

## Trabajo Fin de Grado

Intervención socio - familiar para la reinserción  
social de hombres cuyo consumo principal es la  
cocaína

Social-family intervention for the social reinsertion  
of men with cocaine addiction

Autoras

Esther Bardají Rodrigo  
Lucía Borrueal Gabás  
Margarita Castilla Alagón

Directora

Nuria Del Olmo Vicén

Co - Directora

Lucía Conde Murillo

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo  
Grado en Trabajo Social  
2016



## **Agradecimientos**

Este proyecto no hubiese sido posible llevarlo a cabo sin la ayuda recibida tanto de los profesores de la Universidad, como los profesionales de los diversos centros en los cuales hemos realizado el Prácticum de Intervención.

En primer lugar, queremos dar las gracias a Nuria del Olmo Vicén, por aceptar ser nuestra directora y guiarnos a lo largo de todo el proceso de elaboración de dicho proyecto, así como por aportarnos conocimientos relacionados con la intervención del trabajo social y el diseño del proyecto.

En segundo lugar, agradecer a Cruz Roja Zaragoza que nos haya permitido llevar a cabo este proyecto de intervención, y en especial a Lucía Conde Murillo por su colaboración desde el primer momento que se solicitó su participación como codirectora, ya que siempre ha mostrado interés, paciencia y entrega a lo largo del proceso a pesar de las numerosas responsabilidades que tiene en la UASA. Además, tampoco queremos olvidarnos de Raquel, que nos aportó su punto de vista como psicóloga del centro.



# ÍNDICE

1. Introducción.....	7
2. Metodología.....	9
3. Marco teórico conceptual .....	10
3.1 Orígenes y evolución del consumo de cocaína .....	10
3.2 Tipología de consumo.....	12
3.3 Perfil sociodemográfico del consumidor .....	13
3.4 Consecuencias sociales vinculadas al consumidor .....	14
3.5 Riesgos asociados a los consumos paternos de drogas .....	17
4. Las drogodependencias como objeto del Trabajo Social .....	19
5. Diseño del proyecto de intervención .....	22
5.1 Título.....	22
5.2 Descripción y justificación .....	22
5.3 Núcleo de intervención .....	23
5.3.1 Objeto de intervención .....	23
5.3.2 Contextualización.....	23
5.4 Objetivos .....	23
5.4.1 Objetivo General .....	23
5.4.2 Objetivos Específicos.....	23
5.5 Metodología .....	24
5.6 Actividades y tareas .....	24
5.7 Cronograma .....	37
5.8 Recursos.....	38
5.8.1 Humanos.....	38
5.8.2 Materiales e infraestructuras .....	38
5.9 Financiación.....	39
5.10 Evaluación .....	40
6. Conclusiones.....	42
7. Bibliografía.....	44
Índice de Ilustraciones .....	46
Índice de Tablas.....	46

Anexo 1. Cuestionario actividad inicial .....	47
Anexo 2. Instrumentos para la evaluación.....	48
Anexo 2.1 Cuestionario de valoración de la sesión .....	48
Anexo 2.2 Cuestionario de evaluación global del proyecto .....	49
Anexo 2.3 Encuesta para la valoración del impacto del proyecto .....	50
Anexo 3. Entrevista a la Psicóloga de la UASA (Zaragoza) .....	51
Anexo 4. Tabla Muestra UASA .....	53

## 1. Introducción

Los Servicios Sociales y más concretamente los trabajadores sociales, llevan a cabo toda una serie de tareas relacionadas con el bienestar social, la justicia social y la igualdad de oportunidades entre los individuos de la sociedad, promoviendo así un cambio social entre la ciudadanía. Por ello, existen distintas líneas o áreas de intervención desde donde se atienden las diferentes necesidades que pueden presentar las personas a lo largo de su vida, entre estas el área de drogodependencias.

Para poder elaborar dicho trabajo, en primer lugar hay que tener en cuenta qué son y a qué hacen referencias las drogadicciones. Según la Organización Mundial de la Salud (1994), drogodependencia es *“el estado de intoxicación, periódica o crónica, producida por el consumo repetido de una droga natural o sintetizada y caracterizado por el deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio, por la tendencia a incrementar la dosis, por la dependencia física y generalmente psíquica que produce síndrome de abstinencia por la retirada de la droga y que produce efectos nocivos para el individuo y para la sociedad.”* (citado en Martín, 2009:18)

Respecto a esta definición, cabe destacar que las drogodependencias son uno de los principales problemas que más preocupa a la sociedad, por sus consecuencias en el plano social, personal, familiar, sanitario, laboral y económico del individuo.

Tal y como se observa en lo comentado en el párrafo anterior, la familia puede verse afectada por la drogodependencia de uno de sus miembros provocando alteraciones en el sistema familiar. Por este motivo, poder trabajar con la familia del adicto es una herramienta de apoyo muy importante a lo largo de todo el proceso de intervención, ya sea con la familia de origen (padres y hermanos), o con la familia nuclear (pareja e hijos) del drogodependiente (Pons, 2006).

Para abordar este tipo de problemática es necesaria una intervención multidimensional en los diferentes aspectos de la vida personal, debido a que afecta tanto a la vida de la persona como al entorno directo e inmediato ocasionando una serie de conflictos que conducen a una inminente y progresiva exclusión social.

Tras todo lo comentado, se puede decir que es importante la realización de un proyecto de intervención porque en las sociedades actuales se está produciendo un considerable y progresivo aumento del uso de diferentes drogas que van más allá de la práctica recreativa o medicinal y que tienen consecuencias negativas para el individuo y su entorno.

En este trabajo se va a realizar un proyecto enfocado a la intervención familiar en hombres cuyo consumo principal es la cocaína, ya que *“es una de las drogas con mayor capacidad de crear adicción y su consumo habitual constituye un camino casi seguro para destruir la carrera profesional, las relaciones de pareja y la vida familiar y social de quienes mantienen esta conducta”* (Sánchez, 2004:6). Para ello, se ha tomado como referencia una muestra de 20 adultos de 30 a 50 años con responsabilidades familiares.

La estructura que se ha establecido para la elaboración del trabajo se ha dividido en dos partes fundamentales. En la primera de ellas se ha elaborado el diagnóstico en base al marco teórico y en la segunda parte se lleva a cabo el diseño y desarrollo del proyecto.



## **2. Metodología**

En primer lugar, para realizar este trabajo se ha contado con la experiencia y conocimientos adquiridos durante el proceso de realización del prácticum de intervención en drogodependencias, ya que dos de las compañeras que han elaborado el trabajo, hicieron las prácticas en la Unidad de Atención y Seguimiento de Adicciones en Zaragoza (concretamente en Cruz Roja y Hospital Nuestra Señora de Gracia). Esto, facilita la obtención de información acerca de numerosos aspectos relacionados con el consumo de cocaína y el perfil sociodemográfico elegido para la elaboración del proyecto de intervención.

En segundo lugar, cabe destacar que para la obtención de datos secundarios se ha realizado una amplia búsqueda y revisión bibliográfica en libros, artículos, así como en el Plan Nacional de Drogas y el Observatorio Europeo de Drogas, en relación a la droga principal elegida para poder elaborar el marco teórico conceptual y el diagnóstico en base al que se desarrollará el proyecto de intervención.

En tercer lugar, la elaboración de los perfiles para diseñar la muestra con la que se va a intervenir en el proyecto se ha realizado y obtenido a partir de una revisión documental de 20 expedientes de la UASA Cruz Roja Zaragoza que cumplen unas características similares que se explicarán posteriormente en la metodología del proyecto de intervención.

Finalmente se ha realizado una entrevista semiestructurada a la psicóloga del mismo centro con el fin de conocer su punto de vista sobre el tema. A partir de la entrevista se han obtenido datos primarios relacionados con el proyecto que se está realizando.

### **3. Marco teórico conceptual**

Para realizar un proyecto de intervención y conseguir una óptima reinserción social de las personas que consumen o han consumido cocaína, primero es necesario abordar los orígenes y evolución de esta sustancia, la tipología de consumo a lo largo de los años, así como la prevalencia según edad y sexo de la misma.

A continuación se expone una breve descripción explicativa sobre los orígenes, evolución del consumo de la cocaína, la tipología de los distintos consumos, el perfil sociodemográfico de los consumidores, las consecuencias y los riesgos que produce este consumo.

#### **3.1 Orígenes y evolución del consumo de cocaína**

La cocaína, tal y como se explica en el libro Monografía sobre la Cocaína (2001:7), “*se obtiene de las hojas del arbusto del Coca (Erytroxylon coca), planta originaria de los Andes y que se cultiva en América del Sur, en Indonesia y en algún estado africano*”. Dada la situación geográfica de esta sustancia, su origen y uso se remonta hasta las comunidades incas donde utilizaban las hojas de coca para soportar largos periodos de hambre y para realizar los diferentes ritos religiosos y funerarios de la época. Además, los indios de América le daban unos tipos de usos que todavía se conservan como tradiciones culturales en la actualidad.

Posteriormente, fue utilizada por los colonizadores en el descubrimiento de América al aumentar considerablemente la productividad de los indígenas durante las largas y duras jornadas de trabajo (Pascual, 2001). Sin embargo, en el siglo XVII, dadas las propiedades estimulantes que poseía esta planta, comienza a ser muy útil para los médicos españoles, porque a través del consumo de la misma se disminuía la fatiga durante los trabajos realizados por soldados y obreros.

A pesar del uso extendido de esta sustancia en zonas de América del Sur, la coca ha sido una sustancia desconocida para la sociedad hasta el siglo XIX. Fue en 1859 cuando Albert Niemann, un científico alemán aisló mediante numerosas pruebas en el laboratorio el alcaloide principal de la coca dando lugar a lo que se conoce hoy en día como cocaína. (Pascual, 2001).

A partir de este descubrimiento, la cocaína adquiere cierto prestigio social y científico y pasa a utilizarse para tratar algunas enfermedades, usándola como anestésico local, ya que tras la realización de varios estudios se observó que la cocaína tenía efectos adictivos por ser el estimulante del Sistema Nervioso Central más potente. (Pascual, 2001).

Tras todo esto, durante finales de los 60 y principios de los 70, *“resurge con fuerza su consumo, bajo la idea de que era la droga del bienestar frente al malestar teóricamente producido por la heroína, es pues su uso sinónimo de placer, glamour, sofisticación, clase y lujo”* (Pascual, 2001: 18 ). De este modo, se observa un cambio considerable en la tipología del consumo que se hace de esta.

Cabe destacar que como consecuencia del elevado coste que tenía consumir cocaína en esta época, progresivamente se fueron buscando nuevas alternativas a la misma que resultaban más económicas para el consumidor, pero que producían prácticamente los mismos efectos conseguidos con la base pura de cocaína. Por ello, aparece el consumo “base libre” o *free base*, que permitía fumar esa droga y así absorber e inhalar cantidades superiores de la misma. (Pascual, 2001). Sin embargo, existe otra modalidad de cocaína, el “crack”, donde se suprime el átomo de cloro, de tal forma que tras el proceso únicamente queda la cocaína sola.

