* Alicante: Editorial Club Universitario.

Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1982) Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *19*, 276-8.

Putnam, R. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community.* New York: Simon and Schuster.

Red Iberoamericana de ONG en Drogodependencias (2019). *Estigma social, consumo de drogas y adicciones.* Madrid: PNSD.

Rivera de los Santos, F; Ramos Valverde, P.; Moreno Rodríguez, C. y Hernán García, M. (2011). Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Revista Española de Salud Pública*, *85*, 2, 137-147.

Rodríguez, J. y Neip, M.C. (2008). *Manual de psicología social de la salud. Cap. 1. Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.

Rosenthal, L. (2016). Incorporating intersectionality into psychology: an opportunity to promote social justice and equity. *American Psychology*, 71, 474–485.

Rosillo Herrero, M.; Hernández Monsalve, M.; y Smith, P. (2013). La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 33*(118), 257-271.

Ross, C. y Mirowsky, J. (1989). Explaining the Social Patterns of Depression: Control and Problem Solving--or Support and Talking? *Journal of Health and Social Behavior, 30*(2), 206-219.

Ruiz, J. y Pedrero, E. (2014). *Neuropsicología de la adicción*. Madrid: Editorial Medica Panamericana.

Ruíz Jarabo, P. y Blanco, L. (2004) La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gaceta Sanitaria* ;*18*(1), 182-188.

Sahker, E., Ali, S.R. y Arndt, S. (2019). Employment recovery capital in the treatment of substance use disorders: Six-month follow-up observations. *Drug and Alcohol Dependence*, *205*, 107624. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107624 .

Saiz, J., Chen-Chen, X. y Mills, P. J. (2021). Religiosity and Spirituality in the Stages of Recovery from Persistent Mental Disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, *209*(2), 106–113.

https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001271

Saiz, J. (2007). El abuso de cocaína, ¿Problema de oferta o de demanda social?: un estudio transcultural y correlacional que compara variables macrosociales, económicas y culturales. *Adicciones*, 19, 35-44.

Saiz, J. (2008). El estigma de la cocaína. *Revista Española de Sociología*, 10, 97-114.

Sánchez, E.; Garrido, A. y Álvaro, J. L. (2003). Un modelo psicosociológico para el estudio de la salud mental. *Revista de Psicología Social*, 18, 17-33.

Sánchez-Hervás, E.; Tomás Gradolí, V. y Morales Gallús, E. (2004). Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Trastornos adictivos*, *6* (3), 159-166.

Sanchez, L. (2010). *Género y drogas*. Guía informativa. Alicante: Diputación de Alicante.

Secades Villa, R. y Fernández Hermida, J.R. (2006). Tratamiento cognitivo- conductual. En G. Cervera, J.C. Valderrama, J.C. Pérez ce los Cobos, G. Rubio y L. Sanz, *Manual SET de Trastornos Adictivos*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Stevens, E., Jason, L. A., Ram, D. y Light, J. (2015). Investigating Social Support and Network Relationships in Substance Use Disorder Recovery. *Substance Abuse, 36*(4), 396–399. https://doi.org/10.1080/08897077.2014.965870 .

Stockings, E.; Hall, W.; Lynskey., M.; Morley, K.; Reavley, N.; Strang, J.; Patton, G. y Degenhardt, L. (2016). Prevention, early intervention, harm reduction, and treatment of substance use in young people. *The Lancet Psychiatry*, 3(2), 80–96.

Szapocznik, J., Hervis, O.E. y Schwartz, S. (2003). Brief strategic family therapy for adolescent drug abuse (NIH Publication No. 03-4751). *NIDA Therapy Manuals for Drug Addiction*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

Tiburcio, N. y Kressel, D. (2011). An Enhanced Understanding of Therapeutic Communities Worldwide. *Revista Adicción y Ciencia*, 1 (4).

www.adiccionyciencia.info

Tong, A., Sainsbury, P. y Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care, 19*(6), 349–357.

https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042.

Torres, M.A. (2009). *Historia de las adicciones en la España contemporánea*. Madrid: Sociodrogalcohol.

Tuchman, E. (2010). Women and Addiction: The Importance of Gender Issues in Substance Abuse Research. *Journal of Addictive Diseases, 29*(2), 127–138. https://doi.org/10.1080/10550881003684582

Uchino, B. (2004). *Social Support and Physical Health: Understanding the Health Consequences of Relationships*. New Haven, CT: Yale University Press.

Unión Nacional de Asociaciones de Drogodependencias. (2019). *Profile and trends of addictive behaviours.* Madrid: PNSD.

https://unad.org/noticias/2416/unad/presenta/el/perfil/y/las/tendencias/de/las/adicciones

United Nations Office for Drugs and Crime. (2004). *Substance abuse treatment and care for women: Case studies and lessons learned.* Vienna, UNODC.

United Nations Office for Drugs and Crime. (2008). *Drug Dependence Treatment: Sustained Recovery Management*. Vienna: UNODC.

United Nations Office for Drugs and Crime. (2012). *TREATNET quality standards for drug dependence treatment and care services.* Vienna: UNODC.

United Nations Office for Drugs and Crime. (2020). *World Drug Report*. Vienna: UNODC.

United Nations Office for Drugs and Crime. (2019). *World drug report.* Vienna: UNODC.

United Nations Office for Drugs and Crime. (2015). *World drug report.* Vienna: UNODC.

Urrutia, G y Bonfill, X (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica*; *135*(11), 507–511.

Valois, R.F., Dunham, A.C.A., Jackson, K.L., y Waller, J. (1999). Association between employment and substance abuse behaviors among public high school adolescents. *Journal of Adolescent Health, 25* (4), 256-263.

https://doi.org/10.1016/S1054-139X(99)00039-7.

Vanderplasschen, W., Vandevelde, S. y Broekaert, E. (2014) *Therapeutic Communities for Addictions in Europe. Available Evidence, Current Practices and Future Challenges for Recovery Oriented Treatment in Therapeutic Communities for Drug Addicts (EMCDDA Insights Publication).* European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA): Lisbon, Portugal.

Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Autrique, M., Rapp, R. C., Pearce, S., Broekaert, E. y Vandevelde, S. (2013). Therapeutic communities for addictions: a review of

their effectiveness from a recovery-oriented perspective. *The Scientific World Journal*, 427817. https://doi.org/10.1155/2013/427817 .

Van Boekel, L., Brouwers, E., Van Weeghel, J. y Garretsen, H. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 131, 23-35.

Vázquez N, Muñoz L, Juárez O, y Ariza C. (2018) ¿Qué funciona en la prevención selectiva del consumo de alcohol y cánnabis en jóvenes vulnerables? *Revista Española de Salud Pública*; 92:8 de octubre e201810070.

Vega, A. (1992). Modelos interpretativos de la problemática de las drogas. *Revista Española de Drogodependencias*, 17, 221-232.

Velasco, H. (2003). *Hablar, pensar: tareas culturales*. Madrid: Ed. UNED.

Volkow, N. D., y Koob, G. (2015). Brain disease model of addiction: why is it so controversial? *The Lancet Psychiatry*, *2*(8), 677–679.

https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00236-9

Wallingford S., Konefal S., Young M.M., y Student Drug Use Surveys Working Group (2019). *Cannabis use, harms and perceived risks among Canadian students. Ottawa*. Ont.: Canadian Centre on Substance Use and Addiction.

Warr, P. (1990). The measurement of well-being and other aspects of mental health. *Journal of occupational Psychology*, 63, 193-210.

Warr, P. (1996): Work, Unemployment and Mental Health, Oxford, Clarendon Press. Employee Wellbeing. En WARR P.B. (ed): *Psychology at work* (4ªed.), Harmondsworth, Penguin, 224-253.

White, W. (2012). *Recovery / remission from substance use disorders: An analysis of reported outcomes in 415 scientific reports, 1868-2011*. Philadelphia: Philadelphia Department of Behavioural Health and Intellectual Disability Services and the Great Lakes Addiction Technology Transfer Center.

White, W. y Cloud, W. (2008). Recovery capital: A primer for addictions professionals. *Counsellor*, *9* (5), 22-27.

World Health Organization. (2019). *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime. (2020). *International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing*. Geneva: WHO. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Yang, W., Jin, S., He, S., Fan, Q., y Zhu, Y. (2015). The Impact of Power on Humanity: Self-Dehumanization in Powerlessness. *PLoS ONE 10*(5): e0125721. https://doi:10.1371/journal.pone.0125721

Yates, R. (2010). *Tackling addiction: Pathways to recovery*. London: Jessica Kingsley Pub.

