



Universidad
Zaragoza

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Explorando conductas

Exploring behaviors

Prevención de adicciones mediante habilidades sociales

Addiction prevention through social skills

Autor:

Alejo Catalán Sancho

Directora:

María José Sierra Berdejo

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo. Universidad de Zaragoza

Grado en Trabajo social

Curso 2023-2024

RESUMEN

Mi interés por realizar este tipo de Trabajo de Fin de Grado radica en mi trayectoria de vida. Vivo en el barrio de la Magdalena (Zaragoza) y como es sabido, en el cual, existe un índice de drogodependencia elevado; además, también nos encontramos con el albergue municipal, en el que las personas transeúntes que pernoctan allí a temporadas también sufren problemas de adicciones.

Es sabido que las nuevas juventudes que hoy en día acontecen no tienen reparos en engancharse rápidamente a usos móviles y nuevas tecnologías, esto es, adicciones a las mismas. También existen otras adicciones de tipo comportamentales tales como: ludopatía, compras compulsivas, videojuegos, etc, que comentaré a lo largo de este trabajo.

En el presente trabajo de Fin de Grado trataré de hacer un estudio de relación en nuestras habilidades sociales como seres humanos y la manera en que éstas se pueden manifestar como prevención en la práctica de adicciones.

Palabras clave: adicción, dependencia, habilidades sociales, conducta, comunicación, prevención

ABSTRACT

My interest in doing this type of Final Degree Project lies in my life path. I live in the Magdalena neighborhood (Zaragoza) and, as is known, there is a high rate of drug dependence; In addition, we also find the municipal shelter, where transients who spend the night there seasonally also suffer from addiction problems. It is known that the new youth that are emerging today have no qualms about quickly getting hooked on mobile uses and new technologies, that is, addictions to them. There are also other behavioral addictions such as: gambling, compulsive shopping, video games, etc., which I will comment on throughout this work. In this Final Degree Project, I will try to do a study of the relationship between our social skills as human beings and the way in which these can be manifested as prevention in the practice of addictions.

Key Words: addiction, dependence, social skills, conduct, communication, prevention.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	4
2. MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN:.....	5
2.1. HABILIDADES SOCIALES.....	5
2.1.1. LA COMUNICACIÓN	6
2.1.2. OBJETIVOS DE UN ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES	7
2.2. ADICCIONES.....	10
2.2.1. UNA VISIÓN HUMANISTA	10
2.2.2. BUENAS PRÁCTICAS.....	12
2.2.3. CONSUMO DE DROGAS, CONDUCTAS ADICTIVAS COMO GRAVE PROBLEMA SOCIAL.	14
2.2.4. PLANES SOBRE ADICCIONES	17
2.2.5. DIRECTORIO DE RECURSOS DE DROGODEPENDENCIA.....	19
2.3. ALTERNATIVAS	21
2.3.1. TRABAJO GRUPAL.....	22
3. OBJETIVOS	24
4. METODOLOGÍA	25
5. ANÁLISIS DE DATOS	27
6. CONCLUSIONES	28
7. BIBLIOGRAFÍA	30
8. ANEXOS.....	31

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de fin de grado (TFG) ofrece una propuesta a investigar el uso de habilidades sociales para la prevención de adicciones enmarcado en la terapia de grupo. Al hablar sobre adicciones, éstas, no están destinadas a entenderse como un objeto específico de estudio como puede ser una persona adicta a los video juegos o al cannabis, sino que partirán dos ramas diferentes trabajadas de forma transversal.

Estos dos marcos teóricos se ven reflejados como la inventiva de sostener, y promover la práctica de habilidades sociales para el común uso de estas y, en segundo lugar, cómo llevar a cabo esta práctica para para la prevención de adicciones en grupo.

Realizando entrevistas a diferentes entidades especializadas en la prevención y atención de personas con problemas de adicciones me han sorprendido la similitud de resultados puesto que creía las respuestas iban a ser sintetizadas de manera diferente.

Considero este trabajo como un puente para poder promocionar el uso de habilidades sociales, tanto conductuales como comunicativas de manera que refleje la importancia de estas para personas que ven mermadas sus habilidades comunicativas.

En el caso de personas que sufren problemas de abuso de sustancias adictivas, considero importante la promoción de relaciones sanas entre iguales con el fin de entender y tratar de explicar las causas subyacentes bajo las que se encuentran personas que necesitan aprender nuevas maneras de relacionarse.

2. MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN:

2.1. HABILIDADES SOCIALES

Las habilidades sociales nos permiten relacionarnos entre nosotros como seres humanos. La comunicación y el modo en que nos comunicamos son elementos básicos para desarrollar unas habilidades sociales sanas. Si bien es cierto, existen diferentes modos de comunicarnos y diferentes factores que hacen que nuestra comunicación sea más o menos fluida. La conducta que cada persona expresa en su comunicación es de vital importancia en este análisis puesto que nos traslada a un marco de relaciones en las que es importante saber tanto lo que pensamos de nosotros mismos como lo que el resto piensa de sobre nosotros.

En este apartado se estudian aspectos relacionados con los tipos de habilidades sociales, conducta, tipos de comunicación problemas en las habilidades sociales y su análisis funcional y la evaluación de habilidades sociales.

Según Rafael Ballester y María Dolores Gil Llario (2009) las habilidades sociales se pueden distinguir entre tres acepciones:

- *consenso social*: un comportamiento es considerado incorrecto si no es del agrado del grupo que lo juzga, pero puede ser considerado habilidoso por otro grupo de referencia,
- *efectividad*: una conducta es habilidosa en la medida en que conduce a la obtención de aquello que se propone. Un ingrediente fundamental para alcanzar la efectividad es el control emocional que permite a una persona expresar sus sentimientos y defenderse sin una ansiedad inapropiada que le haga adoptar un tono y, en general, una actitud que vaya en detrimento de esa efectividad y
- *carácter situacional*: un mismo comportamiento es adecuado en una situación, pero puede no serlo en absoluto en otra.

Podemos decir que una persona con habilidades sociales es aquella capaz de expresar sus sentimientos y/ o intereses de una forma moderada consiguiendo que se tengan en cuenta sus demandas y se minimice la probabilidad de futuros problemas en diferentes situaciones gracias a un amplio conocimiento de los modos de expresión socialmente aceptados.

Las conductas sociales y por tanto habilidades sociales se aprenden, en este encuadre existen dos variables:

- La propia conducta: lo que la persona hace, dice, piensa, etc.
- Las conductas de los demás: la reacción del entorno ante lo que el individuo hace.

Estas variables se rigen por las leyes del aprendizaje, las habilidades sociales son conductas aprendidas.

Es necesario ofrecer un modelo de conducta adecuado desde las primeras etapas de la vida con el fin de potenciar el desarrollo de conductas positivas del niño, niña. No es bueno insistir en lo negativo, recriminar en exceso puede acarrear problemas sociales en un futuro o situaciones en las que no sepa desenvolverse de la manera más adecuada. Si bien es cierto, se debe ayudar a utilizar un pensamiento divergente, potenciando la búsqueda de soluciones y alternativas a los diversos problemas sociales de hoy en día.

Las diferentes dificultades de interacción social pueden obedecer a distintas causas: puede que el individuo no tenga habilidades porque carezca de ellas en la situación en la que se encuentra o es posible que estas habilidades todavía no se hayan desarrollado o que las tenga pero no sepa usarlas de manera apropiada.

2.1.1. LA COMUNICACIÓN

Una de las mayores riquezas que tiene el ser humano para desarrollarse y transformar su realidad se debe a la comunicación entre sus semejantes, sin ella no podríamos relacionarnos entre nosotros. La comunicación cumple sus objetivos a través de dos maneras, dos componentes: comunicación verbal y comunicación no verbal. De igual modo que la conducta, la comunicación se debe a diferentes procesos de aprendizaje que la persona va consolidando con el paso del tiempo (Maya, 1990).

Las diferencias entre la comunicación verbal y no verbal son claras: el lenguaje no verbal se practica de manera continuada y es complicado de controlar porque se produce de forma inconsciente; si existen errores en este caso, son interpretados como que la persona se halla perturbada de manera emocional. Por último, su aprendizaje es de forma indirecta e informal. El lenguaje verbal puede controlarse fácilmente pues se tiene plena consciencia de este, sus errores se interpretan como una falta de educación y se aprenden de manera directa y formal (Ballester, Gil Llario, 2009).

Se encuentra (Cañas, 2004) en la comunicación no verbal:

- La expresión facial: es importante que la comunicación no verbal concuerde con el mensaje verbal, si no es así, existe una ambigüedad y el oyente retiene la información no verbal.
- La Mirada: las interacciones dependen de miradas recíprocas, sirve de apoyo al habla.
- La Sonrisa: clave para comenzar una interacción, para expresar una actitud buena y favorable.
- La Postura corporal: nuestra postura ofrece mucha información a los demás de nosotros mismos. Además, los cambios en la postura inciden al flujo de la conversación.
- Los gestos: tienen gran componente cultural, esto es, no tiene el mismo significado un gesto en Arabia Saudí y en un poblado aborigen.
- La proximidad: inclina a la naturaleza de la relación y cambia según el contexto, tiene gran componente cultural.
- La apariencia personal: esta pierde importancia a medida que se aproxima la relación.