Este nuevo consumo de la cocaína es lo que ha provocado que cada vez sean más los jóvenes que se inician en el consumo de la misma, ya que aparte de ser mucho más económica, sus efectos son más potentes pero durante un periodo de tiempo más reducido porque llega de forma más rápida al cerebro. Todas estas ventajas proporcionadas tras la aparición esta nueva sustancia, el *crack*, *“desterraron el éxito alcanzado por la cocaína”* (Pascual, 2001:20).

Por ello, a partir de los años 90 cambia considerablemente la tipología del consumo de cocaína, ya que este se lleva a cabo en todas las clases sociales y pasa a formar parte del ritual de consumo entre algunos jóvenes en ambientes recreativos. (Pascual, 2001).

### 3.2 Tipología de consumo

El auge y la expansión del consumo de cocaína a lo largo de los años entre diferentes ambientes y perfiles sociodemográficos ha dado lugar a una tipología de consumo muy definida y concreta, diferenciada principalmente por el estilo y frecuencia del consumo. Para establecer una tipología específica se ha tenido en cuenta la clasificación elaborada por Lorenzo Sánchez Pardo (Los jóvenes y la cocaína, 2004) donde se destacan tres tipos principales de consumidores.

En primer lugar existen los **consumos ocasionales**, que *“son minoritarios y los realizan normalmente personas adultas con una posición laboral, familiar y social consolidada, que sólo consumen cocaína en ocasiones especiales”* (Sánchez, 2004:8). Este tipo de consumidor se caracteriza principalmente por el uso que se hace de la cocaína, ya que no consumen cocaína de forma habitual sino en ocasiones puntuales y es de los menos visibles de cara a la sociedad y donde menos influencia juvenil se observa.

En segundo lugar existen los **consumos recreativos**, llevado a cabo por *“adolescentes y jóvenes que consumen de forma esporádica, con fines lúdicos y en contextos de ocio, combinando la ingesta de cocaína con otras drogas”* (Sánchez, 2004:8). Este tipo de consumo es el que ha aumentado a lo largo de los años y está relacionado principalmente con el consumo de sustancias alternativas a la cocaína que resultan más económicas. Además, el uso que este grupo de consumidores hace de la cocaína es ocasional, convirtiéndose así en un reclamo para reuniones grupales celebradas en un contexto de diversión y entretenimiento.

En tercer lugar, existen los **consumos habituales**, donde *“siguen una conducta de abuso o dependencia, consistente en la ingesta frecuente de cocaína”* (Sánchez, 2004:8). Este tipo de consumo se caracteriza por la necesidad de consumir cocaína dejando a un lado los fines recreativos y en muchas ocasiones llevándose a cabo de forma solitaria. Este consumidor puede ser considerado de alto riesgo dado el desarraigo familiar y social que se produce, tanto en los intereses personales del consumidor como por la pérdida de vínculos y relaciones con su entorno directo (Sánchez, 2004).

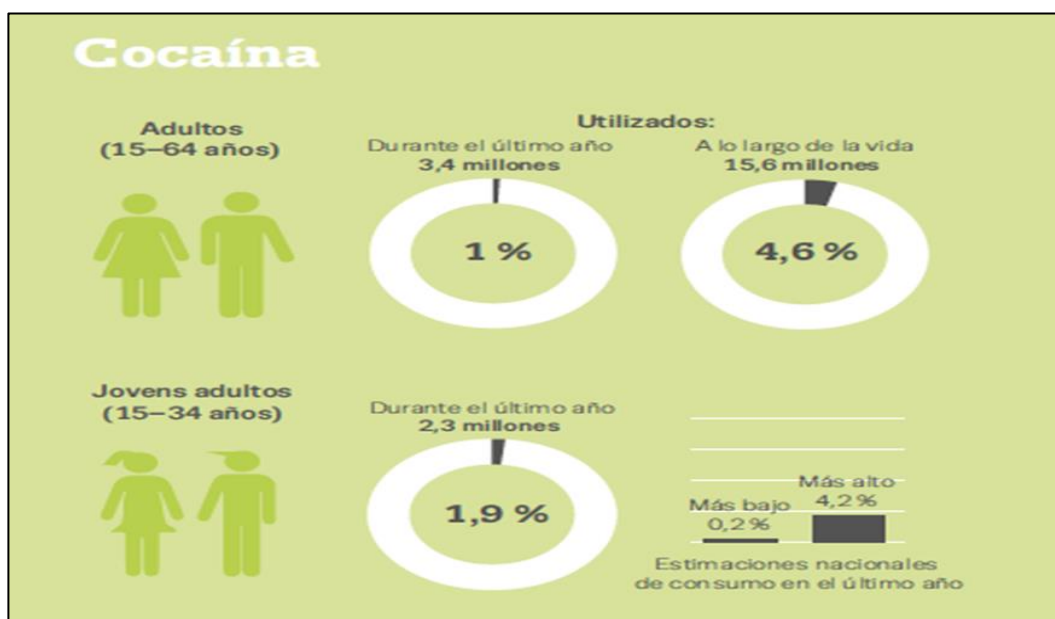
Finalmente, es necesario destacar el “*policonsumo o uso simultáneo de cocaína y de otras drogas*” (Sánchez, 2004:9). Es habitual que gran parte de estos consumidores también hagan uso de otro tipo de drogas tales como el alcohol, el cánnabis y el tabaco y de forma más minoritaria, el consumo de otras sustancias.<sup>1</sup>

### 3.3 Perfil sociodemográfico del consumidor

El perfil sociodemográfico de los consumidores de cocaína ha ido evolucionando a lo largo de los años tanto en materia de género como de edad, debido a las nuevas pautas de consumo que se han ido introduciendo en la sociedad.

En general, los consumidores de cocaína siempre han oscilado entre un rango de edad de 20 a 40 años, tenían buen nivel sociocultural, cierto nivel económico y consumían cocaína de forma ocasional. A pesar de esto, existe un nuevo tipo de consumidor, que es cada vez más joven, depende de la economía familiar para hacer frente a los gastos de las sustancias y no tiene una situación laboral estable. Por ello, siguiendo el Informe Europeo sobre Drogas (2015), se puede decir que el consumo de cocaína tiene lugar a edades cada vez más bajas, ya que “*se estima que unos 2,3 millones de adultos jóvenes de 15 a 34 años (el 1,9 % de este grupo de edad) consumieron cocaína en el último año.*”

Ilustración 1. Perfil del consumo de cocaína



Fuente: Informe Europeo de Drogas (2015)

<sup>1</sup> Como las drogas de síntesis y anfetaminas (Sánchez, 2004)

En referencia al género de los consumidores de cocaína, la gran mayoría son hombres (71%), frente a un grupo minoritario femenino (29%). Esto puede deberse a los patrones culturales que diferenciaban un sexo de otro, y que la situación de la mujer estaba ligada al hogar o cuidado de los niños (Sánchez, 2012).

Lamentablemente, esto ha ido cambiando a lo largo de los años y ha provocado que el aumento de las drogas aumente entre las mujeres, sin llegar a ser un porcentaje tan alto como en los hombres. El consumo de drogas es una conducta muy habitual actualmente, considerada uno de los principales determinantes de la salud. Según las condiciones socio-económicas de las personas pueden verse más inmersa en estas malas prácticas.

Según la Guía de género y drogas (Sánchez, 2012) *“La estigmatización de las mujeres con problemas de adicción a las drogas refuerza su aislamiento social, a la vez que favorece la ocultación del problema, la ausencia de petición de ayuda para superar el mismo o su demora hasta que las consecuencias sobre su salud física y mental o en su vida familiar, social o laboral resultan insostenibles”*. Podría ser una de las principales razones que provocan dichas desigualdades entre ambos sexos a la hora de acceder al mercado de las drogas.

### **3.4 Consecuencias sociales vinculadas al consumidor**

A continuación, se va a abordar el tema de las consecuencias sociales vinculadas a los hombres entre 30 y 50 años de edad que se encuentran en esta situación de consumo. Para llegar a ellas, se debe analizar en primer lugar la repercusión que produce en sus vidas el consumo de este estimulante extremadamente adictivo.

En la sociedad, la familia ha sido y es el agente principal que orienta y guía durante lo que se conoce como el proceso de socialización. El ser humano como tal, es un ser social pero para llegar a serlo se requiere un largo proceso de aprendizaje.

De hecho, es en este aprendizaje cuando las personas se forman y adquieren de forma selectiva una serie de conductas, valores, intereses, actitudes, conocimientos y competencias que marcarán la vida de las mismas. Además, se interiorizan las normas que van a permitir establecer formas de interacción social concretas y éstas van a ser enseñadas dentro de la unidad familiar, donde también se irá formando la identidad de la persona, estableciendo un concepto y una imagen determinada de quienes somos y el lugar que cada uno debe ocupar en referencia al mundo en el que vivimos. Por este

motivo, el hecho de que uno de los padres sea drogodependiente va a influir en el aprendizaje de los miembros de la familia que convivan con él.

El entorno familiar que está emocionalmente equilibrado va a permitir adquirir y desarrollar las habilidades más importantes y necesarias para la vida, algo fundamental porque esto va a hacer posible que las personas respondan de una forma adecuada a las situaciones de mayor riesgo. A su vez, la positividad de los individuos que formen parte de este entorno, en referencia a sus propias expectativas, estarán mucho más motivados en el momento en el que se propongan llegar a conseguirlos. El problema aparece cuando este entorno familiar no está equilibrado y la familia presenta un estado frágil y con facilidad de ruptura del mismo. (Guisa, 2008).

Los factores de riesgo que suelen asociarse al inicio del consumo de sustancias, y que en condiciones más normalizadas y de equilibrio podrían afrontarse sin mayores dificultades, en las familias donde existe un padre o una madre con problemas de consumo de drogas suelen ocurrir mayores complicaciones para que los menores puedan afrontar situaciones problemáticas (Guisa, 2008). Hay que tener en cuenta que además los miembros de la familia no distinguen que actitudes son correctas y para ellos éstas pueden llegar a normalizarse si ven a las principales figuras de su hogar, y de las cuales toman ejemplo. Por este motivo, pueden imitarlas sin saber las duras consecuencias que realmente conlleva una adicción, causando en ellos una excesiva tolerancia a las drogas (Guisa, 2008).

Lo que está claro es que la socialización en un entorno familiar que está sufriendo la adicción de una o ambas figuras parentales genera una serie de repercusiones, tanto a nivel físico como a nivel psicológico y por ello a continuación se van a nombrar algunas de ellas (Centros de Integración Juvenil, 2007):

- Disminuye la capacidad de la persona para relacionarse con su grupo de iguales.
- Se dedica menos tiempo a otras actividades, por lo que puede disminuir la actividad física.
- El individuo puede estar en un estado de ansiedad continuo.
- Se puede desarrollar una enfermedad mental.
- Depresión infantil y juvenil, donde aparecen cambios de humor continuos del estado de ánimo, alteraciones del sueño, agresividad, etc.

También se debe destacar que en contadas ocasiones la violencia que se produce en el entorno familiar es ocasionada por el consumo de drogas, un fenómeno que en la actualidad está aumentando cada vez más. Dicho fenómeno puede explicarse en parte cuando las personas adoptan determinados modelos durante su proceso de aprendizaje social (Centros de Integración Juvenil, 2007). Las personas que suelen llevar a cabo este tipo de maltrato tienen una autoestima bastante baja, tendencias a padecer depresiones, ansiosos, impulsivos, neuróticos, con poca tolerancia a la frustración y en contadas ocasiones, con antecedentes de haber sufrido maltrato a lo largo de su infancia, además del consumo de sustancias añadido.