Young, I. M. (1990). *Justice and the Politics of Difference*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Zohala, F. (2016). Pathways to addiction: a gender-based study on drug use in a triangular clinic and drop-in center, Kerman, Iran. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction, 5,* 2; e22320. DOI : 10.5812/ijhrba.22320

CAPÍTULO 10: Anexos, Índices de Tablas y Figuras

10.1. Anexos.

Anexo I: Cuestionario EuropASI

EUROPASI

Adaptación Europea del Addiction Severity Index

INSTRUCCIONES

1. Cumplimentar totalmente. Cuando sea preciso utilizar:
   X = pregunta no contestada.
   N = pregunta no aplicable.
   Use un solo carácter por ítem.
2. Las preguntas rodeadas por un círculo van dirigidas al estudio de seguimiento. Las preguntas con asterisco son acumulativas y deberían ser reformuladas para el seguimiento.
3. Existe espacio al final de cada sección para realizar comentarios adicionales.

ESCALAS DE SEVERIDAD

Las escalas de severidad miden estimaciones de necesidades de tratamiento en cada área. El rango de la escala oscila desde 0 (no necesita ningún tratamiento) hasta 9 (tratamiento necesario en situación de riesgo vital).

Cada escala está basada en historia de síntomas problema, estado actual y valoración subjetiva de sus necesidades de tratamiento en cada área. Para una mejor calificación de esta severidad consultar el manual.

SUMARIO DE LA AUTOEVALUACIÓN DEL PACIENTE

0. Ninguna
1. Leve
2. Moderado
3. Considerable
4. Extrema

A.- Nº de identificación

B.- TIPO DE TRATAMIENTO:
1. Desintoxicación ambulatoria
2. Desintoxicación hospitalaria
3. Tratamiento sustitutivo ambulatorio
4. Tratamiento libre de drogas ambulatoria
5. Tratamiento libre de drogas hospitalario
6. Centro de día
7. Hospital psiquiátrico
8. Otro hospital/servicio
9. Otro: _____
10. Sin tratamiento

C.- FECHA DE ADMISION:

D.- FECHA DE LA ENTREVISTA:

*E.- Hora de inicio:

*F.- Hora de fin:

G.- TIPO:
1. Ingreso
2. Seguimiento

H.- CODIGO DE CONTACTO:
1. Personal
2. Telefónico

I.- SEXO:
1. Varón
2. Mujer

J.- CODIGO DEL ENTREVISTADOR:

K.- ESPECIAL:
1. Paciente finalizó la entrevista
2. Paciente rehusó
3. Paciente incapaz de responder

INFORMACION GENERAL

1. LUGAR DE RESIDENCIAL ACTUAL:
   1. Ciudad Grande (>100.000)
   2. Mediana (10.000 - 100.000)
   3. Pequeña (rural) (<10.000)
2. CODIGO DE LA CIUDAD:
*3. Desde cuándo vive Ud. En esa dirección: años meses
*4. Ese lugar de residencia, ¿es propiedad de Ud. o de su familia?
   0 = No 1 = SI
5. EDAD:
6. NACIONALIDAD:
7. PAIS DE NACIMIENTO DEL:
   Entrevistado
   Padre
   Madre
8. ¿Ha estado ingresado en el último mes en un centro de este tipo?
   1. No
   2. Cárcel
   3. Tratamiento de alcohol o drogas
   4. Tratamiento médico
   5. Tratamiento psiquiátrico
   6. Unicamente desintoxicación
   7. Otro:
9. ¿Cuántos días?

RESULTADOS DE LOS TESTS ADICIONALES

* Puntuación total del BDI:

* Puntuación total del SCL-90:

_____

_____

PERFIL DE SEVERIDAD

	PROBLEMAS	MEDICO	EMPLEO/SOPORTES	ALCOHOL	DROGAS	LEGAL	FAMILIA/SOCIAL	PSICOLOGICO
9								
8								
7								
6								
5								
4								
3								
2								
1								
0								

RG-4

SITUACION MEDICA

1. ¿Cuántas veces en en su vida ha estado hospitalizado por problemas médicos? (Incluir sobredosis, delirium tremens, excluir desintoxicaciones)
2. ¿Hace cuánto tiempo estuvo hospitalizado por última vez por problemas médicos? años meses
3. ¿Padece algún problema médico crónico que continúa interfiriendo con su vida?
   0. No
   1. Sí: _____
4. ¿Alguna vez ha estado infectado de hepatitis?
   0. No
   1. Sí
   2. No lo sé
   3. Rehusa contestar
5. ¿Alguna vez se ha realizado las pruebas del VIH?
   0. No
   1. Sí
   2. No lo sé
   3. Rehusa contestar
6. En caso afirmativo, ¿hace cuántos meses?
7. ¿Cuál fue el último resultado del test?
   0. VIH - negativo
   1. VIH - positivo
   2. No lo sé
   3. Rehusa contestar
8. ¿Está tomando alguna medicación prescrita de forma regular para un problema físico?
   0. No 1. Sí
9. ¿Recibe alguna pensión por invalidez médica? (Excluir invalidez psiquiátrica)
   0. No 1. Sí
10. ¿Ha sido tratado por un médico por problemas médicos en los últimos 6 meses?
    0. No 1. Sí
11. ¿Cuántos días ha tenido problemas médicos en el último mes?

PARA LAS PREGUNTAS 12 Y 13, POR FAVOR PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACION

12. ¿Cuánto le han molestado o preocupado estos problemas médicos en el último mes?
13. ¿Qué importancia tiene ahora para Ud. el tratamientos de estos problemas médicos?

ESCALA DE SEVERIDAD PARA EL ENTREVISTADOR

14. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de tratamiento médico?

PUNTUACIONES DE VALIDEZ

La información anterior está Significativamente distorsionada por:

15. ¿Imagen distorsionada del paciente?
    0. No 1. Sí
16. ¿La incapacidad para comprender del paciente?
    0. No 1. Sí

Comentarios

EMPLEO / SOPORTES

1. Años de educación básica:
2. Años de educación superior *(Universidad/Técnicos)*:
3. Grado académico superior obtenido:
4. ¿Tiene carnet de conducir en vigor?
   0. No 1. Sí
5. ¿Cuánto duró el período más largo de empleo regular? años meses *(Ver el manual para definición)*
6. ¿Cuánto duró el período más largo de desempleo? años meses
7. Ocupación habitual (o última): _____ (Especificar detalladamente)
8. Patrón de empleo usual en los últimos 3 años:
   1. Tiempo completo
   2. Tiempo parcial (horario regular)
   3. Tiempo parcial (horario irregular, temporal)
   4. Estudiante
   5. Servicio militar
   6. Retirado / invalidez
   7. Desempleado (incluir ama de casa)
   8. En ambiente protegido
9. ¿Cuántos días trabajó durante el último mes? (Excluir tráfico, prostitución u otras actividades ilegales)

¿Recibió dinero para su mantenimiento de alguna de la siguientes fuentes durante el último mes?

10. ¿Empleo?
    0. No 1. Sí
11. ¿Paro?
    0. No 1. Sí
12. ¿Ayuda social?
    0. No 1. Sí
13. ¿Pensión o seguridad social?
    0. No 1. Sí
14. ¿Compañeros, familiares o amigos?
    0. No 1. Sí
15. ¿Ilegal?
    0. No 1. Sí
16. ¿Prostitución?
    0. No 1. Sí
17. ¿Otras fuentes?
    0. No 1. Sí
18. ¿Cuál ha sido la principal fuente de ingresos este último mes? (Utilice los códigos 10-17)
19. ¿Tienes deudas?
    0. No
    1. Sí: _____ (cantidad)
20. ¿Cuántas personas dependen de Ud. para la mayoría de su alimento, alojamiento, etc.?
21. ¿Cuántos días ha tenido problemas de empleo /desempleo en el último mes?

PARA LAS PREGUNTAS 22 Y 23, POR FAVOR PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACION

22. ¿Cuánto le han molestado o preocupado estos problemas de empleo en el último mes?
23. ¿Qué importancia tiene ahora para Ud. el asesoramiento de estos problemas de empleo?

ESCALA DE SEVERIDAD PARA EL ENTREVISTADOR

24. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de asesoramiento para empleo?