También tienen gran relevancia los componentes paralingüísticos (Cañas, 2004). Ayudan a modular el mensaje:

- El volumen: tiene como objetivo que el mensaje llegue al oyente.
- El tono: el mismo mensaje, entonado de diferente manera puede ser diferente.
- La fluidez: dependiendo de cómo es, puede denotar, seguridad o inseguridad, el habla entrecortada y con pausas expresa inseguridad.
- La velocidad: hablar muy velozmente no ayuda a la comprensión del mensaje.

Además de estos componentes no verbales existen como anteriormente citado los componentes verbales: la conversación, que es el utensilio por excelencia que utilizamos las personas para interactuar entre nosotros. Algunos de los principales resultados:

- Duración del habla: se considera socialmente aceptado, una conversación en que cada una de las partes interactúe al 50%. Los que hablan por encima de este porcentaje se consideran dominantes y descorteses y por debajo, fríos y poco atentos.
- Retroalimentación: toda conversación tiene un emisor y un receptor del mensaje, estos, se van intercambiando a medida que avanza la misma.
- Preguntas: éstas, no solo sirven para cuestionar diferentes estadios de la conversación, sino también expresar interés.

- Habla egocéntrica: en determinadas ocasiones, quizás por miedo al silencio, hay personas que toman las riendas de la conversación por completo, se asemejan a verdaderos monólogos.

Aquellas personas que no dominan estos componentes tienen un déficit en habilidades sociales y se sienten temerosas, incapaces de controlar. También se sienten temerosas de dar una imagen de sí mismas que no corresponden a la realidad

En resumen, la competencia social es un aspecto fundamental para el desarrollo cognitivo de los individuos y para su autoestima. La competencia social y de forma más concreta las habilidades sociales, van indicando al niño y a la niña qué cosas son importantes y cuales no, dependiendo de la situación en la que se encuentren; siempre desarrollándose en un contexto social determinado.

Es posible que un individuo, que es capaz de llevar a cabo comportamientos adecuados, no quiera hacerlo, probablemente porque le dé más beneficios. Los demás, reforzando unas conductas, comportamientos y no otros, moldean nuestro comportamiento social, siendo aceptables o no aceptables para una determinada situación, contexto y/o grupo de referencia.

El comportamiento social se configura mediante una serie de componentes que configuran el cuadro que cada cual ofrece a los demás, éstos son verbales o no verbales. Si bien es cierto, aquellas personas con déficit en habilidades sociales se sienten temerosas en ciertas situaciones por dar una imagen que no corresponde a la realidad.

2.1.2. OBJETIVOS DE UN ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

Se sabe que los problemas que suscita el déficit en habilidades sociales pueden ser la causa o/y la consecuencia de otros problemas psicológicos. De este modo, la comorbilidad es muy alta y se dan episodios tanto de ansiedad como de depresión en este sentido.

La definición de “entrenamiento en habilidades sociales” coincide de igual modo con el objetivo de toda aplicación en habilidades, como “el todo en su conjunto de estrategias y técnicas de la terapia conductual o de otros acercamientos psicoterapéuticos que tienen como fin la mejora en la actividad del individuo y su satisfacción en el ámbito de las relaciones interpersonales/ sociales” según Ballester et al, (2009.p. 37).

Este objetivo general puede concretarse en unos objetivos específicos siendo los siguientes (Ballester, Gil Llario, 2009):

1. Analizar junto con el usuario, sus aspectos comportamentales que resultan desadaptativos.
2. Proponer al usuario habilidades sociales nuevas.
3. Mejorar la percepción social del usuario.
4. Enseñar al usuario a discriminar qué habilidades y tipos son adecuadas a cada situación.
5. Planificar intervenciones óptimas en el contexto del usuario.
6. Enseñar al usuario a solucionar de manera eficiente sus problemas interpersonales.
7. Enseñar al usuario nuevas técnicas para disminuir su ansiedad.
8. Analizar y cuestionar los pensamientos negativos del usuario.
9. Hacer que las habilidades y creencias tanto previas como nuevas conformen un todo global.
10. Contribuir al desarrollo y bienestar psicológico del usuario.

Tras enumerar los objetivos específicos previos y poder evaluarlos, debemos contar con una serie de indicadores que nos muestren la fiabilidad en el reconocimiento de la actuación de habilidades sociales. Existen diferentes técnicas de evaluación que se usan junto a las ventajas e inconvenientes asociados al uso de tales técnicas y el ámbito o dimensión de las habilidades sociales para el que se encuentra su empleo más ajustado.

Conocedores del poder de ciertos estímulos consecuentes a la conducta de un individuo; por ejemplo, una persona puede sentirse cómoda y tener buenas habilidades sociales dando una charla delante de doscientas personas y sin embargo sentir ansiedad al hablar con una persona del sexo opuesto en privado y por otro lado también sabemos que la respuesta de los demás frente a nuestra conducta influye en si esa conducta se repetirá o no. Existen por tanto una serie de factores que se tienen en consideración en el análisis funcional del sujeto Ballester, Gil Llario, 2009:

- Factores sociales: la atención que se recibe por parte de otras personas.
- Factores cognitivos: la auto verbalización que presenta el sujeto con carácter anticipatorio y los pensamientos que tiene cuando interactúa socialmente.
- Factores físicos: el consumo de alcohol o drogas suponen una transformación en el estado físico de la persona.
- Factores afectivos: alegría, felicidad, miedo, tristeza, ansiedad, ira, depresión, rechazo, y otras emociones afectivas interfieren en las habilidades de los sujetos cuando se está en una relación.
- Habilidades cognitivas y conductuales: sesgos atencionales o atención selectivas a diferentes estímulos de la interacción social.

El conocimiento de estos factores, que repercuten en la conducta social del usuario, los pasos para llevar a cabo su análisis funcional son (Ballester, Gil Llario, 2009):

1. Identificación y descripción de los ambientes que resultan problemáticos para el individuo.
2. Identificar sus conductas problemáticas.
3. Identificar sus habilidades positivas para fomentarlas.
4. Analizar los factores que precipitan el problema.
5. Identificar las consecuencias de la conducta social del usuario.
6. Establecer una cadena que hace eslabón de los factores anteriores.
7. Análisis del grado de motivación del usuario para su cambio.

Los métodos para llevar a cabo estas evaluaciones se enumeran en (Ballester, Gil Llario, 2009):

- Entrevista: método por excelencia que permite un primer acercamiento y que a través de ella se puede analizar tanto el lenguaje verbal como no verbal del individuo. Puede presentar problemas de validez puesto que puede darse el caso de que la información recogida no represente el comportamiento social del individuo en su totalidad, también existen sesgos de información cuando al paciente se le pide que recuerde dificultades en sus habilidades puestas en práctica pasadas.
- Autorregistro: A través de ellos, el paciente se convierte en su propio observador. Se pide al paciente que registre el número de interacciones sociales, la ansiedad que ha experimentado en cada situación, las consecuencias de la interacción, etc. El autorregistro tiene la ventaja de que acerca la evaluación al momento de la interacción, con lo que la información resulta más objetiva y realista.
- Autoinformes: en ellos, la persona expresa lo que piensa de sí misma, de su comportamiento social. Si bien es cierto, presenta algunos problemas como los que se citan a continuación:
 - Posibles desajustes entre lo que la persona informa sobre su conducta y la misma realidad; por ejemplo, por la necesidad de aceptación social.

- De forma difícil una puntuación total puede ayudar a predecir lo que hará una persona en una situación concreta con determinados sujetos
- Sesgos de memoria cuando se le pide al sujeto que recuerde pensamientos pasados.
- Nada asegura que el significado de los ítems sea el mismo para cualquier persona pudiendo tener la misma puntuación.
- La conducta social es compleja.

La evaluación por parte de los demás también tiene gran relevancia. Influye:

- La popularidad de cada cual, su grado de popularidad
- El grado en el que el sujeto cree que lo aceptan sus compañeros.
- La concordancia o discrepancia entre el nivel real de aceptación y el percibido, esto es, el grado de objetividad.
- Cómo el sujeto acepta a sus compañeros.

Contamos con diferentes técnicas y métodos para evaluar las habilidades sociales que no implican que la persona profesional deba elegir exclusivamente entre una de ellas. Puede resultar interesante para el clínico, observar y analizar la diversa información obtenida a través de las diferentes técnicas.