Cuando todo lo comentado anteriormente sucede, el entorno en el que vive la familia se vuelve hostil provocando ansiedad a sus miembros, lo que conlleva unas relaciones afectivas cada vez más alejadas y ocasionando que la unidad familiar se vaya rompiendo progresivamente.

Está claro que la adicción destruye la vida de la persona, pero también afecta a los que permanecen junto a ella y la rodean. Por ello, es importante intervenir con la persona que sufre una adicción lo antes posible al mismo tiempo que también se atiende y se interviene con su familia, la cual ha sufrido día tras día las consecuencias de la misma. Para que se pueda llevar a cabo una recuperación total, ambas partes tienen que estar motivadas y dispuestas a realizar el cambio, ya que si esto no es así, es prácticamente imposible que la situación de la persona y de la unidad familiar se recupere y mejore.

En este sentido, el hecho de que una persona se comience a tratar por iniciativa propia no es lo habitual porque suele ser bastante complicado que se den cuenta por sí solos de la realidad que esta adicción les está creando. Es absolutamente normal y previsible que el consumidor se oponga al tratamiento de deshabituación de la sustancia ya que su dependencia a la cocaína, en este caso, para él no es un problema. No es consciente de que necesita ayuda y por lo tanto, un tratamiento adaptado a sus circunstancias (Rossi, 2004).

Estas circunstancias comentadas, en muchas ocasiones hacen que las personas cercanas al adicto se resignen y se ven sin fuerzas para ayudarlo y que finalmente sea consciente de lo que está pasando, desperdiciando así un tiempo muy valioso e importante de la vida de la persona.



Por ello es necesario trabajar con una serie de técnicas de intervención basadas en un conjunto de estrategias familiares con el fin de que se produzca el cambio junto con la supervisión de un profesional experto en el tema. De esta forma, la persona adicta puede llevar a cabo un primer contacto con esta problemática para que en definitiva, sea capaz de pedir ayuda él mismo (Rossi, 2004).

Lo cierto es que muchas veces lo que realmente hace reaccionar a las personas que se encuentran en esta difícil realidad son las situaciones límite a las que se va a enfrentar, que pueden darse de dos formas diferentes. En primer lugar, las situaciones límite naturales donde el entorno social esperará el momento en el cual la persona haya pasado por situaciones duras por consecuencia de la droga, como puede ser el hecho de que haya perdido ya una serie de empleos, se esté produciendo un deterioro físico indiscutible, etc. Por lo tanto, lo que va a suceder es que situación tras situación se provocará en él una crisis que le impulsará a llevar a cabo un cambio en su vida. En segundo lugar, se darían las situaciones límite provocadas, que serían las acciones realizadas en la intervención con el usuario. Lo ideal sería que estas personas tuvieran la oportunidad de cambiar mediante esta intervención antes de que se produzcan las situaciones límite naturales, pero en muchas ocasiones esto no es posible (Rossi, 2004).

### **3.5 Riesgos asociados a los consumos paternos de drogas**

La existencia de un abuso de cocaína por parte de uno de los progenitores afecta directamente al conjunto familiar. Esto va a ocasionar que muchas de las funciones que deben cumplir los padres en este entorno no se realicen de forma adecuada. A continuación, se van a exponer las conductas paternas del abuso de la cocaína (Sánchez, 2003):

- Alteración de los roles desempeñados por parte de los componentes de la familia: se produce el abandono de la mayoría de las funciones domésticas, lo que puede provocar que otro miembro de la familia, ya sea hermano mayor, tíos, abuelos, etc., tengan que hacerse cargo de roles familiares que no les corresponden.
- Deterioro de las relaciones sociales familiares: es uno de los principales aspectos tanto del propio consumidor como de su familia. El consumidor comienza a relacionarse con personas que se encuentran en una situación semejante y su

familia deja de relacionarse con otras personas por el miedo y el temor a provocar conflictos con su entorno más cercano.

- Deterioro de la organización y planificación familiar: el comportamiento del consumidor sufre alteraciones, lo que puede provocar que dejen de organizarse planes familiares. Por ejemplo, el hecho de que tengan problemas económicos va a suponer que las actividades que normalmente se llevan a cabo en familia se reduzcan o directamente se dejen de realizar.
- Deterioro de la situación económica familiar: se produce una reducción considerable de los ingresos económicos, ya que se destina gran parte de dinero a la adquisición de la cocaína.
- La comunicación familiar: se ve afectada por la conducta agresiva que pueda generar la persona consumidora, pudiendo deteriorar dicha comunicación, esta conducta anula prácticamente la interrelación de los miembros de la familia.
- Violencia doméstica: existe gran relación entre el consumo de sustancias tóxicas y la violencia de género, en muchas ocasiones la persona agresora estaba actuando bajo los efectos de dicha sustancia. Aunque se debe recordar que la violencia de género puede ocurrir por causas muy diversas.

Es relevante destacar que se producen un conjunto de impactos muy diversos en los hijos de los consumidores de cocaína y que por lo tanto, van a verse afectados en lo que respecta a la aparición de diversas secuelas en los ámbitos físico, psicológico, emocional, del aprendizaje y la socialización, etc, con una gravedad de intensidad variable. Esto puede suponer la presencia de ciertos déficits en el adecuado desarrollo personal y social de los menores. Además se dará la imposibilidad de que se configure correctamente la personalidad del menor, de que se produzcan “fallos” provocando que el proceso de consolidación y maduración personal este incompleto e impida la estructuración de su personalidad (Sánchez, 2003).

#### 4. Las drogodependencias como objeto del Trabajo Social

El Trabajo Social, como se ha comentado en apartados anteriores, es una profesión que promueve el cambio social favoreciendo el bienestar de los individuos dentro de la sociedad. Dado que las drogodependencias conllevan un proceso de cambio derivado de la intervención que se realiza en los individuos y el contexto directo de estos, se puede decir que el Trabajo Social tiene un papel fundamental para abordarlo.

El proceso de intervención en drogodependencias engloba toda una actuación multidimensional que se lleva a cabo a partir de tres fases: prevención, intervención y reinserción (Mayor, 1995), las cuales se van a comentar posteriormente.

La primera fase es la **prevención**, la cual tiene un carácter de intervención generalizada, no como las otras dos fases en las que el proceso se centra en una intervención más individualizada con el sujeto. El objetivo principal de esta fase, tal y como dice Mayor (1995:232) es “*disminuir las demandas que para el sujeto constituyen los factores de riesgo e incrementar los recursos del sujeto para hacer frente a esas demandas*”. Todo esto implica por un lado, actuar de forma directa sobre los sujetos, sobre la droga y sobre los contextos ambientales de estos y por otro lado, intervenir para la modificación de toda una serie de hábitos, valores y actitudes que fomenten del desarrollo de buenas relaciones sociales, laborales y familiares. (Mayor, 1995).

Partiendo de todo lo comentado anteriormente, esta fase se centra en una intervención más genérica y se define y se desarrolla según el contexto concreto en que se lleva a cabo, “*así se habla de prevención educativa, prevención laboral o prevención social*” (Mayor, 1995:232). Estos contextos resultan de vital importancia para la prevención en el consumo de drogas, al ser donde se llevan a cabo toda una serie de tareas que abarcan la información, modificación de actitudes y comportamientos y la identificación de los factores de riesgo asociados al consumo de drogas.

La segunda fase es la **intervención** (propiamente dicha), que tiene lugar en relación al consumo de droga. Esta segunda fase tiene dos objetivos fundamentales, “*la supresión del consumo (la abstinencia absoluta) o la reducción del consumo (el consumo controlado)*”. (Mayor, 1995:233). Sin embargo, esta fase es muy compleja debido a que la intervención con el individuo dependerá del grado de consumo que se le da a la droga en cuestión.

En primer lugar, se encuentra la intervención frente al simple uso de la droga a la cual se podría llamar *“temprana (porque todavía no se ha desarrollado la habituación ni la dependencia) y es una fase intermedia entre la prevención y la intervención”*. (Mayor, 1995:233). Este tipo de intervención es muy importante, ya que mediante la misma se intentará que no se desarrollen pautas de consumo abusivo o dependiente posteriores en el sujeto.

En segundo lugar, aparece la intervención frente al abuso, la cual supone la movilización de mayor cantidad de recursos relacionados con el individuo y el contexto social del mismo, ya que mediante esta intervención se pretende suprimir ese abuso. (Mayor, 1995).

En tercer lugar, aparece la intervención frente a la dependencia, donde es necesario tener en cuenta el síndrome de abstinencia provocado por la dependencia al consumo de la sustancia. Por ello, el objetivo fundamental en esta intervención será *“suprimir o reducir el consumo de sustancias y suprimir los síntomas del síndrome de abstinencia”*. (Mayor, 1995:234).

Como puede observarse, la fase de intervención es muy compleja, ya que no solo es necesario que se produzca una disminución o supresión del consumo, sino que el papel fundamental de los profesionales es mantener una conducta basada en la abstinencia a lo largo del tiempo. Para ello, es necesaria una actuación sobre el sujeto, la droga y el contexto, tal y como se ha comentado anteriormente.

La tercera fase es la **reinserción**, que representa la fase final de todo el proceso de intervención. El objetivo principal de esta fase es *“aparte de mantener la supresión o el control del consumo, la readaptación del drogodependiente a sus contextos naturales, a la familia, al trabajo, a la comunidad en que vive y a la sociedad en general”* (Mayor, 1995:235). Dado que esta fase supone el final de la intervención con el usuario y la reinserción del mismo en los diferentes contextos, es muy importante la readaptación del sujeto en su entorno, del cual estuvo “alejado” durante todo el periodo de drogodependencia.

Para llevar a cabo todo este proceso de reinserción comentado anteriormente, desde el Trabajo Social se llevan a cabo dos tipos de técnicas orientadas al cambio en la interacción entre el sujeto y el contexto social, las técnicas psicosociales y las técnicas sociales (Mayor, 1995).

Las técnicas psicosociales son aquellas cuya utilización *“está dirigida a evitar problemas en el ámbito psicosocial y a desarrollar habilidades para mejorar las relaciones del drogodependiente con los demás”* (Mayor, 1995:235). El uso de estas técnicas por parte del trabajador social es muy importante porque pueden abarcar tres niveles principales del drogodependiente, como son las relaciones interpersonales, las relaciones familiares y las relaciones grupales, que generalmente constituyen el contexto principal del usuario.

Las técnicas más comúnmente usadas para desarrollar las habilidades del drogodependiente en relación a su contexto más cercano son las orientadas a mejorar la comunicación, las de persuasión y de cambio de actitudes y para mejorar el clima emocional y las relaciones afectivas (Mayor, 1995), todas ellas relacionadas con los principales niveles comentados anteriormente (Por ejemplo: Terapia de pareja, terapia familiar y terapia de grupo).

Las técnicas sociales en cambio, *“constituyen procedimientos que contribuyen a la intervención en el sentido más amplio”* (Mayor, 1995: 236), es decir, abarcan un nivel macrosocial centrado en actuaciones generales en la sociedad y no se centran tan directamente en el sujeto y su contexto en cuestión. Los más importantes son los métodos y técnicas legislativas, administrativas y policiales de control de la oferta, los programas de prevención orientados a cambiar actitudes, creencias y valores en la sociedad y los programas específicos de reinserción familiar y laboral y de readaptación social (Mayor, 1995).