PUNTUACIONES DE VALIDEZ

La información anterior está significativamente distorsionada por:

25. ¿Imagen distorsionada del paciente?
    0. No 1. Sí
26. ¿La incapacidad para comprender del paciente?
    0. No 1. Sí

Comentarios

RC=4

USO DE ALCOHOL Y DROGAS

	Edad (inicio)	A lo largo de la vida	Ultimo mes	*Vía admon.
1. Alcohol - cualquier dosis				
2. Alcohol - grandes cantidades				
3. Heroína				
4. Metadona / LAAM				
5. Otros opiáceos / analgésicos				
6. BDZ/Barbitúricos/sedantes/hipnóticos				
7. Cocaína				
8. Anfetaminas				
9. Cannabis				
10. Alucinógenos				
11. Inhalantes				
12. Otros				
13. Más de 1 sustancia/día (Items 2 a 12)				

Nota: consulte el manual para los ejemplos representativos de cada clase de drogas.
*Vía de administración: 1=oral; 2=nasal; 3=fumada; 4=inyección no IV; 5=inyección IV.

14. ¿Alguna vez se ha inyectado? 0. No 1. Sí

14A Edad en que se inyectó por primera vez: *(años)*
Se inyectó:
- A lo largo de la vida *(años)*:
- En los últimos 6 meses *(meses)*:
- En el último mes *(días)*:

14B Si se inyectó en los últimos 6 meses:
1. No compartió jeringuilla
2. Algunas veces compartió jeringuilla con otros
3. A menudo compartió jeringuilla

15. ¿Cuántas veces ha tenido:
Delirium Tremens:
Sobredosis por drogas:

16. Tipo de servicios y número de veces que ha recibido tratamiento en:

	Alcohol	Drogas
1. Desintoxicación ambulatoria		
2. Desintoxicación residencial		
3. Tto. sustitutivo ambulatorio		
4. Tto. libre de drogas ambulatorio		
5. Tto. libre de drogas residencial		
6. Centro de día		
7. Hospital psiquiátrico		
8. Otro hospital/servicio		

17. ¿Cuántos meses duró el periodo más largo que estuvo abstinente como consecuencia de uno de estos tratamientos?
Alcohol: *(meses)*
Drogas: *(meses)*

18. ¿Qué sustancia es el principal problema?
Por favor utilice los códigos anteriores ó: 00=no problemas; 15=Alcohol y otras drogas (adicción doble); 16=Politoxicómano. Cuando tenga dudas, pregunte al paciente.

19. ¿Cuánto tiempo duró el último periodo de abstinencia voluntaria de esta sustancia principal, sin que fuese consecuencia de tratamiento?: *(meses, 00=nunca abstinente)*

20. ¿Hace cuántos meses que terminó esa abstinencia?: *(00=todavía abstinente) (meses)*

21. ¿Cuánto dinero diría Ud. que ha gastado en el último mes en:
Alcohol *(€uros)* _____
Drogas *(€uros)* _____

22. ¿Cuántos días ha estado recibiendo tratamiento ambulatorio para alcohol o drogas en el último mes? *(Incluye grupos de autoayuda del tipo AA: Alcohólicos Anónimos, NA: Narcóticos Anónimos)*

23. ¿Cuántos días en el último mes ha experimentado Ud.:
problemas relacionados con el alcohol? *(días)*
problemas con otras

PARA LAS PREGUNTAS 24 Y 25, POR FAVOR PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACION

24. ¿Cuánto le han molestado o preocupado en el último mes estos
problemas relacionados con el alcohol?
problemas con otras drogas?

25. ¿Qué importancia tiene ahora para Ud. el tratamientos para estos problemas
relacionados con el alcohol?
problemas con otras drogas?

ESCALA DE SEVERIDAD PARA EL ENTREVISTADOR

26. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de tratamiento para:
abuso de alcohol?
Abuso de otras drogas?

PUNTUACIONES DE VALIDEZ

La información anterior está significativamente distorsionada por:

27. ¿Imagen distorsionada del paciente? 0. No 1. Sí

28. ¿La incapacidad para comprender del paciente? 0. No 1. Sí

Comentarios

BIG-4

SITUACION LEGAL

1. ¿Esta admisión ha sido promovida o sugerida por el Sistema Judicial? (juez, tutor de libertad condicional, etc.) 0. No 1. Sí

2. ¿Está en libertad condicional? 0. No 1. Sí

¿Cuántas veces en su vida ha sido acusado de:

3. Posesión y tráfico de drogas?
4. Delitos contra la propiedad?: (robos en domicilios, tiendas, fraudes, extorsión, falsificación de dinero, compra de objetos robados)
5. Delitos violentos?: (atracos, asaltos, incendios, violación, homicidio)
6. Otros delitos?
7. ¿Cuántos de estos cargos resultaron en condenas?:

¿Cuántas veces en su vida ha sido acusado de:

8. Alteración del orden, vagabundeo, intoxicación pública?:
9. Prostitución?:
10. Conducir embriagado?:
11. Delitos de tráfico?: (velocidad, conducir sin carnet, conducción peligrosa, etc.)
12. ¿Cuántos meses en su vida ha estado en la cárcel?: *(meses)*
13. ¿Cuánto tiempo duró su último periodo en la cárcel?: *(meses)*
14. ¿Cuál fue la causa? (Use los códigos 03-06, 08-11. Si ha habido múltiples cargos, coloque el más severo)
15. En el momento actual, ¿está pendiente de cargos, juicio o sentencia? 0. No 1. Sí
16. ¿Por qué? *(Si hay múltiples cargos codifique el más severo)*
17. ¿Cuántos días en el último mes ha estado detenido o encarcelado?: *(días)*
18. ¿Cuántos días en el último mes ha realizado actividades ilegales para su beneficio?: *(días)*

PARA LAS PREGUNTAS 19 Y 20, POR FAVOR PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACION

19. ¿Cómo de serios piensa que son sus problemas legales actuales? *(Excluir problemas civiles)*
20. ¿Qué importancia tiene ahora para Ud. el asesoramiento para esos problemas legales?

ESCALA DE SEVERIDAD PARA EL ENTREVISTADOR

21. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de servicios legales o asesoramiento?

PUNTUACIONES DE VALIDEZ

La información anterior está significativamente distorsionada por:

22. ¿Imagen distorsionada del paciente? 0. No 1. Sí
23. ¿La incapacidad para comprender del paciente? 0. No 1. Sí

Comentarios

HISTORIA FAMILIAR

¿Alguno de sus familiares ha tenido lo que Ud. llamaría un problema importante de alcoholismo, abuso de otras drogas o psiquiátrico, que le llevó o hubiera debido llevarle a recibir tratamiento?

RAMA MATERNA

	Alcohol	Drogas	Psq
Abuela			
Abuelo			
Madre			
Tía			
Tío			
Otro impte.			

RAMA PATERNA

	Alcohol	Drogas	Psq
Abuela			
Abuelo			
Padre			
Tía			
Tío			
Otro impte.			

HERMANOS

	Alcohol	Drogas	Psq
Hermano 1			
Hermano 2			
Hermana 1			
Hermana 2			
Hermanastro			

Instrucciones: Ponga un "0" en la categoría familiar cuando la respuesta sea claramente "no para todos los familiares de la categoría", "1" cuando la respuesta es claramente "sí para algún familiar dentro de esa categoría", "X" cuando la respuesta no está del todo clara o sea no sé, y "N" cuando nunca haya existido un familiar en dicha categoría. En caso de que existan más de

RG-4

RELACIONES FAMILIARES / SOCIALES

1. Estado civil:

1. Casado
2. Casado en 2ª nupcias
3. Viudo
4. Separado
5. Divorciado
6. Soltero

2. ¿Hace cuánto tiempo tiene este estado civil?: años meses

3. ¿Está satisfecho con esta situación?
0. No
1. Indiferente
2. Sí

4. Convivencia habitual (En los últimos 3 años)
1. Pareja e hijos
2. Pareja
3. Hijos
4. Padres
5. Familia
6. Amigos
7. Solo
8. Medio protegido
9. No estable

5. ¿Cuánto tiempo ha vivido en esa situación? años meses

(Si es con padres o familia contar a partir de los 15 años)

6. ¿Está satisfecho con esa convivencia?
0. No
1. Indiferente
2. Sí

¿Vive con alguien que:
0. No 1. Sí

6A Actualmente tiene problemas relacionados con el alcohol?

6B Usa drogas psicoactivas?