Concluyo por tanto que la evaluación de las habilidades sociales presenta dificultades por su carácter social pues los criterios para valorar si la conducta es adecuada o no varían por el contexto social, contexto de referencia en su debido caso. Debemos buscar el máximo de información de diferentes modos.

Debemos hacer un análisis funcional de la conducta para saber las causas y consecuencias que rodean los actores sociales. La entrevista es una muy buena herramienta, muy útil ya que la persona profesional puede observar al usuario en una situación social particular en la que debe actuar, el individuo, con una persona desconocida.

2.2. ADICCIONES

2.2.1. UNA VISIÓN HUMANISTA

La visión humanista, sobre (Becoña Iglesias, 2023) la que nos basamos para interpretar de manera correcta y acertada el término “adicciones” no se fija primero en qué es la adicción sino en quién es la persona adicta, observamos esta visión como antropológica personalista pues prioriza a la persona ante el objeto de la droga.

Hoy en día la antropología personalista estaría perfectamente adaptada puesto que no podemos dudar de que el problema es la persona y no la droga.

El problema por tanto actualmente no es que no exista una visión antropológica previa, sino que la que existe está generada por una acepción de la persona mutilada de raíz; por ello como respuesta encontramos la visión antropológica de las adicciones (Cañas, 2004).

La persona adicta, por el hecho de ser adicta, no deja de ser una persona única y singular y el problema adictivo es de la persona que ve rota su integridad, no su adicción a una sustancia ni a alguien.

Ante esta visión, según Becoña Iglesias (2023), nos muestra que la persona adicta se siente movida por una fuerza compulsiva, irracional e irresistible de satisfacer una necesidad inmediata y es esto lo que son las adicciones. Cualquier situación que incita al placer de manera automatizada puede acabar generando dependencia. El núcleo de las ideas para la terapia siempre está ahí y ese núcleo humanista es el fundamento antropológico de la persona.

La visión antropológica personalista se adhiere a la idea de rehumanización de la persona adicta que trata de sustituir el concepto de rehabilitación. Rehumanizarse trata de vincular la transformación de conductas personales y ámbitos de sentido asociadas a la esclavitud existencial. En tal sentido, las comunidades terapéuticas dejarían de llamarse Comunidades de rehabilitación para denominarse comunidades de rehumanización (Becoña Iglesias, 2023).

Para hablar de las causas de la adicción hemos de posicionarnos en el síntoma de malestar profundo que puede marcar la cultura de la sociedad hoy en día; ello hace permanecer a la persona en un sentido de insatisfacción puesto que, bajo la influencia de la adicción, ve mermadas sus fuerzas para afrontar los problemas que se le presentan y superar crisis inevitables: afectivas, fracasos enfermedades, fallecimiento, etc. En la adicción, tratan de encontrar una respuesta a sus interrogantes cuyos efectos no vienen de conductas guiadas por la razón y la voluntad.

En estudios actuales humanistas se apunta que es ante todo la actitud de la persona lo que le hace ser adicta y la adicción debe considerarse como el síntoma de un malestar existencial que dificulta a la persona a encontrar su lugar en la sociedad. Lo importante se encuentra en los interrogantes humanos, psicológicos y existenciales que se esconden detrás de la conducta; por ejemplo, aquel adulto que no triunfa profesionalmente en su empleo y recurre al alcohol se hace adicto a algo que no modifica su situación, sino que le hace evadirse de la realidad durante unas horas (Grana Gómez, 1994).

Todas las adicciones son esclavizadoras y no es desproporcionado el término *esclavo* teniendo en cuenta la desestructuración de la personalidad a la que se va sometiendo cualquier persona adicta.

Por otro lado, lo más normal es asociar un conjunto de adicciones en la misma persona, la adicción al sexo, por ejemplo, va asociada a la adicción al alcohol o incluso adicciones conductuales como la de las personas que sufren anorexia van asociadas a ideas de perfeccionismo e ideas obsesivas (Grana Gómez, 1994).

En este caso previo, las investigaciones neurobiológicas han llegado a la conclusión de que la persona adicta necesita huir de situaciones personales o sociales que le generan estrés generándole un alto estado de ansiedad.

Las experiencias adictivas son experiencias muy cercanas a situaciones límite, como la muerte; esto es, las adicciones están enlazadas, por tanto, por una mentalidad adictiva puesto que toda adicción provoca en la persona adicta un denominador común de no encontrar sentido a su vida y experimentar un vacío existencial.

Elegir ser libre y responsable es propio de la existencia de la persona en vías de rehumanizarse, de igual modo que comunicarse, vivir en la verdad y experimentar esperanza. Ocurre justamente lo contrario cuando permanece en el mundo de las adicciones; la persona adicta está en conflicto consigo misma y no acepta su vida, no acepta la vida. El placer inmediato no colma sus apetencias y por esta razón en vez de sentirse libre, se siente desesperanzada. La persona adicta experimenta esclavitud existencial, soledad y vive en la mentira.

El terapeuta humanista impulsa a la persona adicta a una confrontación objetiva con la realidad. Uno de los perfiles psicológicos más claros que observamos en la personalidad adictiva es el perfil de no maduración, de no crecer y permanecer en las gratificaciones de la infancia, por ejemplo, el placer a corto plazo; de este modo se deja llevar irresponsablemente, dejar arrastrar su vida irresponsablemente. El terapeuta debe ayudarle a aceptar insertarse en el tiempo real y a madurar, en vez de creerse niño, en vez de ser un ser permanentemente dependiente (Grana Gómez, 1994).

Como previamente contextualizado, para la psicoterapia humanista, el ser, la persona, es el centro de sus indagaciones y lo que indaga en él es previo a los ámbitos en los que se manifiesta.

Ahora bien, la persona adicta no sabe integrar el sufrimiento a su existencia, por tanto, debemos pararnos en su autoestima y mundo emocional que, en esencia, no es diferente al mundo emocional de una persona no adicta.

La persona adicta piensa que su mundo de emociones se puede “usar y tirar”, el mundo afectivo de la persona adicta no está estructurado, no tiene estructura, podríamos incluso decir que está disgregado; diríamos que su autoestima está por “los suelos”. Para paliar esta sintomatología por tanto lo primero que se debe hacer es elevar la autoestima de la persona adicta, elevar la imagen de su propio yo.

La escucha empática y la autoaceptación son formas, medios, que le ayudan a desarrollar una mayor autoconciencia y autocomprensión y ello implica una aceptación de sus propias limitaciones.

Saber tener buenas relaciones con los demás es un síntoma de que existe una buena autoestima

Por ejemplo, en el ámbito laboral, cuando una persona se identifica con aquello con lo que hace y lo hace de manera profesional, pero sobre todo cuando sabe relacionarse con todas las personas en todos los ámbitos personales (iguales, familia, laboral...). La persona en vías de rehumanización es incapaz de perdonar y perdonarse a sí misma porque en el mundo adictivo desarrolló una crítica muy elevada que le generó efectos

demoledores en su autoimagen. Las tendencias psíquicas de la persona adicta son diferentes a la persona no adicta, en su estructura psíquica. (Alonso Fernandez, 1996)

Uno de los retos más importantes existentes actualmente en el ámbito de las conductas adictivas es el de la delimitación de las variables más adecuadas para determinar la elección del recurso terapéutico más apropiado para cada persona adicta (matching), es decir la asignación adicto-intervención más adecuada para maximizar la facilitación del proceso de cambio de la persona adicta.

En los estudios de personalidad realizados con drogodependientes se ha hallado que éstos tienen una historia personal de conductas antisociales y un alto nivel de depresión y/o baja autoestima.

En la mayoría de los casos, la depresión y la baja autoestima es el resultado de las condiciones socioculturales que rodean el abuso de sustancias y/o los efectos farmacológicos de las propias sustancias de abuso (Cañas, 2004).

El diccionario de la Real academia española (RAE) desglosa dos acepciones para el término “adicción”, la segunda de las cuales no puede ser más sencilla a la par que certera: “afición extrema a alguien o algo”.

A pesar de su aparente minimalismo, podemos identificar en esta frase varios aspectos cruciales del fenómeno que nos ocupa y que, paradójicamente, revelan su enorme complejidad: en primer lugar, se trata de una afición, lo que conlleva que el individuo afectado se ve atraído y motivado por el objeto de su adicción, focalizando sobre el mismo su atención y haciéndose objeto de deseo. Aparece también el calificativo “extrema”, y esto nos hace ver ya desde el principio que este tipo de afición no traerá nada bueno; es presumible que la concentración excesiva de atracción, motivación, atención o deseo en torno al objeto de la adicción detraiga recursos destinados a otros fines y conlleve consecuencias “nocivas para la salud o el equilibrio psíquico”, como la misma RAE recoge en la acepción alternativa del mismo término. En tercer lugar, se define el objeto de la afición como “alguien o algo”, reflejando así la diversidad potencial de su naturaleza (Cañas, 2004).