Como ya se ha comentado anteriormente la intervención con personas drogodependientes debe realizarse tanto desde el nivel microsocal como macrosocial, entendido este último como el contexto o entorno más cercano al adicto. En este sentido, la familia juega un papel fundamental en el proceso de intervención para promover la reinserción social del mismo, por este motivo es importante realizar un proyecto enfocado a fomentar una red de apoyo familiar y social.

## **5. Diseño del proyecto de intervención**

### **5.1 Título**

Intervención socio-familiar para la reinserción social de hombres cuyo consumo principal es la cocaína.

### **5.2 Descripción y justificación**

El proyecto de intervención que se presenta a continuación surge del interés suscitado durante las prácticas en UASA la progresiva pérdida de vínculos sociales y familiares que se produce en los consumidores. Por ello, se ha decidido enfocar el proyecto al colectivo de hombres cuyo principal consumo es la cocaína con una edad comprendida entre 30 y 50 años, ya que dos componentes del grupo durante sus prácticas de intervención en adicciones observaron que se producía una progresiva pérdida de vínculos sociales entre la familia nuclear y/o de origen debido a dicho consumo en este rango de edad.

Otro de los aspectos por los que se decidió esta condición de edad fue la falta de contenido teórico adquirido en la Universidad<sup>2</sup> sobre el consumo de cocaína en personas adultas, ya que las referencias se centran en población más joven que no tienen cargas familiares.

Para el desarrollo de este proyecto se decidió realizar un diseño de intervención familiar que se centrara tanto en la familia de origen como en la nuclear porque desde la UASA se realiza una intervención directa con los adictos. Cuando se interviene con personas drogodependientes es frecuente que el núcleo de la familia sea lo primero que éstos quieran excluir del proceso de tratamiento.

El consumo de cocaína conlleva ciertos aspectos y riesgos que repercuten en diferentes aspectos de la vida y del entorno personal, como son el ámbito económico, social, familiar, sanitario y laboral. El individuo se encuentra en una situación multiproblemática, por lo que es esencial que mantenga y mejore sus relaciones familiares y sociales, obteniendo de estas el apoyo necesario para lograr salir de la situación en la que se encuentra.

---

<sup>2</sup> El enfoque que se realiza desde la Universidad en el abordaje del consumo de drogas, se centra en población adolescente y joven.

## **5.3 Núcleo de intervención**

### **5.3.1 Objeto de intervención**

Familia nuclear (parejas) y de origen (padres y hermanos) de hombres de 30 a 50 años cuyo consumo principal es la cocaína que acuden a realizar tratamiento individual en la UASA de Cruz Roja Zaragoza. La muestra está compuesta por 20 expedientes de los cuales se ha tenido en cuenta la edad, los hijos, la pareja, si contaban con apoyo social/familiar, el tiempo de consumo y si el tratamiento ha sido iniciado por el mismo o por derivación de otro recurso.<sup>3</sup> A partir de esta muestra se han seleccionado 35 familiares para realizar la intervención del proyecto.

Además, la muestra seleccionada ha consumido cocaína una media de 15 años, siendo un dato relevante para la elaboración del proyecto teniendo en cuenta el reducido número de expedientes con el que se cuenta.

### **5.3.2 Contextualización**

El proyecto está diseñado para llevarlo a cabo en la provincia de Zaragoza y más concretamente en UASA, por carecer de programas específicos de intervención familiar, ya que solo realiza este tipo de actuación cuando el usuario lo solicita y se crea conveniente efectuarla.

## **5.4 Objetivos**

### **5.4.1 Objetivo General**

A. Fomentar una red de apoyo familiar y social estable en las personas consumidoras de cocaína orientada a una óptima reinserción social.

### **5.4.2 Objetivos Específicos**

A.1 Conocer las necesidades del grupo y enfocar las actividades para el cumplimiento de las mismas.

A.2 Dotar de conocimientos básicos a los familiares de los usuarios que les permita identificar los riesgos, los efectos y consecuencias del consumo de cocaína.

A.3 Ofrecer un conjunto de habilidades sociales con las cuales puedan desarrollar confianza mutua, autoestima y cooperación con la población diana.

A.4 Reestructurar las relaciones familiares dañadas por la evolución de la adicción.

---

<sup>3</sup> Véase Anexo 4. Tabla Muestra UASA

A.5 Proporcionar una serie de pautas para la gestión de conflictos socio-familiares.

A.6 Lograr que la familia se convierta en el apoyo fundamental durante la rehabilitación del adicto.

## **5.5 Metodología**

La realización de este proyecto se centra en aquellos hombres consumidores de cocaína que acuden al centro UASA Cruz Roja Zaragoza de forma ambulatoria. Los tratamientos que se realizan en el mismo son de forma individualizada y la intervención son actividades grupales con la familia.

La intervención grupal familiar será llevada a cabo por un equipo multidisciplinar que cuente con una trabajadora social, una psicóloga y un médico, con un conjunto de conocimientos especializados en el ámbito de drogodependencias.

La estructura de las actividades varía según cada sesión, de tal forma que las iniciales se basaran en temas más teóricos abordando cuestiones sobre la cocaína y las emociones que provoca en los usuarios que las consumen y como gestionarlas, y las siguientes sesiones serán más prácticas y participativas y se contará con el apoyo de los familiares que acuden a las mismas.

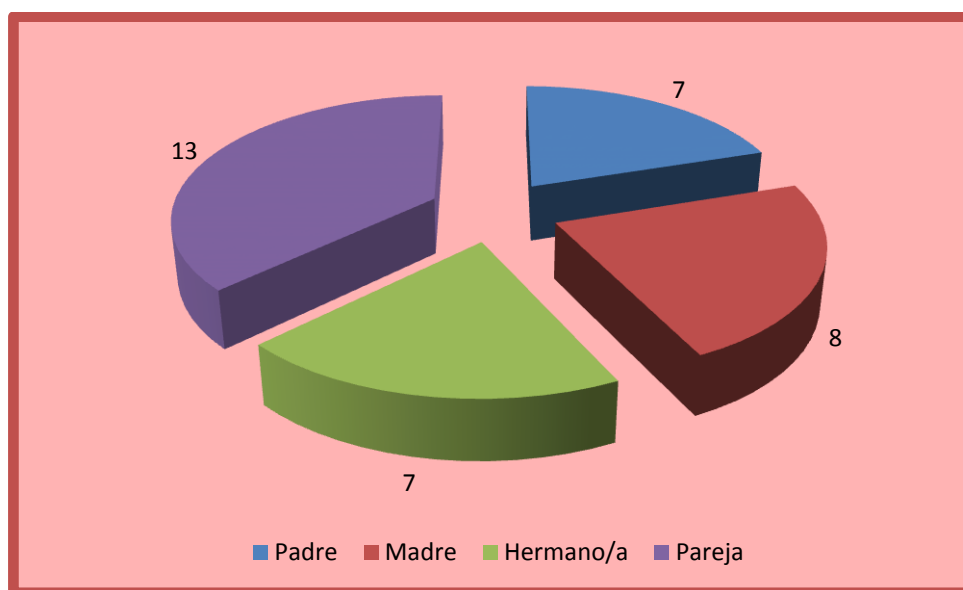
## **5.6 Actividades y tareas**

En este apartado se van a describir las actividades que se van a llevar a cabo en este proyecto de intervención. En cada actividad se explicará en que consiste la misma y las sesiones en las que se impartirá, el objetivo a conseguir y por último, los profesionales que la van a llevar a cabo.

La población diana con la que se va a trabajar en este proyecto son los familiares, o bien de la familia nuclear (pareja) o de la familia de origen (padres y hermanos), lo cual dependerá de la situación personal del drogodependiente. El total de personas involucradas en la realización de las actividades del proyecto son 35, de las cuales 8 son madres, 7 son padres, 7 son hermanos y 13 son pareja.



**Ilustración 2. Familiares que intervienen en el proyecto**



**Fuente: Elaboración propia**

El número total de actividades que se van a llevar a cabo son 7, estructuradas según el área temática concreta a trabajar. La idea principal es, por un lado llevar a cabo un número concreto de actividades únicamente con los familiares y por otro lado, incluir a las personas drogodependientes en la actividad 6 donde se trabajarán los roles. Parece más apropiada esta forma de intervención dado que desde la UASA de Cruz Roja Zaragoza ya se está llevando a cabo una intervención con ellos de forma individual. Además, a las sesiones acudirán los familiares más cercanos al drogodependiente y que estén inmersos en un conflicto con este para poder afianzar y mejorar este vínculo familiar.

La duración de cada sesión será de 2 horas, estableciendo un descanso de diez minutos cuando los profesionales que impartan las sesiones lo consideren oportuno y se llevarán a cabo semanalmente. Tras finalizar cada sesión se proporcionará a cada familiar un cuestionario evaluativo<sup>4</sup> para valorar el grado de satisfacción de la actividad.

A continuación se muestra una tabla resumen sobre las actividades que se explicarán de forma más detallada posteriormente.

<sup>4</sup> Véase Anexo 2.1 Cuestionario de valoración de la sesión

**Tabla 1. Actividades del proyecto**

	Título	Profesional que lo imparte	Fecha	Duración	Destinatarios	Descripción	Objetivos
<b>Actividad 1</b>	Presentación del proyecto	Trabajadora social, psicóloga y médico	1 de Septiembre de 2016	2 horas	35 familiares de los usuarios	Se realiza la primera toma de contacto entre los grupos formados previamente y se dividirá en dos partes.	Conocer a los integrantes de los grupos, crear un clima de confianza entre ellos y los profesionales, así como conocer los aspectos que se van a trabajar a lo largo de las posteriores semanas.
<b>Actividad 2</b>	Riesgos, efectos y consecuencias del consumo de cocaína	Médico	8 de Septiembre de 2016	2 horas	35 familiares de los usuarios	Se realiza una explicación teórica abordando diferentes aspectos acerca del riesgo, los efectos y consecuencias del consumo de cocaína.	Dotar de los conocimientos necesarios sobre la cocaína a los familiares de los consumidores, para hacerles conscientes de lo que supone generar una adicción ligada al consumo de la misma.
<b>Actividad 3</b>	Taller de autoestima y proyección social	Psicóloga	15 y 22 de Septiembre de 2016	2 horas	35 familiares de los usuarios	En la primera sesión de esta actividad, se tratarán aspectos negativos sobre la autoestima y en la segunda sesión se reforzará la autoestima positiva de los participantes, tratando al mismo tiempo el tema de la culpa.	Adquirir habilidades básicas para desarrollar la mutua confianza, la autoestima, las habilidades sociales y la cooperación.