7. ¿Con quién pasa la mayor parte de su tiempo libre?:
1. Familia, sin problemas actuales de alcohol o drogas
2. Familia, con problemas actuales de alcohol o drogas
3. Amigos, sin problemas actuales de alcohol o drogas
4. Amigos, con problemas actuales de alcohol o drogas
5. Solo

8. ¿Está satisfecho con la forma en que utiliza su tiempo libre?
0. No
1. Indiferente
2. Sí

9. ¿Cuántos amigos íntimos tiene?

Instrucciones para 9A a 18 : Ponga un "0" en la categoría familiar cuando la respuesta sea claramente no para todos los familiares de la categoría, "1" cuando la respuesta es claramente sí para algún familiar dentro de esa categoría, "X" cuando la respuesta no está del todo clara o sea "no sé", y "N" cuando nunca haya existido un familiar en dicha categoría.

9A ¿Diría Ud. que a tenido relaciones próximas, duraderas, personales con alguna de las siguientes personas en su vida?

Madre:
Padre:
Hermanos/as
Pareja sexual/esposo/a:
Hijos/as:
Amigos/as:

Ha tenido períodos en que ha Experimentado problemas serios con:
0. No 1. Sí

	Último mes	A lo largo de la vida
10. Madre		
11. Padre		
12. Hermanos/as		
13. Pareja sexual/esposo/a		
14. Hijos/as		
15. Otro/a familiar		
16. Amigos/as íntimos/as		
17. Vecinos/as		
18. Compañeros de trabajo / estudio		

¿Algunas de estas personas (10-18) ha abusado de Ud.:
0. No 1. Sí

	Último mes	A lo largo de la vida
18A. Emocionalmente? (insultándole, etc)		
18B. Físicamente? Produciéndole daños físicos)		
18C. Sexualmente? (forzándole a mantener relaciones sexuales)		

19. ¿Cuántos días en el último mes ha tenido problemas serios
A. Con su familia?
B. Con otra gente? *(Excluir familiares)*

PARA LAS PREGUNTAS 20 Y 23, POR FAVOR PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACION

¿Cuánto le han molestado o preocupado en el último mes sus

20. problemas familiares?
21. problemas sociales?

¿Qué importancia tiene ahora para Ud. el asesoramiento para esos:

22. problemas familiares?
23. problemas sociales?

ESCALA DE SEVERIDAD PARA EL ENTREVISTADOR

24. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de asesoramiento familiar y/o social?

PUNTUACIONES DE VALIDEZ

La información anterior está significativamente distorsionada por:

25. ¿Imagen distorsionada del paciente?
0. No 1. Sí

26. ¿La incapacidad para comprender del paciente?
0. No 1. Sí

Comentarios

ASI-4

ESTADO PSIQUIATRICO

1. ¿Cuántas veces ha recibido tratamiento por problemas psicológicos o emocionales?

   Tratamiento hospitalario: ☐☐

   Tratamiento ambulatorio: ☐☐

2. ¿Recibe una pensión por incapacidad psíquica? ☐
   0. No 1. Sí

Ha pasado un periodo de tiempo significativo (no directamente debido al uso de alcohol o drogas) en el cual Ud. (consulte el manual para definiciones):
0. No 1. Sí

	Último mes	A lo largo de la vida
3. Experimentó depresión severa?	☐	☐
4. Experimentó ansiedad o tensión severa?	☐	☐
5. Experimentó problemas para comprender, concentrarse o recordar?	☐	☐
6. Experimentó alucinaciones?	☐	☐
7. Experimentó problemas para controlar conductas violentas?	☐	☐
8. Recibía medicación prescrita por problemas emocionales o psicológicos?	☐	☐
9. Experimentó ideación suicida severa?	☐	☐
10. Realizó intentos suicidas?	☐	☐

10A. ¿Cuántas veces intentó suicidarse? ☐☐

11. ¿Cuántos días en el último mes ha experimentado esos problemas psicológicos/emocionales? ☐☐

PARA LAS PREGUNTAS 12 Y 13, POR FAVOR PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACION

12. ¿Cómo le han preocupado o molestado en el último mes estos problemas psicológicos o emocionales? ☐

13. ¿Qué importancia tiene ahora para Ud. el tratamiento para esos problemas psicológicos? ☐

LOS SIGUIENTES ITEMS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS POR EL ENTREVISTADOR

Durante la entrevista, el paciente se presentaba:
0. No 1. Sí

14. Francamente deprimido/retraído ☐
15. Francamente hostil ☐
16. Francamente ansioso/nervioso ☐
17. Con problemas para interpretar la realidad, trastornos del pensamiento, ideación paranoide ☐
18. Con problemas de comprensión, Concentración o recuerdo ☐
19. Con ideación suicida ☐

ESCALA DE SEVERIDAD PARA EL ENTREVISTADOR

20. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de tratamiento psiquiátrico/psicológico? ☐

PUNTUACIONES DE VALIDEZ

La información anterior está significativamente distorsionada por:

21. ¿Imagen distorsionada del paciente? ☐
    0. No 1. Sí

22. ¿La incapacidad para comprender del paciente? ☐
    0. No 1. Sí

Comentarios

Anexo II: Cuestionario LiR

Life_in_Recovery_survey_ES

Start of Block: Introducción e Información

Q1 Bienvenido al cuestionario Life in Recovery (LiR).

Qué?
El cuestionario Life in Recovery (LiR) está diseñado para documentar la vida de personas que han reducido o parado el uso problemático de drogas ilegales (no incluyendo alcohol o psicofármacos) y como superarlo ha cambiado sus vidas y las de las personas que les rodean. Este proyecto ha sido liderado por la Universidad Sheffield Hallam University y ha sido desarrollado en colaboración con los Institutos de Investigación de Gante y Rotterdam. Los datos del estudio completo durante tres años serán recogidos en Inglaterra, Escocia, Bélgica y Holanda. Mediante una colaboración con la red RUN-Recovered Users Network, el cuestionario está disponible en otros países europeos, así como en países de la región de los Balcanes Occidentales.
Completar el cuestionario no dura más de 20 minutos.

Por qué debes participar?

Porque compartiendo tu experiencia contribuyes al conocimiento sobre la recuperación. Esto puede servirnos para convencer a los dirigentes políticos para aplicar medidas apropiadas donde sea necesario. Tu contribución es muy valiosa y podría ayudar a personas con experiencias similares.

Quién puede completar el cuestionario?
Cualquiera que se considere "en recuperación" DURANTE AL MENOS TRES MESES o que al menos no esté utilizando drogas ilegales, y que sea mayor de 18 años, es candidato para completar el cuestionario.

Existen riesgos y/o problemas acerca de la confidencialidad de los datos?
No hay riesgos físicos, sociales, económicos o legales asociados a la participación en este estudio, y todos los datos son confidenciales. El tratamiento de los datos se realizará de manera confidencial y segura, de acuerdo con la ley europea Data Protection Act 1988 y la Ley Orgánica de Protección de Datos LOPD/9/1999. No recogemos tu dirección personal ni identificaciones. Tu dirección de correo electrónico y los datos del cuestionario se recogen por separado. Si abandonas el cuestionario antes de completarlo, tus datos no serán guardados. Si deseas volver a completarlo, tendrás que hacerlo desde el principio.
Puedes encontrar más información sobre los cuestionarios y el estudio en esta dirección: http://www.rec-path.co.uk/participant-information/english
Si tienes alguna pregunta, por favor, contacta con el equipo de investigación aquí: http://www.rec-path.co.uk/contact-us
O con el coordinador local en: run@eurad.net Gracias por tomarte el tiempo para colaborar con esta parte importante de la investigación.

End of Block: Introducción e Información

Start of Block: Consentimiento informado

Q2 Consentimiento electrónico

Marca en la casilla que indica que:

Has leído y comprendido la información
Accedes voluntariamente a participar
Tienes al menos 18 años de edad

Q3 He leído y comprendido completamente toda la información y acepto completar este cuestionario

- ○ Sí (1)
- ○ No (2)

End of Block: Consentimiento informado

Start of Block: Información General

Q4 Cuál es tu Género?

- ○ Hombre (1)
- ○ Mujer (2)
- ○ Otro (3)

*

Q5 Qué edad tienes? (El valor debe ser mayor o igual a 18)

_____

Q6 En qué comunidad autónoma vives?

