

SOCIOSANITARIO

Josune ARANGUREN LLANOS

ESTUDIO DE CASO DE UN
USUARIO DE LA COMUNIDAD
TERAPÉUTICA LARRAINGOA

TFG/*GBL* 2014



Facultad de Ciencias Humanas y Sociales
Giza eta Gizarte Zientzien Fakultatea

Grado en Trabajo Social

Grado en Trabajo Social

Trabajo Fin de Grado
Gradu Bukaerako Lana

***ESTUDIO DE CASO DE UN USUARIO DE LA
COMUNIDAD TERAPÉUTICA LARRAINGOA***

Josune ARANGUREN LLANOS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
GIZA ETA GIZARTE ZIENTZIEN FAKULTATEA

**UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA
NAFARROAKO UNIBERTSITATE PUBLIKOA**

Estudiante / Ikaslea

Josune ARANGUREN LLANOS

Título / Izenburua

Estudio de caso de un usuario de la Comunidad Terapéutica
Larraingoa

Grado / Gradu

Grado en Trabajo Social

Centro / Ikastegia

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales / Giza eta Gizarte Zientzien
Fakultatea
Universidad Pública de Navarra / Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Director-a / Zuzendaria

Rubén LASHERAS RUIZ

Departamento / Saila

Departamento de Trabajo Social

Curso académico / Ikasturte akademikoa

2013/2014

Semestre / Seihilekoa

Primavera / Udaberrik

Resumen.

El objetivo del presente trabajo es analizar el proceso de integración de un usuario a través de un estudio de caso de la Comunidad Terapéutica Larraingoa. Para la consecución de dicho objetivo se ha utilizado la técnica de la entrevista con el fin de conocer la experiencia de esta persona a lo largo de su trayectoria vital así como de las expectativas que tiene respecto a su futuro y así poder realizar un análisis más profundo de la información recopilada. La finalidad última de este estudio es comprobar cuál es la forma de trabajar de las Comunidades Terapéuticas y profundizar en la utilidad de las mismas.

Palabras clave: Drogodependencia. Exclusión Social. Comunidad Terapéutica. ANTOX. Integración Social.

Summary:

The objective of this study is to analyze the integration process of a user through a case study from the Larraingoa Therapeutic Community. To achieve this goal, an interview was conducted in order to understand this person`s experience throughout their personal development and, as such, achieve a more complete analysis of the information compiled regarding their future expectations. The final purpose of this study is to verify how Therapeutic Communities work and examine their utility in depth.

Key words: Drug addiction. Social exclusion. Therapeutic Community. ANTOX. Social Integration.

Índice.

INTRODUCCIÓN.	1
1. ANTECEDENTES.....	4
2. OBJETIVOS.	9
3. MARCO TEÓRICO: FUNDAMENTACIÓN E IMPLICACIONES.	10
3.1. Aproximación a los elementos conceptuales centrales.	10
3.2. Drogodependencia.....	11
3.3. Comunidades Terapéuticas.	15
3.4. Exclusión y procesos de integración.....	16
3.5. Actividad de ANTOX y perfil de las personas usuarias.....	22
3.6. Intervención desarrollada por ANTOX.....	29
3.6.1 <i>Objetivos de ANTOX.</i>	30
3.6.2 <i>Descripción de los servicios que ofrece ANTOX.</i>	31
4. MATERIAL Y MÉTODOS.	36
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.	38
5.1. Motivos de ingreso en la Comunidad Terapéutica.....	39
5.2. Relaciones entre el usuario y sus familiares.	40
5.3. Cambios identificados.	43
5.4. Transformaciones en el área laboral, educativa, familiar, económica y sanitaria.....	46
5.5. Expectativas de futuro.	51
CONCLUSIONES.	53
REFERENCIAS.	57
ANEXOS.	58
Anexo I.	58
Anexo II.	60

INTRODUCCIÓN.

Considero importante hacer una breve introducción explicando la finalidad del presente trabajo, el por qué he elegido hacerlo sobre drogodependencia y exclusión social, así como las partes con las que dicho trabajo va a contar.

En relación a la finalidad de este estudio, puedo decir que como más adelante veremos (en el apartado específico de objetivos), inicialmente me planteé el analizar el proceso de integración de un usuario a través de un estudio de caso de la Comunidad Terapéutica Larraingoa, ya que considero que las Comunidades Terapéuticas desempeñan una labor muy importante para con los usuarios y las usuarias que acuden a las mismas, para la deshabituación del consumo de drogas. Este deseo de profundizar en la drogadicción y la exclusión social nace fundamentalmente de mi experiencia en el octavo semestre del Grado de Trabajo Social al realizar mis prácticas formativas en la Asociación ANTOX. En un principio el colectivo drogodependiente era desconocido para mi puesto que a lo largo del plan de mi formación fue en señaladas ocasiones cuándo abordamos el tema de la drogadicción. Con esto me planté comprobar cuál era el grado en que una Comunidad Terapéutica ayuda a las personas que acuden a ANTOX y a Larraingoa en los procesos de integración tras el periodo de rehabilitación. Con esto pretendo a lo largo del desarrollo del trabajo abordar esta cuestión y finalmente responderla.

A continuación se detallará la estructura que se seguirá en el presente documento. En primer lugar, en el apartado dedicado a los antecedentes, pretendo realizar un recorrido por una serie de textos en los que la realidad de la drogodependencia es protagonista. Haré referencia a una serie de textos entre los que encontramos: la

monografía *"Personas con trastornos mentales graves, drogodependencia, discapacidades y exclusión social"* que fue realizada para la construcción del II Plan de Lucha contra la Exclusión Social en Navarra, elaborada por Javier Arza perteneciente al grupo de investigación ALTER, de la Universidad Pública de Navarra. Seguidamente haré referencia a otro documento "El lugar de las drogas en la exclusión e inclusión..." elaborado por Juan Martín Pérez García. Concluiré este apartado con otro texto: "Proceso de la construcción de un enigma: la exclusión social del drogodependiente", de Francisco Javier Rubio Arribas.

El segundo apartado contará con los objetivos que me planteo con este trabajo. Concretamente habrá un objetivo general desglosándose en cinco más específicos, necesarios para medir diversas áreas afectadas tras el consumo de drogas y la posterior deshabituación.