	Título	Profesional que lo imparte	Fecha	Duración	Destinatarios	Descripción	Objetivos
<b>Actividad 4</b>	Manejo de las situaciones y experiencias personales	Trabajadora social	29 de Septiembre de 2016	2 horas	35 familiares de los usuarios	Se van a explicar pautas sobre cómo afrontar diversas situaciones y se contará con los familiares de dos personas ex cocainómanas que contarán su experiencia sobre las situaciones vividas y experimentadas con la persona drogadicta.	Adquirir referencias para el manejo de situaciones con su hijo/marido respectivamente.
<b>Actividad 5</b>	Autorrealización y proyecto vital	Trabajadora social	6 de Octubre de 2016	2 horas	35 familiares de los usuarios	Esta actividad se va a centrar en que los participantes de la misma desarrollen su proyecto vital y no solo se centren en las adicciones de su hijo o pareja.	Identificar los recursos para poder desarrollar el proyecto vital
<b>Actividad 6</b>	Roles	Trabajadora social	13 de Octubre de 2016	2 horas	35 familiares de los usuarios	Se definirán los límites dentro de la unidad familiar, la cohesión familiar y los cambios en las funciones familiares	Trabajar los roles, tanto en las familias de origen como en las familias nucleares
<b>Actividad 7</b>	Cierre y despedida	Trabajadora social	20 de Octubre de 2016	2 horas	35 familiares de los usuarios	Esta actividad supone el final del proyecto de intervención familiar.	Poner fin al proyecto de intervención

Fuente: Elaboración propia

### **Actividad 1 – Presentación del proyecto**

**Destinatarios:** 35 familiares de los usuarios de la UASA Cruz Roja Zaragoza.

**Calendario:** 1 de Septiembre de 2016

**Duración:** 2 horas

**Localización:** Cruz Roja Zaragoza (C/ Miguel Allué Salvador, 8, 50001)

**Descripción:** Esta actividad supone la primera toma de contacto entre los grupos formados previamente para llevar a cabo el proyecto de intervención y se dividirá en dos partes. El objetivo principal de esta primera actividad es conocer a los integrantes de los grupos, crear un clima de confianza entre ellos y los profesionales, así como conocer los aspectos que se van a trabajar a lo largo de las posteriores semanas.

En la primera parte de la sesión, en ambos grupos, se realizará la presentación de los profesionales que impartirán las sesiones y de los componentes del grupo, así como el temario del programa, la duración de las mismas y la programación establecida en la que se celebrarán las sesiones.

En la segunda parte, se realizará una actividad dinámica que consistirá en la entrega de un cuestionario <sup>5</sup> a cada uno de los familiares que permita saber los conocimientos iniciales que tienen sobre el consumo de drogas, en particular la cocaína y las expectativas actuales de estos en relación al proyecto. A partir de esto, se podrá realizar una valoración inicial del grupo.

Una vez realizada esta encuesta, se dejará unos minutos para que los familiares puedan expresar dudas que les hayan surgido a lo largo de la sesión que les surja a priori y se les planteará la posibilidad de realizar sugerencias al respecto.

### **Actividad 2 – Riesgos, efectos y consecuencias del consumo de cocaína**

**Destinatarios:** 35 familiares de los usuarios de la UASA Cruz Roja Zaragoza.

**Calendario:** 8 de Septiembre de 2016

**Profesional que la imparte:** Médico de la UASA Cruz roja Zaragoza.

**Duración:** 2 horas.

**Localización:** Cruz Roja Zaragoza (C/ Miguel Allué Salvador, 8, 50001)

---

<sup>5</sup> Véase Anexo 1. Cuestionario actividad inicial

**Descripción:** Esta actividad va a consistir en una explicación teórica abordando diferentes aspectos acerca del riesgo, los efectos y consecuencias del consumo de cocaína. Para llevarla a cabo se repartirá a cada uno de los miembros de los respectivos grupos una guía elaborada a partir del Plan Nacional de Drogas, donde se expliquen cuestiones generales sobre el consumo de cocaína.

El objetivo principal es dotar de los conocimientos necesarios sobre la cocaína a los familiares de los consumidores, para hacerles conscientes de lo que supone generar una adicción ligada al consumo de la misma.

En la primera parte de la sesión, en ambos grupos se realizará una presentación teórica a través de un power point y el visionado de diversos vídeos (<https://www.youtube.com/watch?v=dghizAZcx3Q>) sobre los aspectos comentados anteriormente. Por ello, tanto en la presentación como en la guía se abordaran los siguientes puntos:

- ¿Qué es la cocaína? Orígenes
- Modos de administración
- Efectos psicológicos y fisiológicos derivados del consumo a largo plazo
- Riesgos en el plano psicológico/emocional y en el plano orgánico
- Tipología y perfil sociodemográfico de los consumidores
- Evolución del consumo

En la segunda parte, se realizará una actividad más dinámica en la que el médico preguntará a las familias acerca de las experiencias vividas en relación a los efectos de la cocaína para que cada familiar pueda expresar las situaciones y los miedos derivados de las mismas.

### **Actividad 3 – Taller de autoestima y proyección social**

Esta actividad se va a dividir en dos sesiones.

#### **PRIMERA SESIÓN**

**Destinatarios:** 35 familiares de los usuarios de la UASA Cruz Roja Zaragoza.

**Calendario:** 15 de Septiembre de 2016

**Profesional que la imparte:** Psicóloga de la UASA Cruz Roja Zaragoza.

**Duración:** 2 horas.

**Localización:** Cruz Roja Zaragoza (C/ Miguel Allué Salvador, 8, 50001)

**Descripción:** El principal objetivo de esta actividad sería que los integrantes del grupo adquieran habilidades básicas para desarrollar la mutua confianza, la autoestima, las habilidades sociales y la cooperación.

Para llevar a cabo lo comentado anteriormente, en la primera hora del taller se tratarán temas de un interés social más general y en la segunda, temas de índole particular. En ambas sesiones el protagonismo se centrará en cada uno de los familiares, aunque se hable de aspectos que aún no se hayan tratado en profundidad y por ello se tenga un mayor desconocimiento de los mismos, llevándolos a su propio terreno, de tal forma que lo que se trabaje pueda aplicarse a su experiencia personal.

Una vez introducido el tema a tratar, que en este caso sería el momento en el que los familiares se enteraron del consumo, tanto los padres, hermanos y parejas de los usuarios expondrían sus experiencias personales, y de esta forma la psicóloga podrá analizar el discurso de los mismos. Esto permitirá que la profesional trabaje el estado anímico de los participantes.

Con esto se pretende que sus ideas evolucionen, adquiriendo una nueva perspectiva y forma de ver las cosas, al mismo tiempo que se conciencian de sus propios actos y comparándolos con los de los demás.

Para finalizar esta parte de la actividad, se establecen una serie de objetivos a alcanzar, así como aumentar la autoestima de los familiares, aceptar la propia historia, rechazar la autoinculpación, buscar la autorealización y mejorar las relaciones familiares.

Se debe destacar que esta actividad tendrá un marco tolerante y flexible teniendo en cuenta las necesidades que puedan tener o les puedan surgir a los familiares. (Pulido y Aranda, 1997)

## **SEGUNDA SESIÓN**

**Destinatarios:** 35 familiares de los usuarios de la UASA Cruz Roja Zaragoza.

**Calendario:** 22 de Septiembre de 2016

**Profesional que la imparte:** Psicóloga de la UASA Cruz roja Zaragoza.

**Duración:** 2 horas.

**Localización:** Cruz Roja Zaragoza (C/ Miguel Allué Salvador, 8, 50001)

**Descripción:** Después de haberse tratado aspectos y experiencias más negativas en la primera sesión de esta actividad, lo que se pretende ahora es reforzar la autoestima positiva de los participantes, tratando al mismo tiempo el tema de la culpa, ya que a lo largo de las prácticas se ha podido observar que muchos de los familiares que acudían acompañando a los usuarios tenían este sentimiento, en mayor o menor medida.

Por este motivo, lo principal en este caso es que estas personas no se sientan culpables a través de aprender a juzgarse a sí mismos en función de lo que hacen y de lo que piensan, dejando a un lado los actos y la opinión de las demás personas.

Y para que esto se lleve a cabo, se trabajaran aspectos tales como:

- La racionalidad: con el fin de que los familiares de forma individual actúen de activamente para comprender su entorno, ya que la base fundamental de la autoestima positiva parte de la toma de conciencia. De esta forma, los participantes de la sesión podrán hacer frente a las dificultades que les vayan surgiendo a lo largo de su vida (Pulido y Aranda, 1997).
- La honestidad: en el sentido de que las personas se comporten de forma honrada, ya que al igual que es necesario buscar la verdad a nuestro alrededor y comprenderla, es también muy necesario actuar bajo una conciencia y unas normas. Si se actúa de forma impulsiva o a través del miedo, lo único que va a provocar es empeorar la autoestima (Pulido y Aranda, 1997).
- La integridad: se busca la integración de comportamientos, normas, creencias y convicciones, ya que cuando se actúa mediante las normas en las que se cree, las personas actúan de forma íntegra. De esta manera los familiares podrán aumentar su autoestima al mismo tiempo que encuentran paz consigo mismos (Pulido y Aranda, 1997).

#### **Actividad 4 – Manejo de las situaciones y experiencias personales (contadas por dos voluntarios)**

**Destinatarios:** 35 familiares de los usuarios de la UASA Cruz Roja Zaragoza.

**Calendario:** 29 de Septiembre de 2016

**Profesional que la imparte:** Trabajadora Social de la UASA Cruz roja Zaragoza.

**Duración:** 2 horas.

**Localización:** Cruz Roja Zaragoza (C/ Miguel Allué Salvador, 8, 50001)

**Descripción:** Esta actividad es una de las más relevantes del proyecto. Para el desarrollo de la misma se van a explicar pautas sobre cómo afrontar diversas situaciones y se contará con la participación de los familiares de dos personas ex cocainómanas que contarán su experiencia sobre las situaciones vividas y experimentadas con la persona drogadicta. El objetivo de esta sesión es que los familiares adquieran referencias para el manejo de situaciones con su hijo/marido respectivamente.

En la primera parte de ambas sesiones, se hará una explicación teórico – práctica para abordar el manejo de situaciones difíciles a través de pautas que se reflejan a continuación, partiendo de una situación hipotética previa que les permita ponerse en contexto. La situación supuesto en la que se va a trabajar tiene que ver con el momento en que surge un conflicto tras el consumo de cocaína.

Los aspectos que se van a tratar a lo largo de esta sesión van a ser:

- Expresar las emociones: tristeza, enfado, frustración, decepción.
- No permitir que la situación modifique a la persona, a no ser que sea un cambio positivo.
- Promover una red de apoyo familiar sólida y estable
- Escuchar a los demás
- Mantener la calma ante una situación concreta

Tras la representación práctica de las pautas comentadas, se preguntará a los miembros de los grupos los sentimientos que les hayan surgido y se hará un debate común sobre propuestas de mejora o nuevas pautas a seguir.

En la segunda parte de la sesión, en el grupo formado por la familia de origen, realizará su intervención el padre de un ex cocainómano, para que pueda contar el caso concreto con su hijo y hable de las diferentes situaciones que se generaron durante todo el proceso antes, durante y después de la intervención. Tras finalizar su intervención se procederá a una ronda de preguntas por parte de los familiares sobre las dudas que les hayan podido surgir.



En el grupo de la familia nuclear (parejas de los drogodependientes), realizará su intervención la mujer de un ex cocainómano que hablará de las situaciones que tuvieron lugar durante el proceso de antes, durante y después de la intervención con su marido. Tras finalizar su intervención tendrá lugar una ronda de preguntas por parte de las parejas sobre las dudas que les hayan surgido a lo largo de la intervención.