- o Andalucía (1)
- o Madrid (2)
- o Cataluña (3)
- o País Vasco (4)
- o Otra (Por favor, especificar) (5) _____

Q7 Cuál es tu máximo nivel de educación?

- o Nunca he ido al colegio / nunca he completado la escuela primaria (1)
- o Enseñanza primaria completada (2)

- o Enseñanza secundaria completada (3)
- o Bachillerato y/o superior (4)

Q8 Cuál es tu estado civil actual?

- ○ Soltero/a sin haberme casado nunca (1)
- ○ Conviviendo sin estar casado/a (2)
- ○ Casado/a (3)
- ○ Separado/a pero legalmente casado/a (4)
- ○ Divorciado/a (5)
- ○ Viudo/a (6)
- ○ Otro (Por favor, especificad) (7) _____

Q9 Cuál es tu raza u origen étnico?

- ○ Blanco/caucasiano (1)
- ○ Árabe/magrebí (2)
- ○ Gitano (3)
- ○ Africano subsahariano (4)
- ○ Multiétnico (5)
- ○ Otra (por favor, especifica) (7) _____

Q10 Tienes responsabilidades familiares (niños que vivan contigo y dependan de ti)?

- ○ No (1)
- ○ Sí (indica cuántos) (2) _____

End of Block: Información General

Start of Block: Alternativas al Uso Problemático de Drogas Ilegales

Q11
En la siguiente sección, estamos interesados en saber si alguna vez has solicitado ayuda a organizaciones o servicios. Adicionalmente, dinos si NUNCA has recibido algún tipo de ayuda y si otras situaciones

vitales, como unirte a grupos religiosos/iglesias, casarte, un nuevo trabajo, actividades deportivas…te han ayudado.

Q12 Has buscado o recibido ayuda de alguno de los siguientes servicios/organizaciones para tu uso problemático de drogas?

	Sí (1)	No (2)
Programas de 12-Pasos (1)	○	○
Programas de apoyo mutuo de personas con problemas de adicción (no - 12-pasos) (2)	○	○
Rehabilitación Residencial, Comunidad terapéutica y/o Desintoxicación residencial (3)	○	○
Tratamiento ambulatorio especializado (mantenimiento de metadona, asistencia psicosocial y similares) (4)	○	○
Otros (iglesia, terapia ocupacional….) (5)	○	○

Q13 Por favor, dinos por qué nunca has recibido o buscado ayuda de las organizaciones/programas anteriormente mencionados.

_____

_____

_____

End of Block: Alternativas al Uso Problemático de Drogas Ilegales

Start of Block: Uso de sustancias

Q14 En este apartado nos gustaría saber sobre tu uso de drogas ilegales **(No se incluye uso de alcohol o psicofármacos)**

Q15 Qué edad tenías la **primera vez** que usaste drogas ilegales?

_____

Q16 Qué edad tenías la **última vez** que usaste drogas ilegales?

_____

End of Block: Uso de sustancias

Start of Block: Obstáculos para la Recuperación

Q17

	Días que he utilizado en los últimos 30 días?	Alguna vez ha sido un problema?	
		Sí (1)	No (2)

Alcohol (1)	▼ 0 (1) ... 30 (31)	○	○
Heroína (2)	▼ 0 (1) ... 30 (31)	○	○
Cocaína (3)	▼ 0 (1) ... 30 (31)	○	○
Crack (Cocaína fumada) (4)	▼ 0 (1) ... 30 (31)	○	○
Anfetaminas (5)	▼ 0 (1) ... 30 (31)	○	○
Éxtasis / MDMA (15)	▼ 0 (1) ... 30 (31)	○	○
Cannabis (6)	▼ 0 (1) ... 30 (31)	○	○
Metadona (Prescrita) (7)	▼ 0 (1) ... 30 (31)	○	○
Buprenorfina (Prescrita) (8)	▼ 0 (1) ... 30 (31)	○	○
Tabaco (9)	▼ 0 (1) ... 30 (31)	○	○
Psicofármacos (10)	▼ 0 (1) ... 30 (31)	○	○

Q18 **Por favor, SOLO contesta estas "Otras sustancias" si tienes más sustancias que comentar**

	Días que he utilizado en los últimos 30 días?	Alguna vez ha sido un problema?	
		Sí (1)	No (2)

Otra sustancia problemática 1 (Por favor, especificar) (12)	▼ 0 (1) ... 30 (31)	○	○
Otra sustancia problemática 2 (Por favor, especificar) (13)	▼ 0 (1) ... 30 (31)	○	○
Otra sustancia problemática 3(Por favor, especificar) (14)	▼ 0 (1) ... 30 (31)	○	○

Q19

	Sí (1)	No (2)
Has tenido problemas graves de alojamiento en **los últimos 30 días**? (1)	○	○
Has tenido riesgo de desahucio en **los últimos 30 días**? (2)	○	○

Q20

	Sí (1)	No (2)
Te has inyectado drogas en **últimos 30 días?** (1)	○	○

Q21

	Sí (1)	No (2)
Has estado implicado en delitos en **últimos 30 días?** (1)	○	○
Has tenido problemas con el Sistema judicial **últimos 30 días** (e.g. policia, juzgados o prisión)? (2)	○	○

Q22

	Sí (1)	No (2)
Has estado trabajando a tiempo completo de manera continuada los **últimos 30 días?** (1)	○	○
Has estado trabajando a tiempo parcial de manera continuada los **últimos 30 días?** (2)	○	○

Has estado en el instituto, universidad o otra formación oficial (incluyendo formación online) de manera continuada los **últimos 30 días?** (3)	○	○
Has sido voluntario de manera continuada los **últimos 30 días?** (4)	○	○

End of Block: Obstáculos para la Recuperación

Start of Block: Recuperación

Q23 Con qué edad hiciste tu primer intento de dejar/ buscar ayuda para tu uso de drogas problemático?

_____

Q24 Cuánto tiempo ha pasado desde tu último uso problemático de drogas?

	Años	Meses
Periodo de tiempo (1)	▼ 0 (1) ... 50+ (51)	▼ Menos de un mes (1) ... 11 (12)

Q25
Cuánto tiempo consideras que llevas recuperado?
Se les recuerda que deben considerarse "en recuperación" AL MENOS LOS ÚLTIMOS TRES MESES.

	Años	Meses
Periodo de tiempo (1)	▼ 0 (1) ... 50+ (51)	▼ 1 (1) ... 11 (11)

Q26 Qué categoría te describe mejor ahora mismo, respecto a tu problema principal de consume de drogas?

- ○ En proceso de Recuperación (1)
- ○ Recuperado (2)
- ○ He tenido un problema con las drogas, pero ya no lo tengo (3)
- ○ En tratamiento médico – con apoyo para la Recuperación (4)
- ○ Otros (por favor especificar) (5) _____

Q27 Qué motivó tu primer intento de abandono/abandono de tu uso problemático de drogas? (Señala todo lo que sea aplicable)

- ☐ Motivos familiares, de pareja o de otras Relaciones personales (1)
- ☐ Motivos económicos (2)
- ☐ Motivos laborales (3)
- ☐ Motivos legales (4)
- ☐ Motivos de salud física (5)
- ☐ Motivos de salud mental o emocional (6)
- ☐ Motivos religiosos o espirituales (7)
- ☐ Otras (Por favor, especificar) (8) _____

Q28 Qué razones te mantienen en Recuperación ahora? (Señala todo lo que sea aplicable)

- ☐ Razones familiares, de pareja o de otras Relaciones personales (1)
- ☐ Razones económicas (2)
- ☐ Razones laborales (3)
- ☐ Razones legales (4)
- ☐ Razones de salud física (5)
- ☐ Razones de salud mental o emocional (6)
- ☐ Razones religiosas o espirituales (7)
- ☐ Otras (Por favor, especificar) (8) _____

End of Block: Recuperación

Start of Block: Programas y Recursos para la RecuperaciónQ29 Cuáles de los siguiente recursos y apoyos estás utilizando **actualmente** para asegurarte de que no utilizas drogas ilegales de manera problemática de nuevo? (Señala todo lo que sea aplicable)

☐ Grupos de ayuda mutua 12-pasos (1)

☐ Grupos de ayuda mutua no basados en 12-pasos (2)

☐ Comunidad terapéutica o tratamiento residencial de Rehabilitación (3)

☐ Tratamiento ambulatorio especializado (4)

☐ Tratamiento farmacológico para la adicción (5)

☐ Websites que dan apoyo para la recuperación (6)

☐ Aplicaciones para móvil que dan apoyo para la recuperación (7)

☐ Redes sociales que dan apoyo para la recuperación (8)

☐ ⊗No estoy utilizando ningún recurso o apoyo para mantener la recuperación (9)

☐ Otros (por ejemplo, programas de cuidados, intercambio de jeringuillas, psicólogos, clubes deportivos…) (10) _____

End of Block: Programas y Recursos para la Recuperación

Start of Block: Experiencias con el uso problemático de sustancias

Q30 Estas preguntas son sobre situaciones y vivencias que has tenido mientras estabas utilizando drogas de manera problemática.