El tercer apartado será el "marco teórico", sección de gran importancia ya que abarcará los elementos conceptuales centrales de este trabajo. Completaré esta sección haciendo una aproximación a lo que es la drogodependencia, haciendo referencia a parte de los textos anteriormente mencionados, ya que poseen información relevante para el marco teórico. También hablaré de las Comunidades Terapéuticas (C. T.) y del perfil de las personas usuarias de la Comunidad Terapéutica Larraingoa. Por último plasmaré la forma de intervención que se lleva a cabo desde la Asociación ANTOX y con ello desde la misma Comunidad, es decir las actividades que se desarrollan en cada servicio tanto por parte del equipo profesional como por parte de las personas usuarias.

En el cuarto apartado hablaré del material y los métodos utilizados para la elaboración del trabajo, justificando él porque he elegido la entrevista y no otro tipo de material.

El punto cinco, el que he denominado "resultados", será el análisis de la entrevista realizada junto con su discusión en relación con los conceptos y apartados abordados a lo largo del trabajo.

Finalmente, acabaré con las conclusiones del trabajo en general, mi percepción personal de lo que ha supuesto la elaboración así como una breve evaluación de los resultados obtenidos.

1. ANTECEDENTES

Para empezar a elaborar este trabajo me parece de vital importancia ponernos en situación de cómo está la investigación o la elaboración de materiales y de proyectos en lo que al consumo de drogas y la exclusión social se refiere.

Son tres las obras principales que han servido como base para la elaboración de este trabajo y que protagonizan este inicial apartado de antecedentes relevantes. En primer lugar haré referencia a la monografía *"Personas con trastornos mentales graves, drogodependencia, discapacidades y exclusión social"* que fue realizada para la construcción del II Plan de Lucha contra la Exclusión Social en Navarra, elaborada por Javier Arza, perteneciente a ALTER, un grupo de investigación de la Universidad Pública de Navarra. De este texto rescataré información relevante para este apartado como es, la relación entre la población drogodependiente y la exclusión social.

Por otro lado haré referencia a otro documento "El lugar de las drogas en la exclusión... e inclusión" elaborado por Juan Martín Pérez García, extrayendo los elementos más importantes. Entre ellos encontramos: los elementos para problematizar el fenómeno del consumo, los requisitos para ser excluido y, por último, el proceso para cambiar la práctica. Para terminar este apartado de antecedentes me referiré a otro texto "Proceso de la construcción de un enigma: la exclusión social del drogodependiente", de Francisco Javier Rubio Arribas en el que habla del estigma de la exclusión social de la drogadicción; de la deshabituación del consumo de drogas y la reinserción social y por último de la inclusión en el mundo laboral y el contexto para el

Estudio de caso de un usuario de la Comunidad Terapéutica Larraingoa

cambio.

En relación al documento realizado por la Universidad Pública de Navarra "Personas con trastornos mentales graves, drogodependencia, discapacidades y exclusión social" (Arza, 2008), podemos señalar que como el mismo texto expresa, en la década de los 80 y los 90, identificaban la droga con la heroína y la heroína con delincuencia. En los últimos años esta percepción ha ido variando, es decir, esta idea anterior se ha ido "normalizando". Buena parte de la sociedad asocia el consumo de drogas como un producto para la diversión y la sociabilidad y no tanto como un consumo relacionado con una enfermedad y frustración. Como resultado, cabe destacar que el consumo de drogas ya no se asocia de manera directa con la exclusión social y ha pasado a verse como una forma de integración social. Como el texto expresa, hay varios colectivos que hoy en día siguen estando muy estereotipados como son: la población politoxicómana adicta a la heroína; la población con diagnóstico dual, esto es, drogodependencia y enfermedad mental; la población drogodependiente vinculada al "*sinhogarismo*" y la población drogodependiente ingresada en centros penitenciarios. Se hace relación a estos cuatro colectivos puesto que además de estar afectados por la exclusión social lo están por la estigmatización social y por el resto de factores como son la vivienda, el empleo, la formación, etc, que hacen que sean personas aún más excluidas.

En cuanto al documento "El lugar de las drogas en la exclusión... e inclusión" (Martín Pérez, 2006) puedo decir que los elementos para problematizar el fenómeno del consumo que el autor distingue en el texto son: el crecimiento de las ganancias económicas como resultado de la industrialización de las sustancias; la consolidación de un modelo empresarial basado en el delito organizado y su

incorporación gradual a las economías nacionales (El gobierno de USA por ejemplo controla el precio de la droga en su mercado a través de decomiso de cargamentos); con la globalización de los mercados se consolida el MetaEstado (Hall, Michael, 1994/5) (describe un modelo del funcionamiento humano de pensar, sentir y valorar, creer, y responder a los eventos y las experiencias que tenemos en nuestra vida cotidiana). Martín Pérez (2006) citando a otro autor, Monteverde (2002) señala que se provee una forma de pensar acerca del funcionamiento de nuestra mente-cuerpo de manera holística del Capital, debilitando los gobiernos nacionales y regionales, con esto, el 'dinero negro' se incorpora activamente como Capital. El último elemento que el autor añade en relación a la problematización del consumo de drogas es que los políticos y las políticas ven significativos los beneficios económicos que emanan de la corrupción, co-existencia y omisión frente al narcotráfico internacional.

Martín Pérez (2006) citando a un conjunto de autores (Katzman, 1997; Cussianovich, 1996; Casas, 1998; Martínez, 2002; Pérez, 2003) señala que los requisitos para ser excluido son: poco acceso a los servicios básicos como son educación y salud; escasos espacios de participación social; baja percepción del riesgo; son personas que se han visto vulneradas en el ejercicio de sus derechos como ciudadanos; son personas indefensas ante la violencia y la discriminación social; piensan que el poder del Estado es para criminalizarles; debido al estigma que se les crea que niega sus derechos como personas ciudadanas dándoles una "muerte social", y por último todo lo relacionado con el género y la edad. Cabe destacar que las causas de la exclusión son varias como por ejemplo: la desigualdad en el reparto de la riqueza, los problemas familiares y comunitarios que cada uno pueda tener; la situación político-

económica, los procesos de globalización, etc. Hay que añadir a esto que las personas que consumen sustancias desconocen sus derechos y se ven afectadas por la visión que tiene la sociedad en relación a este colectivo como "personas peligrosas". Para acabar con este texto, en relación al proceso para cambiar la práctica puedo decir que hay cuatro características destacadas: la evolución del fenómeno social del consumo de sustancias representan un desafío para los/as profesionales que intervienen con esta problemática y con este colectivo; los retos inician desde la necesidad de reconceptualizar el fenómeno, siendo éstos de construir parte del pensamiento social que hay sobre este tema y es necesario ajustes institucionales y metodológicos y al ser un fenómeno tan complejo, para tener una visión más amplia es necesario incorporar procesos participativos a la población y al personal operativo de los programas.