### **Actividad 5 – Autorrealización y proyecto vital**

**Destinatarios:** 35 familiares de los usuarios de la UASA Cruz Roja Zaragoza.

**Calendario:** 6 de Octubre de 2016

**Profesional que la imparte:** Trabajadora Social de la UASA Cruz roja Zaragoza.

**Duración:** 2 horas.

**Localización:** Cruz Roja Zaragoza (C/ Miguel Allué Salvador, 8, 50001)

**Descripción:** Esta actividad se va a centrar en que los participantes de la misma desarrollen su proyecto vital y no solo se centren en las adicciones de su hijo o pareja. El objetivo de esta actividad sería que ellos reflexionen que es lo que realmente quieren conseguir a lo largo de su vida (metas) y hacia dónde dirigirse teniendo en cuenta los diversos ámbitos de desarrollo social y personal, tales como la familia, el trabajo, el desarrollo personal, las amistades, los bienes propios, etc.

Para que los familiares identifiquen los recursos de los disponen para poder lograr dichas metas, el profesional deberá guiarse por<sup>6</sup>:

- Identificar lo que para cada persona es realmente importante.
- Sugerir cambios para mejorar: sus hábitos, modo de vida, las rutinas que dan seguridad.
- Escuchar los intereses de las personas.
- Destacar los logros positivos conseguidos en la vida.
- Apoyar y sugerir metas de vida realistas

La dinámica de la actividad va a consistir en una visualización y reflexión de los familiares acerca de su vida actual, con el fin de que éstos desarrollen y concreten las posibles alternativas de transformación respecto a su ciclo vital.

---

<sup>6</sup> Martínez, T. (s.f). *El proyecto vital*. Recuperado de:  
<http://www.acpgerontologia.com/acp/decalogodocs/elproyectovital.htm>

Se propondrán diversos aspectos que les permitan reflexionar sobre sus aspiraciones y ambiciones y si en este momento están realizando actuaciones que permitan la consecución de las mismas.

Esta dinámica es relevante porque la mayoría de los familiares que asisten a la misma centran su vida en las adicciones de sus hijos o parejas, provocando que en el momento en el que la persona adicta supera sus adicciones, el rol de control que adquiere la familia desde el momento que la persona comienza a consumir desaparece y la relación se desestabiliza por el hecho de no saber cómo comportarse sin esa carga y preocupación constante. Esto supone un grave problema, tanto para sus relaciones personales como para ellos mismos, por lo que es necesario que todas las personas tengan unos objetivos en su vida independiente del entorno que le rodea.

### **Actividad 6 – Roles**

**Destinatarios:** 35 familiares y 20 usuarios de la UASA Cruz Roja Zaragoza.

**Calendario:** 13 de Octubre de 2016

**Profesional que la imparte:** Trabajadora Social de la UASA Cruz roja Zaragoza.

**Duración:** 2 horas.

**Localización:** Cruz Roja Zaragoza (C/ Miguel Allué Salvador, 8, 50001)

**Descripción:** En esta actividad lo principal va a ser trabajar los roles, tanto en las familias de origen como en las familias nucleares. Cuando uno de los miembros familiares sufre una adicción, tratándose en este caso de un hijo, un padre o la pareja de otra persona, se tienen que afrontar cambios en la estructura familiar<sup>7</sup>.

Para realizarla, se van a trabajar diversas pautas que se consideran relevantes para que la funcionalidad de la familia mejore y para que los roles de los miembros de la misma se concreten, abordando al mismo tiempo las necesidades que éstos presentan.

---

<sup>7</sup> Entendiendo como “estructura” el conjunto de códigos que regulan la relación entre los componentes de la familia (Ríos, Espina y Baratas, 1997).

En primer lugar, se hablaría de redefinir los límites dentro de la unidad familiar, siendo ésta una de las características más básicas y fundamentales de la familia saludable y funcional. Esto *“implica una clara delimitación de las fronteras en que ha de moverse cada miembro de la familia y cada subsistema (parental, filiar, etc.) para contribuir a una doble finalidad: la maduración de los sujetos y la operatividad de cada subsistema dentro el sistema familiar global”* (Ríos, Espina y Baratas, 1997:36).

En segundo lugar, se trataría la revisión de reglas. Es muy necesario volver a plantearlas con el objetivo de que se produzca la constante evolución de sus miembros, tanto de los adultos como de los niños (en el caso de que los haya). El realizar la revisión será de gran ayuda para poder alcanzar acuerdos innovadores respecto al funcionamiento de la unidad familiar que en la actualidad, no son satisfactorios para las partes y tampoco es conveniente para su entorno social. Lo ideal es que toda la familia colabore para elaborar sus nuevas formas de funcionar y elimine todo lo que la paralice o bloquee mediante la incorporación de nuevas pautas y elementos creativos en los que los miembros se vean comprometidos e integrados.

En tercer lugar, se trabajaría la cohesión familiar, la cual se debe desarrollar y fortalecer a través de que todos pongan de su parte, con voluntad de apoyar, colaborar, respaldar, compromiso, etc. Se deberá tener cuidado, ya que *“la cohesión que anule a las personalidades es nociva y destructiva”* (Ríos, Espina y Baratas, 1997:37).

En cuarto lugar, se abordarían los cambios en las funciones familiares, donde se tendrá que reflexionar acerca de las posibilidades realistas de cambio *“mediante un tipo de comunicación eficaz y profunda que permita que cada cual encuentre en el contexto familiar un terreno en el que poder construir las respuestas más eficaces ante las necesidades que vaya experimentando”* (Ríos, Espina y Baratas, 1997:38).

### **Actividad 7 – Cierre y despedida**

**Destinatarios:** 35 familiares de los usuarios de la UASA Cruz Roja Zaragoza.

**Calendario:** 20 de Octubre

**Profesional que la imparte:** Trabajadora Social de la UASA Cruz roja Zaragoza.

**Duración:** 2 horas.

**Localización:** Cruz Roja Zaragoza (C/ Miguel Allué Salvador, 8, 50001)

**Descripción:** Esta actividad supone el final del proyecto de intervención familiar, por lo que se va a realizar una sesión de cierre en ambos grupos y se llevará a cabo un debate moderado por los profesionales donde los participantes puedan preguntarles todas las dudas que tengan acerca de los temas que se han ido tratando en las diversas actividades. Además, para finalizar la actividad, se entregará un cuestionario final a los participantes que recoja la valoración general de estos.<sup>8</sup>

Una vez cumplimentado el cuestionario de evaluación se procederá al cierre del grupo, recordando a los familiares que en todo momento pueden entrar en contacto con los profesionales si tienen alguna duda a nivel particular o para realizar cualquier tipo de consultas en lo que a su familiar concierne.

---

<sup>8</sup> Véase Anexo 2.2 Cuestionario de evaluación global del proyecto

### 5.7 Cronograma

Actividades	Sesiones	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6	Semana 7	Semana 8	Semana 9
<b>Actividad 1: Presentación del proyecto</b>	Sesión 1 Sesión 2									
<b>Actividad 2: Riesgos, efectos y consecuencias del consumo de cocaína</b>	Sesión 1 Sesión 2									
<b>Actividad 3: Taller de autoestima y proyección social</b>	Sesión 1 Sesión 2									
	Sesión 3 Sesión 4									
<b>Actividad 4: Manejo de las situaciones</b>	Sesión 1 Sesión 2									
<b>Actividad 5: Autorrealización y proyecto vital</b>	Sesión 1 Sesión 2									
<b>Actividad 6: Roles</b>	Sesión 1 Sesión 2									
<b>Actividad 7: Cierre y despedida</b>	Sesión 1 Sesión 2									
<b>Evaluación final del proyecto</b>										

## **5.8 Recursos**

### **5.8.1 Humanos**

- 1 Trabajadora Social
- 1 Psicóloga
- 1 Médico
- 2 familiares voluntarios (Para la actividad 4)
- Familiares de los usuarios
- Usuarios de UASA Cruz Roja Zaragoza

### **5.8.2 Materiales e infraestructuras**

- Aula 1 de Cruz Roja
- 1 Mesa
- 40 Sillas
- 1 Ordenador
- 1 Proyector
- Altavoces
- Material de oficina (Folios, bolígrafos, lápices)
- 1 Pizarra
- Material para las sesiones (Guía de cocaína y encuestas)
- Otros recursos: conexión a Internet

## 5.9 Financiación

La financiación del proyecto se lleva a cabo a través de fondos de Cruz Roja, que cuentan tanto con subvenciones públicas como con fondos privados provenientes de donaciones y cuotas de socios. Los presupuestos que se elaboran para la intervención son temporales y el trabajo atemporal, ya que no se determina un momento concreto para realizarlo y hay variación de precios en el mercado.

Los gastos de la intervención quedan recogidos en la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**, donde queda reflejado que toda la financiación del mismo queda cubierta por la entidad Cruz Roja Zaragoza.

**Tabla 2. Financiación del proyecto**

Recursos materiales fungibles	Cubierto por Cruz Roja
Recursos materiales no fungibles	Cubierto por Cruz Roja
Recursos humanos ( Trabajadora social, psicóloga, médico y 2 voluntarios)	Cubierto por Cruz Roja
Imprevistos de la actividad	Cubiertos por Cruz Roja
<b>TOTAL</b>	<b>- €</b>

**Fuente: Elaboración propia**

## 5.10 Evaluación

La evaluación es la parte final del proyecto a través de la cual se va a poder obtener información que refleje la efectividad del mismo. Esta se define como *“un proceso integral de observación, medida, análisis e interpretación, encaminado al conocimiento de una intervención —norma, programa, plan o política— que permita alcanzar un juicio valorativo y basado en evidencias respecto a su diseño, puesta en práctica, resultados e impactos”* (AEVAL, 2010:13).

Existen muchos tipos de evaluación, pero para el desarrollo de dicho proyecto se ha elegido la clasificación que ofrece Rocío Fernández – Ballesteros (2001):

- Evaluación formativa vs evaluación sumativa: La evaluación formativa (de seguimiento o proceso) es la que se realiza durante la realización del proyecto y su objetivo es perfeccionarlo y mejorarlo. La evaluación sumativa (evaluación de impacto o de resultados) es la que se realiza al finalizar el proyecto y sus objetivos se pueden dirigir tanto a la justificación del mismo como a su mejora.
- Evaluación proactiva vs evaluación retroactiva: La evaluación proactiva está orientada a la toma de decisiones y la evaluación retroactiva va a medir si se han alcanzado los objetivos establecidos en el proyecto.
- Evaluación desde dentro vs evaluación desde fuera: La evaluación desde dentro es realizada por la institución que propone y ejecuta el proyecto. La evaluación desde fuera la realizan agencias o instituciones externas al proyecto.

La evaluación de dicho proyecto se va a basar en el grado de satisfacción de los familiares que han participado a lo largo de todo el proyecto, llevándose a cabo de forma continua tras la finalización de cada sesión (evaluación formativa). Se realizará a través de una breve evaluación cualitativa<sup>9</sup> mediante un cuestionario individual y anónimo. También se plantea desarrollar un cuestionario para conocer el impacto del proyecto (evaluación sumativa) en los diversos núcleos familiares y valorar la red de apoyo existente entre el usuario y la familia. Se realizará dos meses después pero sin evaluar los resultados de forma global dado la variabilidad del perfil de los individuos para comprobar *“si se han producido efectos, resultados, o en otros términos, si el programa ha tenido algún impacto”* (Fernández-Ballesteros, 1996:22).