2.2.2. BUENAS PRÁCTICAS

Hablando de prevención (Becoña Iglesias, 2023), un aspecto importante en los últimos años ha sido el de las buenas prácticas siendo el conjunto de procedimientos en el ámbito comercial y profesional que se consideran correctos y efectivos. Como resultado, una buena práctica en prevención consiste en la aplicación de programas preventivos basados en requisitos teóricos, metodológicos, de contenido técnico, de aplicación y de su evaluación propios del campo preventivo en drogodependencias o adicciones.

Una forma de clasificar los factores de riesgos y de protección (Becoña Iglesias, 2023) es agrupándolos en diferentes modos siendo uno de los más habituales:

- Comunitarios/contextuales
- Individuales
- Familiares
- De iguales / compañeros
- Escolares

Hoy en día, además de actuar sobre infancia y adolescencia también tiene importancia actuar sobre la adultez, fenómeno característico de las sociedades desarrolladas; los factores de riesgo y protección son muy parecidos a los de las edades anteriores.

Los niveles de prevención más acordes al estudio en este contexto son (Becoña Iglesias, 2023):

- Prevención universal (aplicable a toda la población)
- Selectiva (dirigida a grupos de riesgo identificados)
- Indicada (personas de alto riesgo de consumo)
- Prevención ambiental, centrada en el desarrollo de normas y leyes ha cobrado relevancia en los últimos años con un alto nivel de eficacia. El objetivo de la prevención ambiental es alterar los ambientes culturales, sociales, físicos y económicos en los que las personas eligen sobre el consumo de drogas. entre otras estrategias utiliza (Becoña Iglesias, 2023):
 - Legislación
 - Impuestos
 - Restricciones en los locales, publicidad, edad de venta a menores
 - Etiquetados

También se pueden aplicar las buenas prácticas en campañas educativas, formativas, etc. Esta prevención de tipo ambiental puede dirigirse a toda la población o a grupos específicos (niños, adolescentes, mujeres embarazadas, personas mayores, grupos étnicos, etc), su implementación abarca múltiples lugares y contextos (bares, ocio y tiempo libre, escuela, familia y otros grupos.

Una guía de buenas prácticas en prevención ambiental seguiría los siguientes pasos:

1. Que el técnico preventivo, profesional sanitario o del campo social, grupo de personas afectadas o colectivo social, vea la necesidad de tomar medidas ante un problema que precisa erradicarse, reducirse o controlarse.
2. Convencer a los responsables políticos, administrativos y/o legislativos de la necesidad de poner en marcha acciones de prevención ambiental para un consumo concreto de drogas u otras adicciones.
3. Justificar empíricamente la necesidad de dicho desarrollo legislativo, junto con experiencias semejantes que ya existen de regulación, como los beneficios que se obtendrían a nivel de salud, calidad de vida, económicos, etc.
4. Buscar alianzas para que pueda realizarse dicho desarrollo legislativo.
5. Buscar los grupos de apoyo a dicha iniciativa y que sean activos con ella.
6. Convencer a los legisladores o gobierno para que presenten la ley o normativa para su aprobación.
7. El proceso legislativo o de desarrollo de normas para su aprobación.
8. La relevancia de tener un buen sistema sancionador.
9. Implementación de la norma y su seguimiento.
10. Tener en cuenta los posibles niveles de incumplimiento.
11. Pensar en nuevos desarrollos normativos futuros.

Si hablamos de ámbitos de prevención nos encontramos con los siguientes:

- Escolar
- Universitaria
- Familiar
- Comunitaria
- Laboral
- Ocio y tiempo libre
- Ámbito de la salud
- Personas en régimen de internamiento

- Grupos de riesgo
- Grupos sociales o vulnerables.

2.2.3. CONSUMO DE DROGAS, CONDUCTAS ADICTIVAS COMO GRAVE PROBLEMA SOCIAL.

“El proceso de comenzar a consumir drogas no es siempre; es un proceso complejo. Pasa por una fase previa, o de predisposición, y que puede seguir la de conocimiento, la de experimentación e inicio al consumo de sustancias, la de consolidación, de dependencia, de abandono o mantenimiento, y de recaída” (Becoña iglesias, 1999, 2002, 2019).

La aproximación desde una perspectiva social al fenómeno de las drogadicciones es complejo y pretencioso. La composición de trabajos útiles da una imagen amplia a la situación que viven personas que sufren problemas de drogadicción.

Tiene relevancia conocer la cualidad de la situación pues parece que cada vez nos preocupa más quién y por qué se consume, así como su situación ante el consumo dejando en un segundo plano el número de personas que consumen. El problema que genera el consumo de drogas es muy diverso, tiene muchas caras y puede abordarse desde muy distintos puntos de vista (Faura Petisco, Romani, & Miranda Aranda, 2001).

En primera instancia, he de señalar que el fenómeno complejo de estudio aconseja utilizar múltiples métodos que articulen diversas técnicas. Se refiere tanto a la complejidad del fenómeno como a las dificultades del planteamiento del estudio además de las limitaciones de todos los métodos y técnicas que se usan (Comas, 1991; Díaz, Barruti, Doncel, 1992; Hartnoll et al., 1991).

“Una parte del fenómeno (en general, todo lo relativo a drogas ilegales) es marginal (entendido como aquello que se refiere a un número pequeño de individuos de una población) y oculto; es decir los propios individuos que forman parte de él tienden a ocultar que comparten dicha característica. (Faura Petisco, Romani, & Miranda Aranda, 2001).

Se entiende por “droga”, a un producto psicoactivo que puede llegar a generar “abuso” o dependencia”. El abuso es la utilización excesiva de una droga. La “dependencia” conlleva una pérdida de libertad de la persona en cuestión frente a la “droga”, la cual se manifiesta por aparecer una “tolerancia” o necesidad de ir aumentando el consumo en cuanto a cantidad se refiere de la “droga” y de una “abstinencia” que es la existencia de una necesidad extrema para seguir consumiéndola, manifestándose incluso de manera metabólica. La “adicción” significa la adherencia que tiene el individuo a la “droga”, y dadas las connotaciones sociales tan negativas que dicho término ha ido acumulando con el paso del tiempo, hoy en día se habla mucho más de dependencia, siendo las “drogas” las sustancias con mayor susceptibilidad de generar dependencia (Díaz, 1999).

Las sociedades industriales (Seva diaz, Gracia Marco, & Herreros Rodriguez, 1999) y urbanas suman a sus ventajas ciertos riesgos como secuelas psíquicas del desempleo, la despersonalización de las relaciones entre personas, el desapego en cuanto al lugar de origen de las personas se refiere, cambios bruscos en los sistemas de valores, etc. Al respecto, el programa de enfermedades necesitadas de tratamiento psiquiátrico o psicoterapias diversas se reconoce de forma social y se han sumado más con el paso del tiempo como el alcoholismo o las drogodependencias, que tradicionalmente eran vistas como meras consecuencias de conductas viciosas como castigos a comportamientos contra los que era inútil o inconveniente revocarse.

Hace hoy en día más de medio siglo, en el año 1953, el Prof. Rey Ardid pronunciaba su discurso de ingreso como académico en la Real Academia Española de Medicina de Zaragoza. El título de su discurso *“La higiene mental en la lucha contra las toxicomanías”*. Las disposiciones preventivas que aconsejaba seguir son perfectamente aplicables hoy en día:

- Expresión de los peligros al uso y abuso de las sustancias neurotóxicas
- Educación para la juventud alejados de modos de vida neuróticos
- Diagnóstico para cualquier tipo de anomalía psíquica
- Reglamentación referida a la distribución y venta de las sustancias tóxicas que puedan generar abusos y dependencia
- Atención por parte de los médicos a sus pacientes en cuanto a su tipo de personalidad teniendo mucho cuidado con las prescripciones de determinados fármacos hipnóticos y euforizantes
- Tratamiento psicoterapéutico a todo tipo de pacientes en el que aparezcan signos de relación a tóxicos
- Internamiento de todo toxicómano en cuanto se descubra su dependencia.
- Creación de asociaciones de centros específicos para la lucha contra el alcoholismo y drogodependencias.
- Reeducación y supervisión de toxicómanos curados
- Fomento de fármacos en los que el peligro de dependencia sea menor
- Severidad de las leyes.

En los años sesenta y setenta se continuó alertando a los jóvenes de nuestro país, a las asociaciones de padre y madres, a los y las educadoras y a los personajes políticos de que existían problemas de abuso de fármacos, en especial: tranquilizantes, estimulantes y analgésicos, de consumo de tóxicos derivados del cannabis, LSD y nuevos estilos de consumo de bebidas alcohólicas durante los fines de semana buscando la embriaguez aguda.