Para concluir con este apartado, me referiré al texto anteriormente nombrado, "Proceso de la construcción de un enigma: la exclusión social del drogodependiente" de Francisco Javier Rubio Arribas. En primer lugar en relación al estigma ligado a la drogadicción puedo decir que, como anteriormente he mencionado, se presenta como un hecho negativo que afecta claramente a su vida social. El estigma es un proceso constructivo que surge de la necesidad de criticar a aquellas personas que se desvían de lo que es aceptado socialmente (Rubio Arribas, 2001). Al igual que mencionaba en párrafos anteriores, en este texto se vuelve a hacer referencia a las personas drogodependientes como personas peligrosas ya que cuando consumen no son capaces de distinguir entre lo que se debe o no hacer. Entre las ideas manejadas por el autor que deben ser destacadas por su especial interés en nuestro propósito se encuentra que "Hacia la drogadicción existe una visión social negativa que legitima su exclusión" (Rubio Arribas, 2001). Se puede decir que la sociedad busca el mantenimiento de la exclusión social hacia ciertos

Josune Aranguren Llanos

colectivos vulnerables. Se incluyen en estos grupos las personas drogodependientes aun cuando estas personas hayan conseguido superar su problema de adicción a las drogas por lo que se quedan fuera de los patrones que la sociedad establece como "normales" para poder "pertenecer" a la misma.

Por último, de la relación existente sobre la deshabituación del consumo de drogas y la reinserción social, Rubio Arribas (2001) describe que la meta de todas las personas que han optado por la deshabituación del consumo de drogas es la reinserción social. Para dicho fin crean un nuevo estilo de vida, nuevos valores sociales para lograr una calidad de vida alejadas de los espacios de consumo, logrando aumentar su autoestima, su autocontrol y mejorando la valoración que tenían de ellos/a mismos/as. Destacar también que persiguen la integración laboral con el objetivo de ser personas independientes y autónomas y consiguiendo reconocimiento social al estar dentro de los parámetros que la sociedad establece como normales.

Los antecedentes mostrados evidencian que el espacio de la drogodependencia es complejo. El consumo de sustancias deja huella en ese colectivo, por lo que van a tener que aprender a vivir y a convivir con ello. Para ello, durante los procesos de rehabilitación reciben formación sobre cómo hacer frente ante estas situaciones.

2. OBJETIVOS.

En este apartado enumeraré los objetivos que me he propuesto para la elaboración de este estudio de caso.

Respecto al objetivo general puedo señalar que es:

- Analizar el proceso de integración de una persona drogodependiente a través de un estudio de caso de la Comunidad Terapéutica Larraingoa.

A su vez, este objetivo general se puede desglosar en varios objetivos más específicos, entre los que encontramos:

- Advertir qué es lo que impulsa a las personas con dependencia de drogas y/o alcohol al ingreso en la Comunidad Terapéutica.

- Estudiar la relación de los/as usuarios/as con sus familiares y con el entorno una vez que ingresan en la Comunidad Terapéutica.

- Identificar los cambios que se producen tras el paso por la Comunidad Terapéutica.

- Conocer la visión que tiene de su futuro tras el Alta Terapéutica.

- Descubrir qué impacto tiene el consumo en diversas áreas: laboral, educativa, familiar, económica y sanitaria.

3. MARCO TEÓRICO: FUNDAMENTACIÓN E IMPLICACIONES.

A la hora de desarrollar el marco teórico del presente trabajo me parece imprescindible hacer un breve resumen de las partes clave con las que dicho marco contará. En primer lugar, serán definidos los elementos conceptuales centrales de este proyecto como son drogodependencia, Comunidad Terapéutica y la asociación que constituye el marco contextual del trabajo, ANTOX. En segundo lugar, haré una breve aproximación a lo que es la drogodependencia, para que los resultados de este estudio dialoguen con las características de la misma. En tercer lugar, comentaré brevemente la historia de las Comunidades Terapéuticas. Seguiré el marco teórico hablando de la exclusión y los procesos de integración que se deben de llevar a cabo para paliar este fenómeno. En cuarto lugar, hablaré de la actividad que realiza ANTOX y el perfil de las personas usuarias. Para finalizar el marco teórico hablaré de la intervención llevada a cabo por la Asociación ANTOX y con ello desde la misma comunidad.

3.1. Aproximación a los elementos conceptuales centrales.

Tras esta breve introducción comenzaré a elaborar los elementos conceptuales necesarios para la comprensión global de la memoria. El orden escogido es drogodependencia, Comunidad Terapéutica y ANTOX, con el objetivo de ir de lo más general, donde se sitúa la drogodependencia y entender la necesidad de las Comunidades Terapéuticas, centrándonos por último en ANTOX.

El primer concepto de interés para este proyecto es el de *drogodependencia*. En 1964 la Organización Mundial de la Salud

definió este concepto como "estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética que se caracterizaba por: a) el deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio; b) tendencia a ir incrementando la dosis; c) dependencia física y, generalmente con síndrome de abstinencia por dejar de consumir dicha droga; y d) efectos nocivos para el individuo y para la sociedad." (OMS, 1964)

En cuanto al concepto de *Comunidad Terapéutica* la Asociación ANTOX la define como un recurso residencial cuyo tratamiento es intensivo e individual, dirigido a personas mayores de edad de ambos sexos, que tienen dependencia de alcohol y/o drogas. A pesar de ser un tratamiento individual no hay que olvidar que tienen gran peso las intervenciones grupales. La duración estimada del tratamiento en la Comunidad es de aproximadamente doce meses.

ANTOX o Asociación Navarra para la Investigación, Prevención y Rehabilitación de las Toxicomanías tiene la sede en Pamplona, concretamente en un piso en la Calle Olite 26, 2º Izquierda. El piso es conocido también con el nombre "La Casita", y la labor principal que allí se realiza es: tratamiento ambulatorio con la psicóloga; primeras entrevistas con el trabajador social y grupos de autoayuda dirigido a las familias.