---

<sup>9</sup> A través del análisis de características o cualidades que no pueden ser medidas por números (AEVAL, 2010)



Para valorar el grado de satisfacción se elaborarán dos tipos de cuestionarios<sup>10</sup> que tendrán un carácter cualitativo. El primer cuestionario valorará aspectos relacionados con la información proporcionada por los distintos profesionales, los materiales didácticos y la dinámica usada para el desarrollo de la sesión. El segundo cuestionario tendrá un carácter más global y evaluará la organización del proyecto, elecciones de los temas a tratar, la utilidad y duración de cada sesión, la aplicabilidad de las mismas, propuestas de mejora y la opinión personal general del proyecto.

---

<sup>10</sup> Véase Anexos 2.1, 2.2 y 2.3

## **6. Conclusiones**

En la actualidad, las drogodependencias engloban toda una serie de problemas que tienen consecuencias en el ámbito personal, social, sanitario, familiar, laboral y económico del individuo. Esto se debe, entre otras cosas, al aumento del consumo de drogas que se produce en diferentes contextos que van más allá del uso recreativo.

En este contexto, la familia juega un papel fundamental, al ser el principal agente del proceso de socialización. Por ello cuando en un entorno familiar uno de sus miembros tiene una adicción, se generan repercusiones a nivel físico y psicológico que afectan al correcto funcionamiento del mismo. Como consecuencia se produce la pérdida progresiva del apoyo familiar y social del individuo.

En relación a esto, se puede decir que es relevante realizar una intervención con el drogodependiente al mismo tiempo que se atiende y se interviene con su sistema familiar, el cual se ha ido desgastando como consecuencia de la adicción. Este deterioro y sus secuelas son uno de los principales motivos que han llevado a la realización del proyecto de intervención en relación a esta problemática.

La realización del prácticum de intervención ha reflejado un contexto familiar como el que se ha comentado anteriormente, que ha permitido enfocar el proyecto a un colectivo concreto cuyo principal consumo es la cocaína, con una edad comprendida entre 30 y 50 años, donde se observa una pérdida de vínculos sociales entre la familia nuclear y/o de origen.

Para llevar a cabo esta intervención, las actividades plateadas en el proyecto se centran en explicar los riesgos, efectos y consecuencias del consumo de cocaína, fomentar la autoestima, aprender a manejar las situaciones, las experiencias personales y clarificar los roles y las responsabilidades. Con estas actividades se pretende lograr una red de apoyo familiar y social estable en las personas consumidoras de cocaína orientada a una óptima reinserción social.

Dada la complejidad que supone abordar esta problemática, la actuación debe llevarse a cabo a través de un equipo multidisciplinar que cuente con la figura del trabajador social. Éste desempeña un papel fundamental a la hora de valorar las necesidades existentes del entorno familiar y adecuar la intervención aplicando las técnicas y los

Intervención socio - familiar para la posterior reinserción social de hombres cuyo consumo principal es la cocaína

conocimientos necesarios para el abordaje y superación de la situación, además de proporcionar los recursos necesarios.

Como conclusión final, decir que este Trabajo de Fin de Grado nos ha permitido asentar una serie de nuevos conocimientos adquiridos durante las prácticas, pero que hemos podido ampliar a través de su elaboración. Además, tal y como hemos comentado anteriormente el auge de la drogodependencia está cada vez más presente en la actualidad, por ello esperamos que este proyecto pueda ser implantado en las futuras intervenciones con las familias de estas personas con el fin de poder evitar la progresiva pérdida de vínculos sociales y familiares.

## 7. Bibliografía

- Agencia de Evaluación y Calidad (2010). *Fundamentos de evaluación de políticas públicas*. Madrid: Ministerio de Política Territorial y Administración Pública. Recuperado de:  
[http://www.aeval.es/comun/pdf/evaluaciones/Fundamentos\\_de\\_evaluacion.pdf](http://www.aeval.es/comun/pdf/evaluaciones/Fundamentos_de_evaluacion.pdf)
- Centros de Integración Juvenil (2007). *Violencia familiar y adicciones*. México: CIJ-Dirección General de Operación y Patronatos. Recuperado de:  
<http://www.manantiales.org/pdf/Querer-curarse-no-depende-del-adicto-sino-de-que-aprendas-a-ayudarlo.pdf>
- Fernández-Ballesteros, R. (2001). Cuestiones conceptuales básicas en evaluación de programas. En R. Fernández-Ballesteros. (coord.). *Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Madrid: Editorial Síntesis, S.A.
- Guisa Cruz, V.M. (2008). *Padres adictos y su repercusión en los hijos*. México: Centros de Intervención juvenil, A.C. Recuperado de:  
<http://www.pediatria.gob.mx/cainm/padres1.pdf>
- Lila, M.S. y Marchetti, B. (1995). *Socialización familiar. Valores y autoconcepto*. Valencia: Informació Psicològica. Recuperado de:  
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/1195998.pdf>
- Martín Solbes, V. M. (2009). *Las drogas entre nosotros: una mirada desde la educación social*. Málaga: Aljibe.
- Martínez, T. (s.f). *El proyecto vital*. Recuperado de:  
<http://www.acpgerontologia.com/acp/decalogodocs/elproyectovital.htm>
- Mayor, J. (1995). Las drogodependencias como objeto del Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 8, 213-239.
- Mowbray Ruiz, R. y Pulido Izquierdo, R. (1994). *Manual práctico para familiares de Drogodependientes*. Madrid: Fundación Crefat.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2015). *Informe Europeo sobre Drogas*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. Recuperado de:  
[http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_239505\\_ES\\_TDAT15001E\\_SN.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_239505_ES_TDAT15001E_SN.pdf)

- Pascual Pastor, F. (2001). Aproximación histórica a la cocaína. De la coca a la cocaína. En F. Pascual, M. Torres y A. Calafat (Editores). *Monografía Cocaína*. Adicciones Vol.13, suplemento 2, 7-22.
- Pérez de Ayala, E. (2004). *Trabajando con familias: Teoría y práctica*. Consejo General Diplomados en Trabajo Social. Zaragoza: Libros Certeza.
- Pons Díez, X. (2006). *Materiales para la intervención social y educativa ante el consumo de drogas*. Alicante: Editorial Club Universitario. Recuperado de: <http://www.editorial-club-universitario.es/pdf/2276.pdf>
- Pulido, M. y Aranda, M. (1997). *Grupos de autoapoyo con proyección social para familias de drogodependientes*. Madrid: Fundación Crefat. Recuperado de: [http://www.cruzroja.es/crefat/documentos\\_crefat/Tomo2.pdf](http://www.cruzroja.es/crefat/documentos_crefat/Tomo2.pdf)
- Ríos, J.A., Espina, A. y Baratas, M.D (1997). *Actuar es Posible. La prevención de las drogodependencias en la familia*. Madrid: Delegación del gobierno para el Plan de Nacional sobre Drogas. Recuperado de: <http://www.cedro.sld.cu/bibli/ap/ap3.pdf>
- Rossi, P. (2004). *Guía para padres: Todo lo que usted debe saber sobre las adicciones*. Buenos Aires: El Escriba. Recuperado de: <http://www.manantiales.org/pdf/prevencion/Guia%20Para%20Padres.pdf>
- Sánchez, L. (2012). Género y drogas. Guía informativa. Alicante: Diputación de Alicante: Área de Igualdad y Juventud. Recuperado de: [http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/GuiaGenero\\_Drogas.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/GuiaGenero_Drogas.pdf)
- Sánchez, L. (2003). *La protección social de los menores hijos de drogodependientes*. Madrid: Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.
- Sánchez, L. (2004). *Los jóvenes y la cocaína. Guía para no terminar rayados*. Madrid: Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. Recuperado de: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadervalue1=filename%3D%2821%29+LOS+JOVENES+Y+LA+COCAINA.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1155602376712&ssbinary=true>

## Índice de Ilustraciones

Ilustración 1. Perfil del consumo de cocaína .....	13
Ilustración 2. Familiares que intervienen en el proyecto .....	25

## Índice de Tablas

Tabla 1. Actividades del proyecto .....	26
Tabla 2. Financiación del proyecto.....	39

## **Anexo 1. Cuestionario actividad inicial**

NOMBRE Y APELLIDOS:

1. ¿Qué relación de parentesco tiene con el usuario que acude a la UASA Cruz Roja Zaragoza?
2. ¿Cuál cree que es el motivo más común que lleva a una persona a consumir droga?
  - Curiosidad
  - Problemas
  - Entorno social
  - Depresión
  - Otros.....
3. ¿Sabe que es la cocaína y cuáles son sus efectos?
4. ¿Le consta que algún otro familiar consuma cocaína?
5. ¿Cómo definiría la relación actual con el usuario que acude a la UASA Cruz Roja Zaragoza?
6. ¿Qué espera de estas sesiones?

**GRACIAS POR SU ASITENCIA Y COLABORACIÓN**

## **Anexo 2. Instrumentos para la evaluación**

### **Anexo 2.1 Cuestionario de valoración de la sesión**

¿Cree que la información proporcionada por los profesionales en esta sesión ha sido adecuada?

¿Cree que los materiales didácticos utilizados para la realización de esta sesión han facilitado su comprensión?

¿Mejoraría algún aspecto del desarrollo de la sesión?

¿Considera que el profesional ha dado la importancia necesaria a los temas tratados en la misma?

**GRACIAS POR SU ASISTENCIA Y COLABORACIÓN**



## Anexo 2.2 Cuestionario de evaluación global del proyecto

Por favor, señale con una X su opinión respecto a los siguientes aspectos del programa:

	MALA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
<b>Organización del proyecto</b>				
<b>Elección de temas de las actividades</b>				
<b>Utilidad y aplicabilidad beneficio de las sesiones</b>				
<b>Duración de las sesiones</b>				
<b>Actitud de los profesionales que intervienen</b>				
<b>Satisfacción global con el proyecto</b>				

¿Recomendaría la asistencia al programa a otras personas? Si la respuesta es NO,  
¿Por qué?

Sugerencias y comentarios para el proyecto de intervención:

**GRACIAS POR SU ASITENCIA Y COLABORACIÓN**

### **Anexo 2.3 Encuesta para la valoración del impacto del proyecto**

1. ¿Cómo definiría la relación actual con el familiar con el que se ha intervenido desde la Unidad de Atención y Seguimiento de Adicciones?
  
2. En el caso en el que se haya producido algún conflicto familiar, ¿Ha sabido controlar la situación y resolverlo a través de las habilidades adquiridas durante el desarrollo del proyecto?
  
3. ¿Cree que se ha mejorado la red de apoyo de la que disponía el familiar drogodependiente antes de que se iniciara el proyecto?
  