Según Díaz (1999.p.14) “Investigaciones epidemiológicas de Zaragoza como la que se realizó en el año 1971 nos hablaban ya de porcentajes de consumidores de tranquilizantes del 10% entre la población trabajadora. Las sustancias estimulantes las consumían el 9% de esta población activa. Pero es que entre las poblaciones generales los abusos de drogas tranquilizantes no eran menores, y así el 20% de los hombres y el 30% de las mujeres de nuestra ciudad de Zaragoza las consumían abusivamente en muchos casos, ello sucedía en los años 1973 y 1982. Los estimulantes por entonces eran consumidos por el 8% de los hombres y el 9% de las mujeres de nuestra ciudad, y de los analgésicos abusaban claramente una alta proporción de la población zaragozana: un 10% de los hombres los tomaban diariamente y alrededor del 30% de las mujeres así lo hacían”.

Si bien es cierto, hasta finales del siglo XX (Becoña Iglesias, 2023) no se ha visto un problema epidémico de abuso de sustancias: años 70 adicción a la heroína, años 90, adicción a la cocaína y actualmente adicción al cannabis. El consumo de alcohol tiene una larga historia por ser nuestra droga social. El consumo de tabaco se introdujo en el siglo XX también primero en varones y después en mujeres. En los últimos años podemos observar un gran número de nuevas drogas sintéticas.

Por medio del desarrollo de la tecnología han surgido nuevas adicciones, éstas, son de tipo comportamental siendo producto de una adicción que lleva al ser dependiente. Tales como juegos de azar, videojuegos, uso abusivo de móvil son adicciones de este tipo.

Tiene una gran importancia nombrar el uso de psicofármacos como sustancias adictivas puesto que en muchos casos se ingieren sin receta médicas y de manera exagerada. Este poder adictivo tiene importancia tanto en nuestro país como en otros. En las últimas décadas el consumo de este tipo de sustancias ha sido muy elevado.

Lo que caracteriza a una adicción es que la persona pierde el control de esa conducta y que con el tiempo le problemas de tipo social, personal, laboral, de pareja, etc. Hay que añadir que en los países desarrollados el problema de las drogas tiene un coste sanitario y social desmedido.

Si bien es cierto, en España, en las últimas décadas se observa un descenso del consumo abusivos de drogas legales, alcohol y tabaco; geográficamente, es punto de entrada de drogas tanto de África como de América. Somos uno de los principales consumidores de drogas ilegales en Europa entre jóvenes de 14 a 35 años.

Las leyes de nuestra sociedad castigan determinadas enfermedades como son el alcoholismo y las toxicomanías, fomentando a menudo la marginación social e interfiriendo en su prevención.

2.2.4. PLANES SOBRE ADICCIONES

Existen diferentes planes a nivel nacional sobre drogas, el primero de ellos, el Plan nacional sobre drogas-Madrid 1985. Las distintas razones por las que se hizo este plan nacional de drogas son:

La Falta de información con respecto a las adicciones, alternativas de las que dispone la población, análisis sobre las drogas legales como el alcohol que repercuten sobre la salud colectiva y precisar más formación para las y los profesionales de este ámbito.

Fue en 1984 cuando se constituyó en el senado una comisión de Encuestas sobre Droga. A finales del mismo año el Gobierno aceptó establecer un plan nacional a propuesta del congreso de los diputados. Siendo el mismo, este plan nacional sobre drogas.

Se solicita desde este plan:

1. Colaboración de las organizaciones sociales y de todas las administraciones. Que exista un consenso social.
2. Aceptación del Plan, contando con la colaboración de numerosos expertos tanto nacional como internacional.
3. Importancia de la prevención tanto individual como colectiva. Es muy importante prestar la debida atención de la acción preventiva a través de una política en contra de la marginalidad, especialmente en jóvenes y a favor de una educación para la salud.

Existe además la Estrategia nacional de drogas 2009-2016, respuesta institucional indiscutible al fenómeno de las drogas. El último plan, estrategia nacional de adicciones 2017-2024, fue aprobado por La Comisión Interautonómica del Plan Nacional sobre Drogas (18 de octubre de 2017) mediante el Informe preceptivo favorable del Consejo Español de Drogodependencias y otras Adicciones (13 de noviembre de 2017) en el Pleno de la Conferencia Sectorial (21 de diciembre de 2017) Por el Consejo de ministros (9 de febrero de 2018)

el Plan autonómico sobre drogas es la herramienta básica para la planificación, ordenación y coordinación de los recursos, objetivos y actuaciones que, en materia de drogodependencia, se desarrollen en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Para hablar de adicciones tenemos que hablar también de salud pública. La ley 5/ 2014, de 26 de junio de Salud Pública de Aragón estableció en su Título III el hecho de que la prevención de las adicciones forma parte de las líneas estratégicas a las que deben dar respuesta las prestaciones de salud públicas inscristas en la cartera de servicios de la Comunidad Autónoma de Aragón. Además, la dirección General será la responsable de promover los hábitos saludables y de tomar las decisiones, medidas oportunas para la prevención de adicciones.

Como citado previamente, tiene gran relevancia la estrategia nacional sobre adicciones 2017-2017 en Aragón puesto que está elaborada en coordinación por la administración central y las Comunidades Autónomas en el marco del Plan nacional sobre drogas. En ella, se observan cuatro grupos sobre los que centrar los objetivos de prevención y asistencia:

1. Drogas legales (alcohol y tabaco).
2. Fármacos de prescripción médica y otras sustancias con potencial adictivo.
3. Drogas ilegales, incluidas las nuevas sustancias psicoactivas

4. Adicciones sin sustancia o comportamentales, haciendo énfasis en los juegos de apuestas (tanto presencial como online).

Para la realización de este plan se ha contado con profesionales de los centros de prevención y tratamiento de todo Aragón que pertenecen a entidades locales, instituciones y asociaciones que intervienen en este campo así como con los técnicos de departamento de sanidad, tanto salud pública como asistencia sanitaria y otros departamentos del Gobierno de Aragón con competencias en juventud, servicios sociales, mujer, menos o Interior que están relacionados con las drogadicciones o adicciones en general.

La elaboración de este plan, su proceso participativo, ha puesto de manifiesto la importancia en la mejora de la red de recursos locales dirigidos a la prevención; referido a una mejor definición de sus funciones, una adecuada coordinación de la red, apoyo técnico desde las unidades de salud pública y un mayor impacto de su tarea en el territorio.

A nivel local el ayuntamiento de Zaragoza:

Actualmente a nivel local se está llevando a cabo el segundo plan de adicciones 2022-2026.

El II Plan Municipal de Adicciones de la ciudad de Zaragoza recoge y articula el conjunto de actuaciones que se desarrollarán en la ciudad en los próximos cinco años (2022 a 2026) en materia de prevención y atención de las adicciones.

Tiene como puntos de referencia la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 y el III Plan de Adicciones de Aragón, así como la Ley 3/2001, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias de Aragón o la reciente Ley 10/2017, de régimen especial del municipio de Zaragoza como capital de Aragón, y las competencias municipales que éstas establecen.

Este plan adjunta una mirada transversal desde las diferentes áreas municipales, así como desde las distintas instituciones, entidades y resto de tejido social.

La vigencia de este plan es de seis años, esta duración permitirá desarrollar una evaluación intermedia habiendo transcurrido dos años completos de implementación y distribución de acciones más complejas a lo largo de los años; ello garantiza una puesta en marcha, diseño y consolidación.

Del mismo modo que la Estrategia nacional sobre adicciones y el último plan autonómico se engloban cuatro elementos: drogas legales, fármacos de prescripción médica, drogas ilegales y adicciones comportamentales.

2.2.5. DIRECTORIO DE RECURSOS DE DROGODEPENDENCIA

El directorio de recursos de drogodependencia de Aragón sintetiza las unidades de atención y seguimiento en los siguientes dispositivos:

En la provincia de Zaragoza:

- UASA hosp. Nra Sra Gracia, calle Doctor Fleming 4 4ºpl 50004 Zaragoza Tlf: 976 715261 e.mail: adicciones-hnsgracia@salud.aragon.es 976440022 direccion.hnsgr@salud.aragon.es tlf directo [876764514](tel:876764514) [secretaria dirección](#)
- UASA Cruz Roja, calle Allue Salvador, 8 50001 Zaragoza Tlf: 976 158705 e.mail: cad@cruzroja.es
- UASA Cinco Villas, calle Molino Bajo, 17 50600 Ejea de los caballeros Tlf: 976 667809 e.mail: mnavarro@iniciativasocial.org
- UASA Moncayo, Pza Joaquina Zamora,2 50500 Tarazona Tlf: 976 641541 e.mail: usmmoncayo@iniciativasocial.org
- UASA Centro de Solidaridad, calle Manuela Sancho, 3 50002 Zaragoza 976 200216 e.mail: csz@fundacioncsz.org
- A.layus@fundacioncsz.org
- CMAPA, Avd. Pablo Ruiz Picasso, 59 50015 Zaragoza 976 724916 e.mail: atencionadicciones@zaragoza.es

En la Provincia de Teruel:

- UASA Alcañiz, Avd. Aragón, 46 44600 Alcañiz Tlf: 978 871381 e.mail: cjulve@alcañiz.es
- UASA Cruz Roja Teruel, calle San Fernando, 46 44001 Teruel Tlf: 978 607338 jopeor@cruzroja.es

En la provincia de Huesca

- UASA Huesca, Paseo Lucas Mallada, 22 22006 Huesca Tlf: 974 292022 e.mail: uasahuesca@salud.aragon.es
- UASA Barbastro, Avd. Goya,2 22400 Monzón Tlf: 974 415850 e.mail: tsmodulo@monzon.es
- 974400711-

(Directorio de recursos de drogodependencias, 2023)

Estos son los recursos a los que pueden acudir personas con problemas de adicciones. Si bien es cierto, también existe la posibilidad de que la persona sea derivada desde su centro de referencia de salud mental a cualquiera de estos dispositivos.