3.2. Drogodependencia.

Para acercarnos más al fenómeno de la drogodependencia a continuación haré referencia a un texto de Juan Martín Pérez García,

“El lugar de las drogas en la exclusión... e inclusión” en el que expone motivos por los que el consumo de drogas deriva en la exclusión social. A su vez referirme nuevamente a la monografía nombrada en los antecedentes “Personas con trastornos mentales graves, drogodependencia, discapacidades y exclusión social” ya que en una parte del texto hace referencia a la características de la población politoxicómana adicta a la heroína. Rescatar un apartado de lo expuesto por Rubio Arribas en el que habla del rol del drogodependiente y el proceso de su exclusión. Volviendo a la monografía, hablaré de las propuestas que plantean para dar respuesta ante la necesidad del binomio drogodependencia y exclusión social. Incluiré en este apartado, una breve historia del inicio de las Comunidades Terapéuticas, así como ANTOX (ya que es el lugar en el que he llevado a cabo mi estudio de caso). Concluiré este sub-apartado haciendo una reflexión en relación a los principales factores que favorecen el equilibrio entre exclusión e integración.

Martín Pérez (2006) expone que la exclusión social tiene un largo recorrido a sus espaldas puesto que como ya es sabido hay exclusión en relación a las razas, el género, la edad,... pero desde los años 90 las personas que consumen sustancias, se han convertido en una categoría psicosocial de las más inquietantes en los últimos tiempos. En este caso, la exclusión para con este colectivo no es en absoluto por una razón económica sino que es por la percepción negativa que se tiene socialmente respecto al consumo de sustancias.

A su vez, la monografía anteriormente citada nos habla del “drogodependiente clásico”, caracterizado éste por los largos años de consumo de heroína y los numerosos tratamientos, diferenciándolo del nuevo drogodependiente, vinculado éste al consumo de sustancias estimulantes y mayor integración familiar, laboral y social

(Arza, 2008). Entre las características que tiene el "drogodependiente clásico" distinguimos las siguientes: la principal droga de consumo es la heroína; se les relaciona con largos años de consumo y muchos tratamientos previos; la media de edad del drogodependiente es más alta; hay gran porcentaje de este colectivo que están en programas en los cuáles les administran metadona; en algunos casos las personas reciben prestaciones económicas de las administraciones públicas; gran deterioro físico, en lo relacionado con enfermedades crónicas como en el aspecto externo (muchas personas también padecen enfermedades mentales); aunque en alguna ocasión hayan disfrutado del trabajo remunerado, en general cuentan con largos periodos excluidos del mercado laboral ya sea por enfermedad, por estar ingresados en prisión, por estar en tratamiento,... y su formación tanto básica como laboral es escasa pues aunque hayan tenido un oficio el abandono del mismo ha hecho que su formación se haya quedado obsoleta. Centrándonos en el caso de Navarra, destacar los siguientes datos: la población politoxicómana adicta a la heroína es atendida en los programas de mantenimiento con metadona; la media de edad año tras año sigue elevándose y la mayor parte de las personas politoxicómanas son hombres.

Por su parte, el rol del drogodependiente y su proceso de exclusión social se caracteriza por: una pérdida de la calidad de vida y de las habilidades psico-sociales por el consumo de sustancias. A su vez el consumo reiterado de sustancias propicia el deterioro de su entorno social próximo (familiares, amigos, etc.) así como del entorno laboral llegando incluso a perder el empleo, ya que llevan una vida acorde a su nueva situación y su nuevo rol, el de drogodependiente, con lo que dará lugar a su exclusión social ya sea de forma voluntaria u obligada. Situación a la que ha llegado por motivos como: autoestima baja, bajo autocontrol, carencia de pensamientos críticos en relación al consumo, y valorar y atribuir significados positivos en lo que al consumo se refiere. Por último, decir que estos motivos

anteriormente expuestos es lo que hace que el colectivo drogodependiente llegue a caer en procesos de marginalidad y delinquir como medio para poder acceder al mercado de consumo. (Rubio Arribas, 2001)

Para concluir con este apartado, hablaré de las propuestas que plantea Javier Arza para dar respuesta ante la necesidad del binomio drogodependencia y exclusión social. En primer lugar, sería necesaria la existencia de centros y programas que estén en contacto con la población, que detecten la problemática y que les motiven hacia el tratamiento; sería también necesario que existan centros que trabajen en la rehabilitación biopsicosocial de forma ambulatoria con diferencia de intensidad, así como el ingreso hospitalario para atender de forma más especializada la desintoxicación inicial; en el caso de la adicción a opiáceos es necesario la introducción de fármacos, como puede ser la metadona, para los tratamientos; algunas personas drogodependientes por la gravedad de su adicción y por otras características como son las personales o las de su entorno necesitarán el ingreso en Comunidades Terapéuticas con el objetivo de que les sean aplicados tratamientos intensivos y prolongados en el tiempo; por último para la población drogodependiente en situación de exclusión social, sin vínculos familiares y sociales, será necesario que existan centros y programas que trabajen en la incorporación social de estas personas.

Es precisamente la constatación de la necesidad de articular estas medidas lo que nos lleva al siguiente punto: las Comunidades Terapéuticas.

3.3. Comunidades Terapéuticas.

Para finalizar, haré una breve referencia a la historia de las Comunidades Terapéuticas (en adelante, C.T.). Estas nacieron tras la Segunda Guerra Mundial con el objetivo de atender a los casos de PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) de los prisioneros torturados y las personas que habían tenido tratos humillantes durante la guerra. Durante los años 50 la Comunidad Terapéutica tuvo un gran desarrollo ya que hacía de sustituto de los hospitales psiquiátricos en Inglaterra, Estados Unidos y en algunos países del norte de Europa, y la OMS expuso que era la alternativa más adecuada en relación a la crisis de los hospitales psiquiátricos. Cabe destacar que, en los años 60, cuando se empezaron a vaciar los hospitales psiquiátricos, disminuyó el crecimiento de las C. T. y a pesar de tener características diferentes de éstos eran igualmente criticados porque trabajaban con personas internas (Comas, 2010)

A lo largo de la década de los 70 y parte de los 80, la Comunidad Terapéutica se asoció al tratamiento de la heroína con presencia de grupos de autoayuda. Si bien es cierto que en esas dos décadas sobrevivieron otro tipo de C. T., muchas veces se las asociaba con un grupo de personas adictas que necesitaban de la terapia grupal. Por último en la década de los 90, tras la creciente profesionalización de las Comunidades Terapéuticas para personas adictas a las drogas ilegales se unió con el trabajo metodológico en el ámbito de salud mental.