4. En relación a su proyecto vital, ¿ha comenzado a desarrollar alguna acción para llevarlo a cabo?
  
5. Respecto a las funciones y roles del sistema familiar, ¿considera que ahora son equilibradas?
  
6. En términos generales, ¿está satisfecho con la participación en este proyecto?

**GRACIAS POR SU ASITENCIA Y COLABORACIÓN**

### **Anexo 3. Entrevista a la Psicóloga de la UASA (Zaragoza)**

**1. ¿Cuánto tiempo llevas trabajando como psicóloga de un centro de adicciones?**

Estuve trabajando durante 6 meses en la Unidad de Atención y Seguimiento de Adicciones (UASA) de la Cruz Roja y anteriormente, durante la residencia de Psicología Clínica, roté 4 meses en la UASA de Sanidad.

**2. ¿Qué patrón de consumo es el más habitual entre hombres de 30 a 50 años?**

Me parece que el patrón de consumo más habitual es el que se produce en el contexto de relaciones sociales y que si la adicción se va agravando el consumo se va generalizando a otras situaciones. Esto podría estar señalando una dificultad o la presencia de ansiedad a la hora de estar con los otros, aunque estos contextos puedan ser lúdicos.

**3. ¿Cómo es la relación del usuario consumidor de cocaína con su entorno (hijos, pareja, padres, amigos...)?**

No podría describir un patrón generalizado si no que más bien señalaría la idiosincrasia de cada caso. La teoría nos orienta a explorar una posible dificultad en el proceso de individuación en relación a la familia de origen, o que el proceso de autonomía sea solo aparente pero no emocional. Esto tendrá repercusiones en la constitución de la familia nuclear, en la cual uno pueda vivir con ambivalencias la implicación en las responsabilidades cotidianas. Las relaciones de amistad se pueden vivir como apoyo o como vías de escape para desconectar de las preocupaciones, en cuyo caso también podrían estar mediatizadas por los consumos.

**4. ¿Consideras importante el apoyo familiar/social para la intervención con los mismos?**

En primer lugar priorizaría el criterio del paciente que acude a consulta, como un modo de favorecer su autonomía y su proceso de independencia (en una persona considerada a priori dependiente). Lo que sí me parece importante es ofrecerle la posibilidad de que acuda con la familia para hacer un abordaje sistémico. También en las sesiones individuales se abordan las relaciones familiares.

La familia puede ser un gran apoyo o un freno en el proceso de recuperación, esto va a depender de cada caso concreto, pero hay que tener en cuenta que la

familia es un sistema que tiende a la homeostasis, por lo que los cambios se hacen complicados. Esto quiere decir que a veces, los progresos realizados por el paciente se ven frenados por sutiles conductas de sus familiares por un miedo al cambio. Por ejemplo, si el chico ya no consume igual se va de casa y la pareja de padres se queda sola después de muchos años, con miedos de cómo puede ser ese reencuentro como pareja.

**5. ¿La intervención con la familia siempre es posible?**

No siempre es posible trabajar directamente con la familia, y a veces no estaría ni indicado. Lo que en general sí me parece imprescindible es su abordaje, ya sea directo o en la vivencia del paciente con su familia.

**6. ¿Es posible la reinserción completa de una persona consumidora de cocaína?**

Por supuesto. De hecho hay gente que está insertada y lleva una vida bastante funcional a pesar de los consumos. Las personas más deterioradas en su funcionamiento cotidiano requerirán un mayor despliegue de recursos, ya sea en número o intensidad de la atención, pero sí pienso firmemente que la recuperación es posible, aunque el momento puede ser muy distinto entre unos y otros.

#### Anexo 4. Tabla Muestra UASA

A continuación, se presenta la información obtenida en las historias sociales elegidas para la muestra de nuestro trabajo. Destacar el hecho de que todos los usuarios son hombres, su edad está comprendida entre 30 y 50 años y la sustancia principal de consumo es la cocaína:

Nº de historia social	Edad	Hijos	Nº de hijos	Pareja	Apoyo social/familiar	Tiempo de consumo	Procedencia	Descripción del caso
1	30	No	0	No	Su madre es la que se encarga de él	Lleva 10 años	Del Centro de Inserción Social Las Trece Rosas (CIS)	Vive con su madre y tiene una orden de alejamiento contra su expareja. La intervención se lleva a cabo con su madre, ya que ella no puede continuar viviendo con él, como consecuencia de su agresividad. Está desempleado.
2	48	Sí	1	Sí	Compañeros de trabajo y pareja	Lleva 13 años	Centro de Salud Torraramona	Se interviene con la pareja, ya que es conocedora de su consumo a partir de un ingreso hospitalario. Es una relación de pareja conflictiva, fuertes discusiones, relación inestable debido a los consumos. Cada consumo provoca una nueva discusión.

Nº de historia social	Edad	Hijos	Nº de hijos	Pareja	Apoyo social/familiar	Tiempo de consumo	Procedencia	Descripción del caso
3	37	No	0	Sí	Padres, pareja y las amistades que ha tenido siempre	Lleva 6 años consumiendo.	De iniciativa propia	Los padres están involucrados en el tratamiento del hijo, solicitan apoyo en cuanto a pautas y se interesan por saber la mejoría del mismo. Constantemente busca su propia identidad y baja autoestima y estado de ánimo. Trabaja de cajero.
4	44	Sí	1	Sí	Pareja y hermanos	28 años.	Derivado por el Centro de Atención Primaria San Miguel,	Acude a la UASA por su adicción y para que se le ayude a controlar y resolver los problemas que tiene con sus hermanos, ya que deja de lado la relación con su pareja y su hija por este motivo. Él es cocinero y trabaja con sus hermanos, entorno que genera los conflictos que tienen entre ellos.
5	32	Sí	1	Sí	Pareja	Lleva 15 años.	Iniciativa propia	Se interviene con su pareja, ya que el usuario pierde el control a causa de los consumos. Su empleo es constructor.

Nº de historia social	Edad	Hijos	Nº de hijos	Pareja	Apoyo social/familiar	Tiempo de consumo	Procedencia	Descripción del caso
6	35	Sí	1	Sí	Pareja	Lleva 17 años.	Psicólogo de Adeslas	Se realiza una intervención con su pareja. Ellos acaban de tener un hijo y ella está preocupada ya que además del consumo de drogas, padece bigorexia. Su empleo es soldado.
7	44	Sí	1	Sí	Pareja y padres	Lleva 14 años	Iniciativa propia	La intervención se realiza para mejorar las relaciones con su pareja y sus padres, y aprender a gestionar sus emociones, se trabaja junto a su pareja. Trabaja de cajero en un supermercado.
8	50	Sí	3	Sí	Mujer, padres y compañeros de trabajo	Lleva 33 años	CIS	Él sigue consumiendo (mucho menos) y uno de sus hijos también es consumidor, y tiene dudas sobre el mantenimiento de la familia. Hecha a su hijo de casa por sus consumos, y finalmente consigue que su hijo acuda a la UASA a realizar un tratamiento. Su empleo es de comercial.

Nº de historia social	Edad	Hijos	Nº de hijos	Pareja	Apoyo social/familiar	Tiempo de consumo	Procedencia	Descripción del caso
9	38	Sí	1	Divorciado	Madre	Lleva 21 años	CIS	Apoyo por parte de su madre, y carece de apoyo de su expareja y su hija. Fallecimiento del padre por abuso de alcohol. Siempre ha trabajado de fontanero, aunque en la actualidad está desempleado.
10	42	Sí	2	Sí	Mujer	Lleva 19 años	Centro de salud Casa Blanca	Trabaja como peluquero y es autónomo. Se interviene principalmente con su mujer, por el tema de la pareja (confianza) y se intuyen infidelidades. Ella quiere recuperar la relación con él.
11	36	No	0	Sí	Pareja y hermano	14 años	Centro de Salud	Vive con su pareja. La madre vive sola y los hermanos son consumidores todos. Es conductor de camión. Acude con su novia al centro, aunque demasiado control por parte su parte. También le acompaña su hermano en alguna ocasión. Carece de relación con el resto de la familia.



Nº de historia social	Edad	Hijos	Nº de hijos	Pareja	Apoyo social/familiar	Tiempo de consumo	Procedencia	Descripción del caso
12	48	Sí	1	Divorciado	Madre y hermana	7 años	Iniciativa propia	Vive con su madre. Su empleo es repartidor como autónomo. La intervención se realiza con su hermana.
13	49	Sí	1	Sí	Familia en general, amistades, mujer actual y exmujer(en alguna ocasión)	Lleva 17 años	CIS	La familia es el principal apoyo y ellos son los que se han preocupado en localizar centros especializados en los cuales ha ingresado. Siempre ha trabajado como gerente. Actualmente está en paro. Tiene apoyo de amistades, aunque prefiere contar principalmente con la familia. La intervención se realiza de forma indirecta con la mujer. Con su hijo no tiene ningún tipo de relación, y su ex mujer en la última recaída le apoyo.
14	40	No	0	Sí	Padre y pareja	Lleva 9 años.	Iniciativa propia	La intervención se lleva a cabo con su padre, ya que refiere que quiere ayudar a su hijo y solicita consejo sobre diferentes formas de actuar en determinadas ocasiones, sobre todo en relación al control/confianza que deben tener. Trabaja como electricista.

Nº de historia social	Edad	Hijos	Nº de hijos	Pareja	Apoyo social/familiar	Tiempo de consumo	Procedencia	Descripción del caso
15	45	Sí	1	Sí	Mujer y hermano	Lleva 23 años	Centro salud la jota	Acudió a la UASA motivado por su mujer y por su hermano, quienes participaron a lo largo del proceso. Trabaja en la hostelería.
16	37	Sí	1	Divorciado	Su familia	Lleva 14 años	CIS	Vive con sus padres. Ha estado en prisión durante dos años. No tiene red de apoyo social ni ningún tipo de aficiones. Tiene apoyo familiar, pero no quiere involucrarlos en la intervención, aunque se le aconseja que sí. Más tarde, acude con su madre, la cual está rehabilitada de la ludopatía. Actualmente trabaja como repartidor.
17	39	Sí	3	Sí	Familiar, pareja y amiga	Lleva 10 años	CIS	Inicia el proceso a partir de una ruptura sentimental. Apoyo familiar y sobretodo de la pareja. Trabaja de camarero y en su ámbito laboral el consumo de cocaína es algo habitual. La intervención se realizó en un principio con su mujer, y más tarde con una amiga.

Nº de historia social	Edad	Hijos	Nº de hijos	Pareja	Apoyo social/familiar	Tiempo de consumo	Procedencia	Descripción del caso
18	36	No	0	No	Padres	Lleva 18 años	Iniciativa propia	Vive con sus padres. Trabaja en el Corte Inglés. La intervención se lleva a cabo con los padres, ya que no saben cómo actuar ni cómo ayudarle.
19	32	No	0	No	Dos de sus cuatro hermanos	Lleva 7 años	Centro de Salud de Zuera	Vive con sus padres. Poco tiempo después de empezar el tratamiento rompe con su pareja. El apoyo lo recibe de dos hermanos, con los que acude simultáneamente a la intervención. Conflicto con los padres. Todas sus relaciones sociales son consumidoras. Trabaja como albañil.
20	37	No	0	No	Padres y hermanos	Lleva 10 años	Centro de Salud las Fuentes Norte	Vive solo. A parte de la adicción a la cocaína también tiene ludopatía. Acude al tratamiento con sus padres. En el proceso, también intervienen sus dos hermanos. Toda la familia tiene gran preocupación por su situación y participan indirectamente todos.