2.3. ALTERNATIVAS

Según Maturana & Verden-Zöller(1993) nuestro origen como especie humana está asociado por la conservación de una forma de organizar nuestra vida en comunidades. La organización obedece a la coordinación en espacios de relación de manera creciente de entrelazar la emoción y el lenguaje. Este hecho, desarrollado por nuestros antepasados.

El espacio de relación se habría construido a partir de la descoordinación entre el celo y la fertilidad de nuestros antepasados, lo que habría generado la necesidad de coordinación para lograr el acoplamiento sexual y la cría de sus descendientes.

En la coordinación con nuestros progenitores o cuidadores primeros emergieron procesos como el lenguaje, las formas de crianza y conversaciones.

Nuestra cultura se caracteriza por nuestra forma de relacionarnos, aceptación del otro, la diversidad, la participación, la cooperación, el compañerismo y la armonía. Siempre enmarcado en un contexto de relación de grupo.

“La coherencia y armonía en las relaciones e interacciones entre los integrantes de un sistema social humano se deben a la coherencia y armonía de su crecimiento en él, en un continuo aprendizaje social que su propio operar social define”. (Romero, romero, 2007.p.81)

El enlace entre la lengua y emociones es conversar (Maturana, 1996).

Existen diferentes tipos de conversaciones en nuestra vida cotidiana. Nuestras diferentes formas de seres humanos se configuran como distintos tipos de conversaciones dependiendo de las emociones involucradas, experiencias y acciones.

“Cuando la persona a reflexionado y cuestionado como fallida su dinámica de relación con los otros, surge la contradicción emocional recurrente que genera sufrimiento, lo cual lleva a que el sujeto pida ayuda” (Romero Romero, 2007).

“La mayor parte de nuestros sufrimientos surgen de conversaciones contradictorias recurrentes o de entrecruzamiento de conversaciones. Esto hace posible la terapia conversacional: disolver el sufrimiento con conversaciones que interfieran con la recurrencia o con el entrecruzamiento. Por lo tanto, las distintas contradicciones conductuales consensuales que se dan como contradicciones emocionales dentro de un sistema pueden ser resueltas en el lenguaje”. (Maturana, 1996)

Todos los seres humanos somos partícipes de conversaciones, de este modo, todas las conversaciones están dirigidas a una dinámica emocional.

La psicoterapia (Maturana, 1996) es una conversación donde lenguaje y emoción se entrecruzan. La tarea del psicoterapeuta es guiar las conversaciones que constituyen el sistema terapeuta-paciente, de forma que las emociones y acciones del paciente sigan una línea de naturaleza del proceso adictivo, en términos conductuales.

Un individuo con comportamientos adictivos puede ser descrito como alguien que ha logrado estabilizar su organización “gracias” al consumo, esto es, las personas que consumen drogas de forma abusiva o adictiva en el contexto de dar continuidad a sus formas de acoplamiento. A pesar de lo placentero que pueda parecer consumir para una persona con problemas de adicciones, junto a ese consumo aparecen sentimientos de angustia, desesperanza, minusvalía.

2.3.1. TRABAJO GRUPAL

En el modelo de intervención grupal para personas con consumo problemático de drogas se propone comprender el trabajo psicoterapéutico como la generación de un espacio de relación, un espacio de conversaciones liberadoras orientadas por valores: cooperación, aceptación incondicional y reciprocidad. Además, se propone la descoordinación de los autoengaños como el proceso básico de la transformación psicoterapéutica; este proceso facilita al usuario asumir su situación, conducta e historia y de este modo planificar y vivir la construcción de diferentes situaciones conductas e historia de forma más armoniosa. Es llamado a este proceso reestructuración o reformulación vital.

Las condiciones para el proceso comprenden un relativo número de ocho a diez sesiones de hora y media cada una dos veces por semana siendo los grupos compuestos de seis a diez integrantes y dos psicoterapeutas capacitados en el modelo de intervención grupal (para dirigirlo, dinamizarlo) (Romero, Romero, 2007).

“Este modelo de intervención grupal enfatiza tres procesos dinámicos esenciales:

1. El establecimiento de alianza entre los terapeutas y las personas con consumo problemático de drogas.
2. La utilización de la confrontación como forma de disminución de autoengaño.
3. Proceso de reestructuración o reformulación vital” (Romero Romero, 2007)

He de añadir que (Becoña Iglesias, 2021) las intervenciones preventivas suelen agruparse en dos grandes bloques:

- Reducir el consumo (conocido también como reducción de la demanda)
- Reducción de la oferta (disminución de la disponibilidad de la sustancia en el mercado al que accede el consumidor).

Normalmente, cuando se habla de prevención de drogas aplicada a los individuos, nos referimos a la reducción de la demanda de la droga, esto es, entrenar al individuo para que, si le ofrecen droga, la rechace. De este modo, la demanda de droga circulante en el mercado se reduce drásticamente puesto que, sin una demanda explícita, la oferta se ve disminuida; hay menor cantidad de droga en el mercado.

Este tipo de prevención, de reducción de la demanda, se centra en el individuo (cambio de actitudes, percepciones, conductas, reducir los factores de riesgo, *entrenarlo en habilidades sociales*, etc).

En cualquier caso, cuando el objeto de estudio es más alto, hablando de ámbito de actuación escolar, comunitario, el foco de atención sigue siendo el individuo.

Con las drogas legales se puede hacer una combinación entre la reducción de la oferta y la de la demanda, ya que, junto al entrenamiento terapéutico de personas tanto adolescentes como adultas, para que no consuman o abusen de ellas, también podemos poner en marcha iniciativas que hagan que la sustancia esté menos disponible como restringiendo su acceso, aumentar sus previos, incrementar la edad legal de consumo, cumplir el horario legal de cierre de establecimientos o lugares de venta de copas.

A pesar de ello, mientras que con las drogas legales las medidas de reducción de la demanda se han visto eficaces, no se puede decir lo mismo de las drogas ilegales. En todo caso, sin este tipo de “freno” el consumo puede llegar a dispararse por estar más disponible la droga.

3. OBJETIVOS

1.1. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS:

1.1.1. Adquirir un conocimiento teórico sobre habilidades sociales y adicciones.

- 1.1.1.1. Encontrar información relativa a adicciones, habilidades sociales y la dinámica grupal.
- 1.1.1.2. Exponer información sobre adicciones a través de bibliografía específica.
- 1.1.1.3. Sintetizar ámbitos de actuación para la puesta en práctica de prevención de adicciones y recursos.
- 1.1.1.4. Formular diferentes tipos de comunicación para un mejor trato con el usuario.

1.1.2. Indagar sobre el conocimiento de las técnicas o herramientas utilizadas por profesionales de entidades sociales para la prevención de adicciones.

- 1.1.2.1. Establecer contacto con profesionales del área de adicciones
- 1.1.2.2. Explorar la importancia que tienen las habilidades sociales y la comunicación en las sesiones en el tratamiento de adicciones para los profesionales.
- 1.1.2.3. Definir la importancia de las recaídas en personas con problemas de adicciones.
- 1.1.2.4. Examinar la importancia del entorno para personas con problemas de adicciones.

4. METODOLOGÍA

A la hora de analizar la realidad social / sociedad es necesario recurrir a diferentes métodos o perspectivas para su estudio, cada aspecto de esta realidad social (objeto de estudio) le corresponde una determinada metodología. El método es el enfoque técnico, mientras que las técnicas son las herramientas al servicio de los métodos, con ellas recogemos los datos. Cada método tiene sus técnicas de investigación. Tenemos que saber distinguir una de la otra. El método se sustenta sobre unas reglas basadas en la fiabilidad (que los resultados se ajustan con la realidad analizada) y la validez (que los instrumentos de recogida de información son los adecuados para informarnos de la realidad analizada). Estos criterios son aplicables en todas las ciencias. Los métodos y las técnicas en investigaciones sociales bien determinados están condicionados por el objeto de estudio y los objetivos de la investigación. En función de estas utilizaremos unos métodos y técnicas u otros. Ningún método ni ninguna técnica es mejor que otro, simplemente es más o menos adecuado.