Por su parte, la asociación ANTOX fue creada en 1981 por un grupo de familiares que tenían personas cercanas afectadas por la drogodependencia. La Comunidad Terapéutica Larraingoa se puso en marcha en 1982, y ha ido evolucionando hasta nuestros días para

adaptarse a las necesidades de las personas usuarias que acuden a la Asociación.

3.4. Exclusión y procesos de integración

En este apartado hablaré de los principales factores que favorecen el equilibrio entre exclusión e integración.

Me parece importante definir primeramente lo que es la exclusión social para que luego podamos entender los factores que favorecen la integración de las personas. La definición de exclusión social presente en el documento "Aproximación teórica de la exclusión social: complejidad e impresión del término. Consecuencias para el ámbito educativo" es la siguiente: *"proceso multidimensional, que tiende a menudo a acumular, combinar y separar, tantos a individuos como a colectivos, de una serie de derechos sociales tales como el trabajo, la educación, la salud, la cultura, la economía y la política, a los que otros colectivos sí tienen acceso y posibilidad de disfrute y que terminan por anular el concepto de ciudadanía"* (Jiménez Ramírez, 2008).

El proceso multidimensional se refiere, como su propio nombre indica, a que existen varias dimensiones de análisis e involucra diversos aspectos como pueden ser la educación, el empleo, la salud, etc. En el caso concreto que nos ocupa, el deterioro de la salud viene como consecuencia de compartir jeringas y rulos, también por el consumo continuado de estas sustancias, por ejemplo, las drogas esnifadas producen el deterioro del tabique nasal, en las drogas inyectadas el deterioro de las venas. En relación al ámbito laboral, normalmente la persona drogodependiente, dependiendo de la actividad que realice, puede ser peligrosa tanto para él como para las personas que estén realizando trabajos con él, ya que al consumir sustancias las facultades personales se ven alteradas, pudiendo llegar

a peligrar su propio bienestar físico (y de las personas que están a su alrededor) por lo que normalmente no suelen mantener su puesto de trabajo, por los riesgos que conlleva y esto crea una espiral, puesto que según está el mercado laboral se precisa de experiencia previa y valoraciones de los anteriores puestos de trabajo. Por último, en el ámbito económico, suele suceder, puesto que el consumo de estupefacientes es bastante caro y este colectivo en ocasiones suele carecer de ingresos regulares, opten por delinquir para conseguir el dinero o los medios necesarios para obtener las sustancias que precisen para su consumo.

En el siguiente cuadro (Jiménez Ramírez, 2008), se contemplan los principales factores del equilibrio entre exclusión e integración, y los diversos ámbitos necesarios para la inclusión de las personas. (Más adelante serán explicados los ámbitos más relevantes para este trabajo).

Cuadro 1.

Principales factores del equilibrio entre exclusión e integración.

Ámbitos	Factores de Exclusión	Factores de integración	Ejes de desigualdad social		
			Sexo	Edad	Etnia/ procedencia o lugar de nacimiento
Laboral	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desempleo. ▪ Subempleo. ▪ Temporalidad. ▪ Precariedad laboral. ▪ Falta de experiencia laboral. ▪ Sin cualificar. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Empleo indefinido o fijo. ▪ Estabilidad en el empleo. ▪ Experiencia laboral. ▪ Cualificación laboral. 			
Económico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ingresos insuficientes. ▪ Carencia y/o dependencia de Seguridad. ▪ Social y prestaciones sociales. ▪ Ingresos irregulares (economía sumergida). ▪ Carencia de ingresos. ▪ Endeudamiento. ▪ Consumismo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Buen nivel de ingresos. ▪ Ingresos regulares. ▪ Diversas fuentes de ingresos. ▪ Cobertura de la Seguridad Social. 			
Cultural	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pertenencia a minorías étnicas. ▪ Extranjería e inmigración. ▪ Pertenencia a grupos de "rechazo" (cultural y político). ▪ Elementos de estigma. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Integración cultural. ▪ Perfiles culturales "aceptados" e integrado. 			
Formativo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Barrera idiomática. ▪ Analfabetismo o baja instrucción. ▪ Analfabetismo tecnológico. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocimiento y dominio de lenguas extranjeras. ▪ Alto nivel de instrucción, posesión de cualificaciones 			

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sin escolarización. ▪ Fracaso escolar. ▪ Abandono del sistema educativo sin titulación básica. 	<ul style="list-style-type: none"> demandadas. ▪ Formación continua. ▪ Dominio de las Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación. 			
Socio-sanitario	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No acceso al sistema y a los recursos socio-sanitarios básicos. ▪ Adicciones y enfermedades relacionadas. ▪ Enfermedades infecciosas. ▪ Trastorno mental, discapacidades u otras enfermedades crónicas que provocan dependencia. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cobertura de servicios sanitarios. ▪ Buen estado de salud, sin enfermedades ni adicciones, ni provocación de dependencia. 			
Espacial y habitativo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Carencia de vivienda particular. ▪ Dificultad para acceder a la vivienda. ▪ Vivienda con infraestructuras deficientes. ▪ Malas condiciones de habitabilidad (hacinamiento...). ▪ Viviendas en barrios marginales y zonas urbanas y/o rurales deprimidas. ▪ Entorno residencial recaído. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vivienda propia. ▪ Vivienda con infraestructuras adecuadas. ▪ Domicilio en zonas de desarrollo cultural y social. ▪ Residencia en zonas de expansión. 			
Personal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Variables "críticas" de edad y sexo (jóvenes y mujeres). ▪ Minusvalías. ▪ Hándicaps personales. ▪ Alcoholismo, drogadicción, etc. ▪ Antecedentes penales. ▪ Enfermedades. ▪ Violencia, malos tratos, etc. ▪ Débil estructura de motivaciones y actitudes negativas. ▪ Pesimismo, fatalismo. ▪ Exilio político, refugiados. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacidad e iniciativas personales. ▪ Cualidades personales valoradas. ▪ Buena salud. ▪ Motivaciones fuertes. ▪ Optimismo, voluntad de realización. ▪ Facilidad de trato. 			
Social y relacional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Carencia y/o deterioro de vínculos familiares (conflictos o violencia intrafamiliar). ▪ Debilidad de redes familiares (familias monoparentales). ▪ Escasez, debilidad y/o carencia de redes sociales de apoyo. ▪ Aislamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apoyo familiar. ▪ Intensa red social, amistosa y de relaciones. ▪ Pertenencia a asociaciones. ▪ Integración territorial. 			
Ciudadanía y participación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No acceso a la ciudadanía. ▪ Acceso restringido a la ciudadanía. ▪ Privación de derechos por proceso penal. ▪ No participación política y social. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participación de los derechos y libertades básicas de las personas que tienen que ver con su bienestar. 			