Q31 Pensando sobre tu **salud**, mientras utilizabas **drogas de manera problemática,** hiciste/tuviste:

	Sí (1)	No (2)	N/A (3)
Ejercicio regularmente (2)	○	○	○
Experimentaste problemas emocionales/mentales sin recibir tratamiento (10)	○	○	○
Visitaste Urgencias hospitalarias frecuentemente (por otros motivos que los problemas médicos/salud mental) (3)	○	○	○
Frecuentemente utilizaste servicios sanitarios (diferentes de urgencias) (4)	○	○	○
Hiciste chequeos dentales con regularidad (5)	○	○	○
Tuviste un médico de familia asignado (6)	○	○	○
Tuviste hábitos de alimentación saludables / buena alimentación (7)	○	○	○
Utlizaste tabaco (e.g. fumar cigarillos o puros, tabaco de picar) (8)	○	○	○
Tuviste cuidado de tu salud (e.g. chequeos médicos regulares, buscaste ayuda si necesitabas) (9)	○	○	○

Q32 Pensando sobre los **problemas legales** mientras experimentabas **uso problemático de drogas:**

	Sí (1)	No (2)	N/A (3)
Conservaste tu carnet de conducir (1)	○	○	○
Tuviste el carnet de conducir suspendido (2)	○	○	○
Te devolvieron tu carnet de conducir (3)	○	○	○
Condujiste bajo la influencia de las drogas (4)	○	○	○
Dañaste propiedades, las tuyas o las de alguna otra persona (5)	○	○	○
Fuiste detenido (6)	○	○	○
Has tenido petición de cargos criminales contra ti (7)	○	○	○
Estado en libertad condicional, como un tercer grado (8)	○	○	○
Has estado en prisión (9)	○	○	○

Q33 Pensando sobre los **problemas económicos** mientras experimentabas **uso problemático de drogas**:

	Yes (1)	No (2)	N/A (3)
No eras capaz de pagar tus facturas con frecuencia (1)	○	○	○
Tenías problemas con deudas o el pago de créditos (2)	○	○	○
Tenías crédito limitado (3)	○	○	○
Tenías una cuenta bancaria (4)	○	○	○
Debías la devolución de impuestos (5)	○	○	○
Pagabas deudas personales (6)	○	○	○
Habitualmente pagabas las facturas en plazo (7)	○	○	○
Te rechazaban los pagos de impuestos (8)	○	○	○
Pagabas tus impuestos en plazo (9)	○	○	○
Tenías un domicilio estable (10)	○	○	○

Q34 Pensando sobre **trabajo y/o estudios,** mientras experimentabas **uso problemático de drogas**:

	Sí (1)	No (2)	N/A (3)
Estabas empleado (1)	○	○	○
Tenías buenas evaluaciones de desempeño laboral (2)	○	○	○
Frecuentemente te ausentabas del colegio o el trabajo (3)	○	○	○
Promovías tu educación o formación (4)	○	○	○
Te despedían o suspendían en el trabajo (5)	○	○	○
Perdiste tu autorización profesional u ocupacional (6)	○	○	○
Empezaste tu propio negocio (7)	○	○	○
Abandonaste la escuela o la universidad (8)	○	○	○
Recuperaste tu autorización profesional u ocupacional (9)	○	○	○

Q35 Pensando sobre **familia y vida social,** mientras experimentabas **uso problemático de drogas**:

	Sí (1)	No (2)	N/A (3)
Participaba en las actividades familiares (1)	○	○	○
Hacía planes para el futuro (e.g. planificaba la jubilación o tomarme vacaciones) (2)	○	○	○
Perdí la custodia de los niños (por motivos diferentes del servicio) (3)	○	○	○
Recuperé a los niños de protección de menores, custodia externa o medidas de protección (4)	○	○	○
Sufrí o cometí violencia familiar (5)	○	○	○
Fui voluntario en la comunidad/ movimiento social (6)	○	○	○

Q36 Pensando sobre **familia y vida social,** mientras experimentabas **uso problemático de drogas**, por favor indica tu nivel de consentimiento con las siguientes cuestiones:

	Totalmente de acuerdo (1)	De acuerdo (2)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)	En desacuerdo (4)	Totalmente en desacuerdo (5)	No lo sé (6)
Me identificaba con personas que usaban drogas ilegales (1)	○	○	○	○	○	○
Me identificaba con otras personas en recuperación (2)	○	○	○	○	○	○
Era parte de varios grupos sociales diferentes (3)	○	○	○	○	○	○
Tenía amigos que formaban parte de varios grupos sociales diferentes (4)	○	○	○	○	○	○

Q37 Mientras estabas en la **cima de tu uso problemático de drogas**, con cuántas **personas discutías asuntos importantes**, NO incluyendo los asuntos sobre el uso de drogas ilegales?

- ○ Ninguna (1)
- ○ Una (2)
- ○ Dos (3)
- ○ Tres (4)
- ○ Cuatro o más (5)

Q38 Mientras estabas en la **cima de tu uso problemático de drogas**, cuántas de las personas con las que estuviste **pasando el tiempo** eran usuarios de drogas ilegales?

- ○ Ninguna (1)
- ○ Menos de la mitad (2)
- ○ La mitad (3)
- ○ Más de la mitad (4)

○ Todas ellas (5)

Q39 Mientras estabas en la **cima de tu uso problemático de drogas**, cuántas de las personas con las que estuviste **pasando el tiempo** estaban en recuperación?

○ Ninguna (1)

○ Menos de la mitad (2)

○ La mitad (3)

○ Más de la mitad (4)

○ Todas ellas (5)

End of Block: Experiencias con el uso problemático de sustancias

---

Start of Block: Experiencias de Recuperación

Q40
Estas preguntas son sobre situaciones y acontecimientos que experimentaste cuando empezaste tu proceso actual de recuperación.
Q41 Pensando acerca de tu **salud,** desde que comenzaste tu **recuperación/redujiste o paraste el uso problemático:**

	Sí (1)	No (2)	N/A (3)
Haces ejercicio regularmente (1)	○	○	○
Experimentaste problemas emocionales/mentales sin recibir tratamiento (2)	○	○	○
Visitaste Urgencias hospitalarias frecuentemente (por otros motivos que los problemas médicos/salud mental) (3)	○	○	○
Frecuentemente utilizaste servicios sanitarios (diferentes de urgencias) (4)	○	○	○
Hiciste chequeos dentales con regularidad (5)	○	○	○
Tuviste un médico de familia asignado (6)	○	○	○
Tuviste hábitos de alimentación saludables / buena alimentación (7)	○	○	○
Utlizaste tabaco (e.g. fumar cigarillos o puros, tabaco de picar) (8)	○	○	○
Tuviste cuidado de tu salud (e.g. chequeos medicos regulares, buscaste ayuda si necesitabas) (9)	○	○	○

Q42 Pensando sobre los **problemas legales,** desde que comenzaste tu r**ecuperación/ redujiste o paraste el uso problemático:**

	Sí (1)	No (2)	N/A (3)
Mantuviste tu carnet de conducir (1)	○	○	○
Tuviste el carnet de conducir suspendido (2)	○	○	○
Te devolvieron tu carnet de conducir (3)	○	○	○
Condujiste bajo la influencia de las drogas (4)	○	○	○
Dañaste propiedades, las tuyas o las de alguna otra persona (5)	○	○	○
Fuiste detenido (6)	○	○	○
Has tenido petición de cargos criminales contra ti (7)	○	○	○
Has estado en libertad condicional, como un tercer grado (8)	○	○	○
Has estado en prisión (9)	○	○	○

Q43 Pensando sobre los **problemas económicos,** desde que comenzaste tu r**ecuperación/ redujiste o paraste el uso problemático:**