El planteamiento de una investigación es lo que se conoce como estudio exploratorio o estudio piloto. El matiz diferenciador de otros tipos de investigaciones es su carácter de ensayo o prueba. El objetivo con estas investigaciones es formalizar y hacer más riguroso el planteamiento sustantivo/teórico y ensayar algunas de las fases del proceso investigador. Se recurre a tres métodos: revisión de la literatura especializada, entrevistas con investigadores o expertos especializados en el tema y análisis de casos únicos o extraños.

En este caso, hemos utilizado las técnicas de la entrevista, utilizada las entrevistas realizadas a las y los profesionales se realizarán de manera exploratoria, realizándolas a partir del tema nos compete.

En Ciencias Sociales realizamos investigaciones sociales en las que podemos llegar a obtener conclusiones o predicciones de que pueda ocurrir algo. Para analizar estas realidades “ocultas” (realidad latente) debemos hacer uso de métodos cualitativos como es la entrevista (Hernandez Sampieri, Fernandez Collado, & Baptista Lucio, 2004).

Los pasos para seguir esta metodología son:

1. Elaboración del guion de entrevista
2. Entrevista a profesionales
3. Presentación de resultados
4. Realización de un estudio a partir de las respuestas referidas a las preguntas de la entrevista, dejando el camino abierto a una posible libre línea de investigación

Se realiza un cuestionario con preguntas que den lugar a respuestas, tanto de tipo binomio (sí, no) como con múltiple respuesta (1,2,3,4,5 dependiendo de la intensidad con la que responda el informante).

Si bien es cierto, el objetivo de la entrevista se puede sintetizar en diferentes apartados, con el fin de encontrar, bajo la experiencia de los profesionales, un acercamiento a la realidad de las personas que sufren problemas de adicciones.

La entrevista expresa se sitúa dentro del trabajo en el apartado anexos dividida en diferentes temas.

se hace hincapié en las habilidades sociales que pretenden transmitirse a las personas usuarias de los centros especializados en adicciones.

El desglose de la entrevista comienza por el apartado de comunicación, pretendiendo así encontrar la relevancia que tiene tanto la comunicación verbal como la no verbal frente a los usuarios, tras ello, como recién comentado el apartado (Hernandez Sampieri, Fernandez Collado, & Baptista Lucio, 2004) (Hernandez

Sampieri, Fernandez Collado, & Baptista Lucio, 2004) (Hernandez Sampieri, Fernandez Collado, & Baptista Lucio, 2004) de habilidades sociales, redundando en la importancia que tienen para las personas profesionales frente a sus usuarios. Considero importante citar y expresar como pregunta un apartado dedicado a recaídas puesto que muchas de las personas que se encuentran en un proceso terapéutico las sufren y por lo tanto es importante saber lo que piensas las personas profesionales frente a ello. La terapia grupal es un método eficaz para el tratamiento de adicciones, algo que pretendo evidenciar mediante la entrevista. Me planteo la duda sobre si se ingresan a personas con este tipo de problemas en instituciones por lo que también me refiero a esta cuestión. La psicología juega un papel importante en el tratamiento de adicciones siendo el entorno crucial en estas personas y finalmente, sabemos que es importante el registro de sesiones y actividades realizadas por profesionales de estos centros, pero ¿hasta qué punto tenemos recursos para darle esa importancia a este seguimiento? ¿hasta dónde pueden llegar esos recursos?

5. ANÁLISIS DE DATOS

En cuanto al análisis de datos, tras enviar el cuestionario a las entidades sociales de atención y prevención a las adicciones realizó un estudio comparativo entre los resultados recibidos.

Importancia de la comunicación: verbal y no verbal

En cuanto a la comunicación, a la pregunta sobre que se considera más importante en el tratamiento de adicciones, si aquella verbal o no verbal. El 50% de las entidades encuestadas respondieron que la comunicación verbal se considera más importante que la comunicación no verbal, el 33% de las mismas que la comunicación verbal es más relevante y el 16% que ambas son importantes. Entendemos pues en este caso que la mayoría de las entidades consideran que la comunicación verbal tiene más importancia que la no verbal con respecto al tratamiento con personas en un proceso de atención y prevención de adicciones.

Como estudiado previamente, la comunicación intrapersonal, aquella comunicación que tienen las personas que sufren de adicciones con ellas mismas es una característica. En los cuestionarios estudiados y resueltos, dando una importancia del 1 al 5, el 66% de los resultados respondieron que consideran una importancia de 4 (entre 1 y 5) por lo que, con este dato, observamos que la comunicación intrapersonal de las personas usuarias de este ámbito es elevada. Si bien es cierto, el 16% de las entidades encuestadas opinan que la importancia es de 5 y otro 16% que es de 3.

Habilidades sociales

En cuanto al ámbito de las habilidades sociales en este caso, tras entregar el cuestionario a las entidades, el 100% de las mismas opinan tanto que es importante el uso de habilidades sociales para los usuarios como que el resultado de enseñar nuevas habilidades sociales es óptimo para personas con problemas de adicciones.

En cuanto a la importancia que se le da al aprendizaje de nuevas habilidades sociales el 64% de las entidades encuestadas opinan que del 1 al 5 la importancia es de 4 y el 36% de ellas que es de 5 por lo que con este dato observamos que la importancia de adquirir nuevas habilidades sociales es muy alta.

En cuanto a la dificultad para que las personas usuarias aprendan nuevas habilidades sociales, desde el punto de vista de las personas profesionales. Sólo el 16% de las estas entidades opinan que es fácil para las personas usuarias aprender nuevas habilidades sociales por lo que esto nos demuestra que la mayoría de las entidades sociales que se dedican a la prevención y atención de personas con problemas de adicciones opinan que para estas personas usuarias sí es complicado aprender nuevas habilidades sociales, todo ello, desde el punto de vista de las personas profesionales de estos centros.

Estudio de recaídas

El estudio de las recaídas de personas usuarias de estos centros es importante puesto que la reincidencia en conductas adictivas para ellos es algo que puede pasar.

Respondiendo a la pregunta sobre si el hecho de enseñarles nuevas habilidades sociales es un método eficaz para evitarlas el 100% de las entidades responden que sí lo es. Con estos resultados obtenemos una información muy relevante puesto que explica que el aprendizaje de nuevas habilidades sociales es un freno para estos usuarios en cuanto a que sufran nuevas recaídas.

Para realizar un estudio comparativo temporal, se les ha preguntado a si han visto aumentado o disminuido el número de recaídas de pacientes en seguimiento desde el año 2023. A esta pregunta, el 66% de las entidades encuestadas responden que han aumentado; en cualquier caso, es cierto que este dato debería de ser evaluado de una manera más precisa puesto que el 33% de las entidades encuestadas es lo que responden.

Terapia grupal

Otro tema relevante para identificar y tratar es el relacionado con las terapias grupales. Se les ha preguntado a estas entidades sobre la importancia y si consideran que es un buen método para aprender nuevas habilidades sociales. El 100% de las mismas contestan tanto que es un método eficaz, la terapia grupal, para adquirir nuevas habilidades sociales, como que en ellas se observan su aprendizaje por parte de las personas usuarias.

Ingresos en comunidades terapéuticas

Otro tema para tratar que he considerado importante trata sobre la institucionalización. Si bien es cierto, se puede llegar a pensar que la mayoría de las personas con problemas de adicciones ingresan en centros orientados a su necesidad específica de dejar el consumo. Tras el estudio de este ítem, el 100% de las entidades encuestadas dice que la mayoría de estas personas usuarias no ingresan en comunidades terapéuticas.

Ocultamiento de Experiencias deficitarias

Podemos también llegar a creer que las conductas adictivas son métodos para ocultar experiencias deficitarias en habilidades emocionales. El 50% de las entidades encuestadas nos transmiten que sí lo es, el 16%, que solamente en ocasiones y el 33% que no. Estas respuestas no aclaran en demasía si personas con conductas adictivas ocultan experiencias deficitarias en habilidades emocionales por medio del consumo.

Seguimiento continuado

En cuanto a la importancia de tener un seguimiento continuo. El 66% de las entidades encuestadas contestan que del 1 al 5, la importancia de tener este seguimiento continuo es de 5 y el 33% del 4. Este dato demuestra que sí tiene gran importancia un seguimiento continuo el tratamiento de adicciones.

Entorno

En cuanto a la importancia del entorno, el 100% de las entidades opina que es importante concienciar a la población sobre el problema que acontece en nuestra sociedad acerca de las adicciones y en cuanto a la importancia del entorno más cercano, como es la familia, la intensidad con la que viven ellas esta situación el 50% de las entidades, del 1 al 5, lo puntúa de 5, el 33% de 4 y un 16% opina que depende mucho de cada familia, que existen familias muy implicadas, otras que se han distanciado y otras disfuncionales que nunca han estado presentes.