Fuente: Adaptación y elaboración propia a partir de Tezanos (2001: 172) y Subirats y otros (2004: 22).

A partir del cuadro adjunto procederé a hablar de los factores que influyen en que una persona se encuentre en situación de exclusión social. El cuadro utilizado por Jiménez Ramírez (2008), es una adaptación a partir de Tezanos (2001: 172) y Subirats y otros (2004: 22). En él se recogen un total de nueve ámbitos que influyen en que una persona se encuentre integrada socialmente. Para el presente trabajo centraré la atención en cinco de esos ámbitos como son el laboral, el económico, el formativo, el social y relacional y el socio-sanitario puesto que entre mis objetivos está el conocer qué impacto tiene el consumo en las diversas áreas anteriormente mencionadas. Tras la lectura del cuadro extraigo la siguiente conclusión: hay una serie de ámbitos que señalan cuáles son los factores de riesgo que pueden dar lugar a la exclusión y cómo al tener esos elementos cubiertos hacen posible la integración del individuo con la participación social plena. Más adelante analizaré cada ámbito por separado fijándome en los factores exclusógenos que deben cambiar para poder gozar de lo que se denomina integración.

En relación al ámbito laboral, rescataré una frase del texto de Magdalena Jiménez Ramírez, *Aproximación teórica de la exclusión social: complejidad e impresión del término*, "el empleo constituye el principal mecanismo de integración e inserción social: el desempleo es el principal factor de exclusión" (p. 6). De aquí destacar que los factores exclusógenos relacionados con el empleo son el que una persona esté en desempleo; que tenga subempleo, es decir, que trabaje menos de las horas estimadas a la semana. También se entiende por subempleo (según la Real Academia Española) a emplear a alguien en un puesto inferior al que le correspondería de acuerdo con su capacidad. Un factor de riesgo de la exclusión laboral es la temporalidad, ya que ésta se considerada cómo el desequilibrio básico del mercado de trabajo. En los último años en el Estado español hay más trabajadores temporales que fijos, hecho que se

puede achacar a la crisis que estamos pasando. Este fenómeno hace que la inclusión sea más complicada ya que se complica la posible estabilidad laboral. Más factores de exclusión social son la precariedad laboral, falta de experiencia laboral (en muchos empleos exigen experiencia previa en el mercado laboral para poder acceder al puesto de trabajo que están ofertando) y la no cualificación laboral. Este último factor lo podríamos relacionar también con el ámbito educativo puesto que uno y otros están enlazados entre sí, pero este ámbito será analizado más adelante. Concluyendo con la esfera laboral, los factores que deberían darse para la integración de la persona son: el tener un empleo indefinido o fijo, con estabilidad laboral para ir adquiriendo experiencia y cualificación laboral.

Respecto al ámbito económico puedo decir que el mero hecho de poder ser solvente económicamente es un aspecto que hace que las personas mejoren en capacidades personales y que adquieran autonomía con el fin de no necesitar prestaciones o subsidios para poder realizar los pagos que requieran. El hecho de disponer de un empleo y con ello tener un nivel de ingresos regular tiene una doble visión. Por un lado, dispones de un empleo con contrato con lo que no se buscará la obtención de dinero por otras vías como puede ser la economía sumergida, y por otro lado, se disponen de ingresos regulares.

En relación al ámbito formativo, destacar que, como todos sabemos, la formación académica tiene un papel relevante en cuanto al futuro laboral se refiere, estando a su vez, muy unido a la integración de los individuos ya que te permite formar parte del mercado de trabajo al que todas las personas aspiran una vez que ya son adultas. Además esto facilita el desarrollo personal y la adquisición de ciertas habilidades válidas para la vida de cualquier persona. Destacar que el propio sistema formativo pone barreras a las personas que en él se

encuentran por diversos motivos: el fracaso escolar, el abandono del sistema educativo antes de la obtención del título de formación básica, en el caso de la población extranjera la barrera del idioma puede suponer un hándicap en su formación.

En cuanto al ámbito relacional analizaré los factores que pueden dar lugar a la exclusión de ciertos colectivos, como en la mayoría de los casos suelen darse con las minorías o los grupos que son invisibles para la sociedad. Entre este grupo se encuentran las personas drogodependientes. En el caso concreto de la población que nos ocupa, entre los principales factores que dan lugar a la exclusión son la carencia y el deterioro de vínculos familiares. Como sabemos, según el cuadro extraído del texto elaborado por Magdalena Ramírez (2008), el consumo de drogas deteriora mucho las relaciones familiares ya que la persona consumidora no es consciente de lo que provoca en su entorno más próximo, deteriorando los lazos familiares. Otro factor importante para que se dé la exclusión de este colectivo es que tienden al aislamiento, puesto que puede que en su entorno no sean consumidores se apartan o simplemente no quieren involucrar a familiares y amigos o amigas en ese círculo vicioso al que te lleva el consumo. Por último, en ocasiones existe escasez o debilidad de las redes sociales de apoyo por querer dejarles fuera de un ambiente que es perjudicial para ellos. En contraposición de los factores de exclusión, los de inclusión son el apoyo familiar, es decir el mantenimiento o la consecución del mismo; ampliar la red de apoyos sociales, amistades y relaciones con el fin último de que puedan apoyar a la persona que consume en sus momentos de dificultad. Por último, el pertenecer a asociaciones puede serles de ayuda ya que apoyar a otras personas ya que ellos cuentan con una experiencia de varios años (por regla general), y saben las consecuencias del consumo de estas sustancias, por lo que su

experiencia suele ser fundamental, y en estos casos es un hecho muy gratificante.

Por último en relación al ámbito socio-sanitario destacar que el consumo de drogas y/o alcohol deteriora el estado de salud de las personas, muchas veces no tienen acceso a los recursos sanitarios. En el caso de las personas usuarias de la Comunidad Terapéutica Larraingoa existen ciertos casos en los que además de tener el problema de la adicción se le añade la enfermedad mental, con todo lo que una enfermedad mental conlleva (citas con el psiquiatra en los Centros de Salud Mental, medicación,...). No hay que olvidar las enfermedades infecciosas que de una a otra persona se pueden contagiar por ejemplo con el uso de los mismos materiales para el consumo de sustancias.