	Sí (1)	No (2)	N/A (3)
Frecuentemente no eras capaz de pagar tus facturas (1)	○	○	○
Tenías problemas con deudas o el pago de créditos (2)	○	○	○
Tenías créditos limitados (3)	○	○	○
Tenías una cuenta bancaria (4)	○	○	○
Debías la devolución de impuestos (5)	○	○	○
Pagabas deudas personales (6)	○	○	○
Habitualmente pagabas las facturas en plazo (7)	○	○	○
Te devolvían los pagos de impuestos (8)	○	○	○
Pagabas tus impuestos en plazo (9)	○	○	○
Tenías un domicilio estable (10)	○	○	○

Q44 Pensando sobre **trabajo y/o estudios,** desde que comenzaste tu **recuperación/ redujiste o paraste el uso problemático:**

	Sí (1)	No (2)	N/A (3)
Estabas empleado (1)	○	○	○
Tenías buenas evaluaciones de desempeño laboral (2)	○	○	○
Frecuentemente te ausentabas del colegio o el trabajo (3)	○	○	○
Promovías tu educación o formación (4)	○	○	○
Te despedían o suspendían en el trabajo (5)	○	○	○
Perdiste tu autorización profesional u ocupacional (6)	○	○	○
Empezaste tu propio negocio (7)	○	○	○
Abandonaste la escuela o la universidad (8)	○	○	○
Recuperaste tu autorización profesional u ocupacional (9)	○	○	○

Q45 Pensando sobre **familia y vida social desde que comenzaste tu recuperación/ redujiste o paraste el uso problemático:**

	Sí (1)	No (2)	N/A (3)
Participaba en las actividades familiares (1)	○	○	○
Hacía planes para el futuro (e.g. planificaba la jubilación o tomarme vacaciones) (2)	○	○	○
Perdí la custodia de los niños (por motivos diferentes del servicio) (3)	○	○	○
Recuperé a los niños de protección de menores, custodia externa o medidas de protección (4)	○	○	○
Sufrí o cometí violencia familiar (5)	○	○	○
Fui voluntario en la comunidad/ movimiento social (6)	○	○	○

Q46 Pensando sobre **familia y vida social, desde que comenzaste tu recuperación/ redujiste o paraste el uso problemático**, por favor indica tu nivel de consentimiento con las siguientes cuestiones:

	Totalmente de acuerdo (1)	De acuerdo (2)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)	En desacuerdo (4)	Totalmente en desacuerdo (5)	No lo sé (6)
Me identifica con personas que usa drogas ilegales (1)	○	○	○	○	○	○
Me identifica con otras personas en recuperación (2)	○	○	○	○	○	○
Soy parte de varios grupos sociales diferentes (3)	○	○	○	○	○	○
Tengo amigos que forma parte de varios grupos sociales diferentes (4)	○	○	○	○	○	○

Q47 **Desde que comenzaste tu recuperación/ redujiste o paraste el uso problemático**, con cuántas **personas discutías asuntos importantes**, NO incluyendo los asuntos sobre el uso de drogas ilegales?

- ○ Ninguna (1)
- ○ Una (2)
- ○ Dos (3)
- ○ Tres (4)
- ○ Cuatro o más (5)

Q48 **Desde que comenzaste tu recuperación/ redujiste o paraste el uso problemático**, cuántas de las personas con las que estuviste **pasando el tiempo** eran usuarios de drogas ilegales?

- ○ Ninguna (1)

- ○ Menos de la mitad (2)
- ○ La mitad (3)
- ○ Más de la mitad (4)
- ○ Todas ellas (5)

Q49 **Desde que comenzaste tu recuperación/ redujiste o paraste el uso problemático**, cuántas de las personas con las que estuviste **pasando el tiempo** estaban en recuperación?

- ○ Ninguna (1)
- ○ Menos de la mitad (2)
- ○ La mitad (3)
- ○ Más de la mitad (4)
- ○ Todas ellas (5)

End of Block: Experiencias de Recuperación

Start of Block: Comentarios adicionales

Q50 Por favor, añade cualquier otro comentario que consideres sobre el impacto/efecto que el uso de drogas ilegales ha tenido en tu vida.

_____

_____

_____

_____

_____

Q51 Por favor, añade cualquier otro comentario que consideres sobre el impacto/efecto de haber disminuido o abandonado el uso problemático de drogas.

_____

_____

_____

_____

Q52 En el siguiente espacio, por favor describe cualquier asunto o problema que hayas tenido completando el cuestionario. Pueden ser problemas técnicos con el cuestionario online, preguntas que te han resultado poco claras o confusas, o cualquier otro tema con el que hayas tenido problemas.

_____

_____

_____

End of Block: Comentarios adicionales

Start of Block: Conclusión

Q53 GRACIAS POR COMPLETAR EL CUESTIONARIO!

Cada voz cuenta-por favor, dile algo sobre el cuestionario a tus amigos que se encuentren en proceso de Recuperación, por ejemplo mandando un enlace y diciéndoles que participen. Si quieres aprender más o tienes preguntas sobre nuestra investigación y/o deseas participar en investigaciones futuras, por favor contacta aquí:
http://www.rec-path.co.uk/contact-us

Q54 Información de contacto si deseas participar en otros estudios (no es obligatorio).

☐ Nombre (7) _____

☐ Correo electrónico (8) _____

☐ Número de teléfono (9) _____

Q56 If you wish to take part in phase 2, please select your preferred method for taking part.
(Solamente para personas de Gran Bretaña, Bélgica y Países Bajos)

○ Online-survey (1)

○ Face-to -face (2)

○ Skype (3)

○ Phone call (4)

End of Block: Conclusión

Start of Block: Líneas de Ayuda

Q55 Si sientes malestar o ansiedad tras completar en cuestionario, la siguiente organización puede ayudarte, y ellos te derivarán a servicios locales y organizaciones para darte ayuda específica.
ASOCIACIÓN DIANOVA ESPAÑA E-mail: dianova@dianova.es Tfn: +34 91 468 87 65

End of Block: Líneas de Ayuda

Anexo III: Guión de entrevista

Questions for "Adaptation of Recovery programs to EMCDDA vulnerable subgroups" study

- *Is there a difference between the profiles of drug users engaged in recovery treatment now compared to those known in the past or to those unknown to services?*
- *If so, what are these differences?*
- *Does the profile of drug users engaged in recovery treatment vary by drug, gender, ethnicity, age, referral source, housing status…?*
- *Where are the groups who fare less well? Opiates user older than 40 years, women with addictive behaviours problems or young users in risk?*
- *How do you think has been the adaptation of actual recovery programs to opiates user older than 40 years?*
- *How do you think has been the adaptation of actual recovery programs to women with addictive behaviours problems?*
- *How do you think has been the adaptation of actual recovery programs to young users in risk?*
- *What is the balance of individuals on a recovery pathway? Is this balance consistent with ambitions for recovery?*
- *Is there unmet need which is linked to poor pathways? For example, individuals may have an employment, training or housing need but the system may not have good links to housing services or the local job centre.*
    - *Do you think these groups (opiates user older than 40 years, women with addictive behaviours problems and young users in risk) have got any Addiction-specific needs: need for treatment, care and aftercare relating to drug use? Which are these specific needs?*
    - *Have you identified any areas of need among your target population that practitioners were largely unaware of?*
    - *Which of the needs of your target population are currently being met, and which are not being met?*
- *What are the implications of families of persons with addictive behaviours problems?*
- *What kind of services do you offer to families of persons with addictive behaviours problems?*

Anexo IV: Consentimiento informado

INFORMED CONSENT

We are making a research, ***"Adaptation of Recovery programs to EMCDDA vulnerable subgroups"*** **study,** about Recovery programs and their capacity to be adapted to vulnerable groups, with professor Antonio Jesus Molina Fernandez and responsible/IP of the project. We would like to ask for your collaboration as experts in Recovery programs for the study.

In attached file you may find the questions of the study. What we need they are only your answers, and these answers will be considered with all confidentiality and data protection (EU 2016/679, General Data Protection Regulation), your personal and professional data will be protected and will receive an guarantees, never going to be transmitted to other person and/or institutions.

Objective is not to identify your personal opinions, it´s to collect several opinions of international experts as you about the topic. Feel free to participate, we would be honoured with your collaboration.

If you have any kind of doubt or comments, do not hesitate to contact us by e-mail, to antmolin@ucm.es .

If you agree, please sign this informed consent in the reserved space for your sign.