Registro burocrático

Para finalizar este análisis de los datos de la encuesta, se introduce el ámbito burocrático. El registro de las actuaciones realizadas con sus pacientes con problemas de adicciones. El 100% de las entidades nos indica que sí es importante el registro.

6. CONCLUSIONES

Contextualizando en cuanto a la actitud de la persona con problemas de adicciones el término “esclavo” hace desestructurar a la misma por su conducta adictiva.

Las diferentes conductas adictivas se relacionan entre sí, una persona adicta al alcohol también puede ser adicta al sexo.

La adicción es por tanto una actitud de satisfacción inmediata siendo, las que sufren estas personas, muy cercanas a situaciones límite.

Toda adicción provoca en la persona adicta un denominador común de no encontrar sentido a su vida y experimentar un vacío existencial. La persona adicta está en conflicto consigo misma y no acepta su vida; por ello, trata de llenar su vacío existencial con estímulos que le otorguen una satisfacción inmediata.

La terapia humanista como vía de confrontación objetiva con la realidad, como vía de maduración y proceso para insertar a la persona en el tiempo real y no ser permanentemente dependiente, siendo, la persona con problemas de adicciones el sujeto del problema y no las circunstancias que le rodean.

La baja autoestima es el resultado de las condiciones socioculturales que rodean, el abuso de sustancias. Por ello, un entrenamiento en habilidades sociales podría modificar y mejorar la conducta y resultados de las personas con problemas de adicciones.

Para hablar de psicoterapia, he decir que a misma consiste en guiar una conversación en la que las emociones y acciones del paciente siguen una línea natural en términos conductuales; junto al consumo, aparecen sentimientos de angustia, desesperanza y minusvalía y en estas sesiones psicoterapéuticas se trata de identificar la problemática básica que reside en la persona para así poder paliar las circunstancias adictivas.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Alonso Fernandez, F. (1996). *Las otras drogas*. Madrid: FIN DE SIGLO.
- Ballester, R., & Gil Llarío, M. D. (2009). *Habilidades Sociales*. Madrid: Síntesis.
- Becoña Iglesias, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña Iglesias, E. (2002). *Bases científicas de la prevención del consumo de drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña Iglesias, E. (2019). *Tratamiento de las adicciones a sustancias y comportamentales*. Madrid: Klinik.
- Becoña Iglesias, E. (2021). *La prevención ambiental en el consumo de drogas. ¿Qué medidas podemos aplicar?* Madrid: Ministerio de Sanidad, Delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas.
- Becoña Iglesias, E. (2023). *Guía de buenas prácticas y calidad en la prevención de las drogodependencias y de las adicciones*. Madrid: Ministerio de Sanidad.
- Cañas, J. L. (2004). *Antropología de las adicciones psicoterapia y rehumanización*. Madrid: Dykinson.
- Directorio de recursos de drogodependencias, G. d. (07 de julio de 2023). *Unidades de atención y seguimiento de adicciones*. Obtenido de Directorio de recursos de drogodependencias: https://www.aragon.es/documents/20127/1650151/UASA_ARAGON_2021.pdf/973d5ef7-cf01-b480-81aa-484c030c3c8f?t=1610964745661
- Faura Petisco, J., Romani, O., & Miranda Aranda, M. (2001). *Trabajo social y salud Monográfico "Drogodependencias"*. Zaragoza: REPROIMSA.
- Graña Gomez, J. L. (1994). *Conductas Adictivas Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Hernandez Sampieri, R., Fernandez Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2004). *Metodología de la investigación*. Berlín: ATLAS.
- Maturana, H. (1996). *Desde la biología a la Psicología*. Santiago: universitaria.
- Maturana, H., & Verden-Zöller, G. (1993). *Amor y juego: fundamentos olvidados de lo humano*. Santiago: Experiencia humana.
- Maya, A. (1990). *La comunicación verbal y no verbal*. Bogotá: Presencia Ltda.
- Piñas Mesa, A., & Chivato Perez, T. (2020). *Las adicciones de ayer y hoy. Hacia un enfoque humanista en el tratamiento de las adicciones*. Madrid: Dykinson.
- Romero Romero, J. C. (2007). PSICOTERAPIA GRUPAL EN ADICTOS. *límite. Revista de Filosofía y Psicología* , 77-97.
- Seva diaz, A., Gracia Marco, R., & Herreros Rodriguez, O. (1999). *La Drogadicción, Los pacientes drogadictos, sus problemas específicos y su atención personal, familiar y social*. Zaragoza: Octavio y Félez, S.A.

8. ANEXOS

GUIÓN DE ENTREVISTA

Cuestionario:

Mediante el presente cuestionario me pondré en contacto con personas profesionales del ámbito de las adicciones tratando de examinar el nivel de fiabilidad y viabilidad de las habilidades sociales que se usan en las sesiones de terapia para personas con problemas de adicciones. De este modo, se establece una relación entre las habilidades sociales y la prevención de adicciones por medio de esta entrevista. Se divide en los siguientes ítems: Comunicación, habilidades sociales, Prevención y recaídas, tratamiento grupal, institucionalización, modificación de conducta y burocracia.

Indagando en el conocimiento de las técnicas y herramientas utilizadas por profesionales de entidades sociales especializadas en la atención y prevención de adicciones investigo la manera en que las personas profesionales de este ámbito interpretan la realidad de sus personas usuarias.

Comunicación:

1. En la comunicación con sus pacientes, ¿Qué consideras más importante, la comunicación verbal o la comunicación no verbal?
Comunicación verbal
Comunicación no verbal
2. Del 1 al 5 siendo 1 mínimo y 5 máximo, ¿Cómo de importante considera que la comunicación intrapersonal de las personas con problemas de adicciones afecta a su vida?
1
2
3
4
5

Habilidades sociales:

3. ¿Consideras importante el uso de habilidades sociales para la prevención de las adicciones?
Si
No
4. ¿El resultado de enseñar nuevas habilidades sociales es óptimo para la persona con problemas de adicciones?
Si
No
5. Del 1 al 5 siendo 1 mínimo y 5 máximo, ¿Cuánta importancia tiene el aprendizaje de nuevas habilidades sociales para el/ la usuaria?
1
2
3
4
5
6. Del 1 al 5 siendo 1 mínimo y 5 máximo, ¿Es complicado enseñar nuevas habilidades sociales a personas con problemas de adicciones?
1
2
3
4
5

7. Cómo profesional, ¿Siente que es complicado para la persona usuaria aprender nuevas habilidades sociales?

Si

No

Si la respuesta es afirmativa, considere Del 1 al 5 siendo 1 mínimo y 5 máximo la complejidad que supone para la persona usuaria.

1

2

3

4

5

Prevención, recaídas:

8. ¿Enseñar nuevas habilidades sociales a los pacientes es un método eficaz para evitar nuevas recaídas?

Si

No

9. En el año 2023, ¿el número de pacientes en seguimiento por recaídas ha aumentado o disminuido?

Aumentado

Disminuido

10. En cuanto a la prevención de adicciones, ¿Consideras que existe un mayor número de pacientes que experimentan recaídas o la demanda se produce por parte de nuevos pacientes?

Pacientes con recaídas

Nuevos pacientes

11. En sus sesiones con las personas que han sufrido recaídas, ¿Considera importante desarrollar nuevas habilidades sociales para prevenir nuevas recaídas?

Si

No

Tratamiento Grupal

12. ¿Es la terapia grupal un método efectivo para la prevención de adicciones?

Si

No

13. En las terapias grupales, ¿Se observa el aprendizaje de nuevas habilidades sociales por parte de los usuarios?

Si

No

Institucionalización

14. ¿Son la mayoría de las personas con problemas de adicciones ingresadas en comunidades terapéuticas?

Si

No

Modificación de Conducta

15. ¿Es el uso de adicciones un método de ocultar experiencias deficitarias en habilidades emocionales?
- Si
No
16. Del 1 al 5 siendo 1 mínimo y 5 máximo, ¿Cuál es el nivel de fortaleza en el que se encuentra una persona con problemas de adicciones tras las 8-10 primeras sesiones desde su punto de vista?
- 1
2
3
4
5
17. Del 1 al 5 siendo 1 mínimo y 5 máximo, ¿Cuánta utilidad piensa que tiene para la persona con problemas de adicciones mantener un seguimiento continuo? (desde el punto de vista de la persona profesional).
- 1
2
3
4
5

Entorno

18. Del 1 al 5 siendo 1 mínimo y 5 máximo, ¿Cómo de intensa viven las familias de personas con problemas de adicciones su situación?
- 1
2
3
4
5
19. ¿Considera importante concienciar a la población de los problemas que suponen las adicciones?
- Si
No

Burocracia

20. ¿Es importante el registro de las actuaciones realizadas con sus pacientes con problemas de adicciones?
- Si
No