3.5. Actividad de ANTOX y perfil de las personas usuarias.

En relación a este apartado empezaré señalando que ANTOX es una asociación que ofrece de tres servicios a las personas usuarias que deciden acceder a la misma. Entre estos servicios destaco: información y valoración; Comunidad Terapéutica Larraingoa e incorporación social y tratamiento ambulatorio (el perfil de las personas que acuden a este servicio es el mismo que el de las personas que han pasado por la Comunidad Terapéutica previamente, pues este servicio es la continuación en el tratamiento).

A continuación, con el objetivo de presentar el perfil de personas que hacen uso de los referidos servicios y definir el colectivo objeto de estudio, se exponen una serie de cuadros con las características de las personas que, en el 2013, acudieron al servicio de información y valoración de ANTOX. En el primer cuadro se reflejan el número de

Estudio de caso de un usuario de la Comunidad Terapéutica Larraingoa

casos de las personas atendidas en este servicio diferenciados por sexo. En el segundo la diferencia se hace por rango de edades y porcentaje. En el tercer cuadro se distingue la sustancia que motiva la demanda y el tanto por ciento de las personas que han acudido al servicio anteriormente mencionado.

Cuadro 2.

Personas atendidas por ANTOX diferenciadas por sexo.

SEXO		Nº de casos atendidos		
		Hombres	Mujeres	Total
En C/Olite		85	28	113
Prisión	Pamplona	34	2	36
	Otras provincias	5	0	5
TOTAL		124	30	154

Fuente: ANTOX, C. T. Larraingoa. Memoria 2013

De esta tabla se puede extraer una conclusión. Del total de personas atendidas en la sede de la Asociación ANTOX en el 2013 que fueron 113, un total de 85 fueron hombres a diferencia de las mujeres que fueron 28. En relación a las entrevistas que tuvo el trabajador social en la prisión de Pamplona u otras comunidades autónomas el número de hombres es considerablemente mayor, un total de 39 personas que el de las mujeres que fueron 2.

En relación al trabajo realizado en el Centro Penitenciario de Pamplona, el trabajador social acude una jornada al mes para realizar entrevistas y analizar con la persona interna, el centro al que debe acudir para recibir el tratamiento o ayuda demandada por cada persona.

Cuadro 3.

Personas atendidas por ANTOX por rangos de edad.

EDAD	Nº	%
18 - 25 años	24	15,6%
26 - 30 años	15	9,7%
31 - 35 años	30	19,5%
36 - 40 años	27	17,5%
41 - 50 años	42	27,2%
+ de 51 años	16	10,3%
La edad media es de 37,9		

Fuente: ANTOX, C. T. Larraingoa. Memoria 2013

En este cuadro se puede apreciar que los rangos de edad que más atención han precisado por la Asociación fueron los que se encuentran entre los 41 y los 50 años así como los que se encuentran entre los 31 y los 35 años. Por tanto, aunque los porcentajes se distribuyen de forma muy parecida entre los diferentes rangos de edad, el perfil de edad más frecuente es el de una persona adulta entre 41 y 50 años.

Cuadro 4.

Sustancia que motiva la demanda de atención.

DROGA QUE MOTIVA LA DEMANDA	
Heroína	5,8%
Heroína + Cocaína	13,6%
Alcohol	27,2%
Cocaína + Alcohol	11,7%
Cocaína	16,5%
Estimulantes (Anfetaminas,...)	7,8%
Politoxicomanía	7,1%
Ketamina	2,6%
Metadona	1,3%
Cannabis	6,5%

Fuente: ANTOX, C. T. Larraingoa. Memoria 2013

En relación a los datos que aparecen en el cuadro 4, es decir, la sustancia que motiva la demanda de atención, vemos que las drogas más consumidas son el alcohol con un 27,2% del total, seguido del consumo de cocaína con un total del 16,5%. Otras drogas muy consumidas también son la heroína y la cocaína sumando un total del 13,6% y por último la cocaína con el alcohol, sumando un total de 11,7%. En este sentido, tampoco hay que destacar el significativo porcentaje de personas con politoxicomanía (7,1%).

Los cuadros que reflejan los datos del 2013 en relación al uso de segundo servicio ofrecido por ANTOX, el correspondiente a la Comunidad Terapéutica Larraingoa, serán expuestos a continuación. En estos cuadros se reflejará: el número de casos y el sexo de las personas atendidas (en otro cuadro se hará la distinción por rango de edad), estado civil de las personas atendidas; el nivel de estudios; la situación laboral y, por último, la situación judicial.

Cuadro 5.

Nº de personas atendidas en la C. T. diferenciadas por sexo.

SEXO	Nº	%
Hombres	50	78,1
Mujeres	14	21,9

Fuente: ANTOX, C. T. Larraingoa. Memoria 2013

Al igual que en el cuadro 2, del total de las personas atendidas en la Comunidad Terapéutica por el consumo de sustancias la mayoría son hombres. Así en el 2013 se atendieron a 50 hombres (78,1%) a diferencia de las mujeres que fueron un total de 14, es decir, el 21,9%.

Cuadro 6.

Nº de personas atendidas en la C. T. diferenciadas por edad.

EDADES	Nº	%	
21-25	7	10,9	Mínima 21 años
26-30	6	9,4	
31-35	13	20,3	
36-40	13	20,3	
41-45	10	15,6	
46-50	15	7,8	
51-55	6	9,4	
> 56	4	5,3	Máxima 68 años
Edad media 39,1 años			

Fuente: ANTOX, C. T. Larraingoa. Memoria 2013

En el cuadro 6 se evidencia que la edad de las personas que más han precisado de ingreso en comunidad terapéutica son las comprendidas entre 31 y 35 años, 36 y 40 años y 46 y 50 años. A diferencia del cuadro 3, en el que se hablaba de las personas atendidas en la sede de ANTOX diferenciados por rangos de edad, las edades del grupo de población que más acudieron fueron los comprendidos entre los 31 y 35 años y los 41 y 45 años. Concluir que no todas las personas que acuden al servicio de Información y valoración ingresan en la C. T. ya sea porque no precisen el ingreso (pasan a tratamiento ambulatorio si se mantienen abstinentes) o porque deciden no realizar el ingreso.

Cuadro 7.

Estado civil de las personas usuarias de la C. T.