Participant sign: Researcher sign:

Name and date: Antonio Jesús Molina Fernández/date:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

D./Dña. ……., mayor de edad, de ……. años de edad, manifiesto que he sido informado/a sobre el estudio **Adaptación de los programas de Recuperación de Adicciones a los grupos de riesgo del EMCDDA,** dirigido por el profesor Antonio Jesús Molina Fernández, de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.

1. **He recibido suficiente información sobre el estudio.**
2. **He podido hacer todas las preguntas que he creído conveniente sobre el estudio y se me han respondido satisfactoriamente.**
3. **Comprendo que mi participación es voluntaria.**
4. **Comprendo que puedo retirarme del estudio y revocar este consentimiento:**
    a. **Cuando quiera**
    b. **Sin tener que dar explicaciones y sin que tenga ninguna consecuencia de ningún tipo.**

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos y sometidos a las garantías dispuestas en el reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 y que mis datos nunca serán transmitidos a terceras personas o instituciones.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a participar en este estudio, para cubrir los objetivos especificados.

Firma del participante: Firma del investigador:

Nombre y fecha: Nombre y fecha:

A los efectos de lo dispuesto en el reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, el interviniente queda informado y expresamente consiente de la incorporación de sus datos a los ficheros de carácter personal de los que es responsable la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.

La Universidad Complutense de Madrid garantiza que todos los datos personales y/o de sus familiares representados facilitados por el titular serán tratados con la mayor confidencialidad y en la forma y con las limitaciones previstas en el reglamento (UE) 2016/679 y demás normativa aplicable (Real Decreto 1720/2007 de 21 de diciembre; Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre).

El presente consentimiento se otorga sin perjuicio de todos los derechos que le asisten en virtud de la normativa antes citada y especialmente de la posibilidad de ejercer gratuitamente los derechos de acceso a la información que nos haya facilitado y de la rectificación, cancelación y oposición en cualquier momento que lo desee. Para ello debe dirigirse por escrito a Antonio Jesús Molina Fernández **(antmolin@ucm.es).**

Anexo V: Informe de la Comisión Deontológica de Investigación UCM

Facultad de Psicología
Universidad Complutense de Madrid
Vicedecanato de Investigación y Doctorado

Ref. 2019/20-043

A quien corresponda,

La Comisión Deontológica de la Facultad de Psicología de la UCM ha resuelto emitir informe favorable sobre los aspectos éticos relativos al estudio " ***Adaptation of Recovery programs to EMCDDA vulnerable subgroups***" dirigido por el Dr. Antonio Jesús Molina Fernández, una vez constatado que el proyecto respeta las normas deontológicas del Colegio Oficial de Psicólogos y las Sociedades Científicas de Psicología.

Dicho proyecto contempla explícitamente la obtención de una autorización firmada de cada uno de los participantes, previa información escrita y comprensible sobre (i) los objetivos y del procedimiento al que van a someterse, (ii) el carácter voluntario de su participación y (iii) su derecho a abandonar el estudio en cualquier etapa del mismo si así lo desean. El investigador principal también se ha comprometido expresamente a respetar el carácter confidencial de la información obtenida y a custodiarla conforme a la legislación vigente.

Cualquier cambio sobre el proyecto evaluado por la Comisión invalida el presente informe favorable y requerirá una nueva evaluación

Informe emitido el 16 de junio de 2020

Firmado por LOPEZ BASCUAS LUIS ENRIQUE - DNI 50060430X el día 08/10/2020 con un certificado emitido por AC Administración Pública

Fdo. Luis Enrique López Bascuas
Presidente de la Comisión Deontológica de la Facultad de Psicología
Vicedecano de Investigación y Doctorado

Anexo VI: Patton's Checklist of Questions for Conducting an Ethical Research Project

1. Explain the purpose of the research

Accurate & understandable

Use lay language (no jargon)

Decide what should and should not be shared

How will the research contribute to society, their community, the world

2. Promises and Reciprocity

Don't make promises you won't or can't keep

Why should the participant take part in the research?

What's the benefit to them?

3. Risk Assessment

How will this put the participant(s) at risk?

Could there be legal implications?

Could the study cause psychological distress?

If you uncover controversial information, how should be shared?

How will you communicate potential risk and handle issues that arise?

4. Confidentiality

What are the commitments that can be honored?

Confidentiality - you know identity but will maintain confidentiality

Anonymity - you do not know the identity of participants

What information will be changed?

What information can you NOT promise to keep confidential

Data storage & maintenance (time and place)

5. Informed Consent

Is it necessary? What kind will work for the situation?

IRB guidelines - what are they, how are they followed, and what needs to be submitted to them?

6. Data Access and Ownership

Who will have access and why?

Ownership of data - who? Communicate this to the participant(s)

Who (if anyone) can review findings/data/paper before release or publication?

7. Interviewer Mental Health

Will interviewer(s) be negatively impacted by study?

Could there be a need to talk about the experience? Can this be done without breaching existing contracts?

How will interviewer(s) care for themselves?

8. Advice

Who will be the go-to person or persons for the researcher(s) during the study regarding ethics issues that may arise?

9. Data Collection Boundaries

To what extent will you press participants for data?

Where will you draw the line?

What if participants become uncomfortable?

10. Ethical vs. Legal

Develop an ethic framework/philosophy

Go beyond what is required by the law

Will you have a professional or disciplinary code of ethics as a guide?

Anexo VII: COREQ

COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
Personal characteristics			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	
Gender	4	Was the researcher male or female?	
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	
Relationship with participants			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the inter viewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	
Domain 2: Study design			
Theoretical framework			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	
Participant selection			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	
Sample size	12	How many participants were in the study?	
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	
Setting			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	
Data collection			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	
Repeat interviews	18	Were repeat inter views carried out? If yes, how many?	
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the inter view or focus group?	
Duration	21	What was the duration of the inter views or focus group?	
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
		correction?	
Domain 3: analysis and findings			
Data analysis			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	
Reporting			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.

10.2. TABLAS

Tabla 1. Subgrupos de riesgo según el EMCDDA (2017).

Tabla 2. Dimensiones del apoyo social (UNODC, 2012).

Tabla 3. Principios del consumo de sustancias (Vega, 1992).

Tabla 4. Variables en el modelo de Competencias (Botvin, 1994).

Tabla 5. Resumen de los modelos teóricos de Recuperación de adicciones.

Tabla 6. Distribución de la muestra en subgrupos.

Tabla 7. Descripción de los consumidores de alcohol y cocaína.

Tabla 8. Efectos de la edad y la red social en el uso de alcohol.

Tabla 9. Efectos del género y la red social en el uso de cocaína.

Tabla 10. Participantes en el estudio cualitativo.

Tabla 11. Dimensiones y categorías del estudio.

Tabla 12. Centros visitados.

Tabla 13. Resumen de Buenas Prácticas revisadas

Tabla 14. Habilidades adquiridas.

Tabla 15. Niveles y organizaciones participantes.

Tabla 15. Expertos participantes en el estudio.

Tabla 17. Programas visitados.

Tabla 18. Tema 1: Personas mayores con problemas sociosanitarios y con un consumo problemático de opioides y/o policonsumo.

Tabla 19. Tema 2: Mujeres que presentan problemas relacionados con las drogas.

Tabla 20. Tema 3: Jóvenes vulnerables que presentan problemas relacionados con las conductas adictivas y otras conductas de riesgo.

Tabla 21. Prácticas transferidas.

Tabla 22. Resumen de las Buenas Prácticas y los modelos europeos de Recuperación

10.3. FIGURAS

Figura 1. Consumo de drogas en España en población general 2017-2018 (fuente: Observatorio Español sobre drogas y toxicomanías)

Figura 2. Consumo de drogas en España en población entre 14-18 años 2018-2019 (fuente: Observatorio Español sobre drogas y toxicomanías)

Figura 3. Sistemas del modelo Ecológico (Bronfenbrenner, 1979)

Figura 4. Modelo biopsicosocial (APH, 2015)

Figura 5. Red de Tratamiento estándar en Europa (fuente proyecto Triple R).

Figura 6. Resultados habilidades de la salud en consumidores opiáceos en rehabilitación.

Figura 7. Resultados Empleo y formación en consumidores opiáceos en rehabilitación.

Figura 8. Años de consumo, comparación de red social de tiempo libre entre consumidores de alcohol y cocaína

Figura 9. Diagrama PRISMA de Revisión Bibliográfica.

Figura 10. Modelo Triple R HERMESS.