ESTADO CIVIL	Nº	%
Soltero/a	40	62,5
Casado/a o pareja de hecho	6	9,4
Divorciado/a o separado/a	18	28,1

Fuente: ANTOX, C. T. Larraingoa. Memoria 2013

Respecto al estado civil de las personas usuarias de la C. T., 40 del total de usuarios y usuarias atendidos/as están solteros/as, es decir el 62,5%. Un motivo por el que permanezcan solteros y solteras, como anteriormente he explicado con la tabla de los factores de exclusión, es porque normalmente las personas que consumen sustancias tienden a aislarse sufriendo carencias en el ámbito social y relacional con la carencia o deterioro de redes sociales de apoyo fuertes. Este argumento está estrechamente relacionado con el número de personas que están divorciadas o separadas son 18 (28,1%), ya que desde mi punto de vista les puede resultar complicado el mantener esas redes sociales y familiares de apoyo.

Cuadro 8.

Nivel de estudios de las personas usuarias de la C. T.

NIVEL DE ESTUDIOS	Nº	%
Sin completar estudios básicos	22	34,4
Básicos obligatorios	21	32,8
FP I, BUP, COU equivalentes	16	25
Superiores	4	6,3
NC	1	1,6

Fuente: ANTOX, C. T. Larraingoa. Memoria 2013

La conclusión que saco de los niveles de estudios de las personas que en el 2013 estuvieron ingresados en la C. T. es que el número de personas que no han completado sus estudios básicos y los que sí que los han completado es bastante parecido siendo estas cifras de 22 (34,4%) y 21 (32,8%) respectivamente. Subrayar a su vez que, aunque prevalece un nivel bajo de estudios (sin completar o estudios básicos) existen personas con diferentes niveles de formación adquirida. Esto evidencia que es una realidad que afecta a personas de diferente condición social. En párrafos anteriores quedaban

explicados los factores que en el ámbito educativo hacen que se llegue a la exclusión, como aparecía en el texto Magdalena Jiménez.

Cuadro 9.

Situación laboral de las personas usuarias de la C. T.

SITUACIÓN LABORAL	Nº	%
Baja laboral	10	15,6
Paro sin subsidio	27	42,2
Paro con subsidio	12	18,7
Jubilación	9	14,1
Incapacidad	5	7,8
NC	1	1,6

Fuente: ANTOX, C. T. Larraingoa. Memoria 2013

De este cuadro puedo extraerse la conclusión que el binomio con el empleo (más drogodependencia), en ocasiones puede ser complicado, pero si a esto le sumamos que actualmente la crisis está azotando a muchos empleos puede resultar más que complicado el poder tener un trabajo. Por otra parte, las ayudas económicas cada vez se ven más reducidas por el motivo de la crisis. Con esto vemos que en el 2013 fueron un total de 27 (42,2 % del total) las personas ingresadas que se encontraban en situación de paro y que además no recibían ningún tipo de ayuda. También tenían gran peso las personas que se encontraban con una baja laboral o que estaban en paro pero recibiendo subsidios. En definitiva, desde el punto de vista económico, se puede hablar de vulnerabilidad manifiesta en el terreno económico de las personas que han ingresado en la CT.

Cuadro 10.

Situación judicial de las personas usuarias de la C. T.

SITUACIÓN JUDICIAL	Nº	%
Nunca han tenido problemas	36	56,3
Sin problemas actuales pero con antecedentes	1	1,6
Causas pendientes	18	28,1
Cumplen una medida de seguridad	2	3,1
Ingresan en prisión	5	7,8
NC	2	3,1

Fuente: ANTOX, C. T. Larraingoa. Memoria 2013

Para finalizar con los análisis de las tablas decir que, no necesariamente las personas que consumen drogas y/o alcohol tienen que tener problemas judiciales. Y a los hechos me remito. Son un total de 36 (56,3%), las personas que nunca han tenido problemas judiciales y que su ingreso en la comunidad fue por la deshabituación del consumo de sustancias o alcohol. Los datos que reflejan las personas que tienen causas pendientes es de 18 (28,1 %) personas en total.

3.6. Intervención desarrollada por ANTOX.

Para concluir el marco teórico, hablaré de la Asociación ANTOX describiendo en qué consiste los objetivos y servicios que esta Asociación tiene así como las actividades que se realizan en la comunidad.

En relación a la Asociación ANTOX, ésta dirige su actuación hacia personas dependientes de drogas y/o alcohol, mayores de edad, de ambos sexos y que tienen otros problemas, asociados a la dependencia de sustancias. Cabe destacar que a diferencia de otras

comunidades terapéuticas como pueden ser Proyecto Hombre e Ibarre-Multzoa, la CT ligada a esta asociación, es decir, Larraingoa, dispone de plazas para personas que a su vez tengan trastorno mental. Al ser un servicio concertado (existencia de un convenio de colaboración con el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea), está enfocado únicamente a personas empadronadas en la Comunidad Foral de Navarra.

3.6.1 Objetivos de ANTOX.

Entre los objetivos que tiene la Asociación cabe destacar los siguientes:

1. Conseguir la Incorporación Social de las personas con un trastorno por dependencia de sustancias (alcohol u otras drogas) a través de los medios que se consideren oportunos, consiguiendo el autocontrol sobre el consumo de drogas y el máximo nivel de autonomía deseable en cada uno de los/as usuarios/as del servicio.
2. Ofrecer ayuda y apoyo a las familias afectadas, implicándolas de manera positiva en el tratamiento.
3. Despertar la conciencia pública en los aspectos social y familiar de este problema.
4. Realizar actividades encaminadas al apoyo social, jurídico, etc., de quien se halle afectado de un problema de drogodependencia.

5. Promover iniciativas, coordinar y realizar actuaciones, bien por sí misma o en colaboración con autoridades municipales, provinciales, estatales y Organismos Sanitarios Oficiales.

6. Establecer contactos con asociaciones de éste mismo carácter existentes o que puedan crearse, para la puesta en común de modelos de intervención.

7. Organizar actos, servicios y actividades tendentes a la consecución de las metas de la Asociación, de las persona usuarias y el equipo, tanto de profesionales, como del personal voluntario.

8. Promover la investigación y participar en actividades preventivas en relación con las drogodependencias.

3.6.2. Descripción de los servicios que ofrece ANTOX.

En relación a los servicios que ofrece ANTOX (que han sido, en parte, ya adelantados) a los/as usuarios/as cabe destacar tres:

1. Información y valoración.
2. Comunidad Terapéutica.
3. Incorporación social y tratamiento ambulatorio.

A continuación explicaré en qué consiste cada servicio anteriormente mencionado.

En primer lugar, en cuanto al servicio de información y valoración, cabe destacar que desarrolla su actividad en la sede de la asociación situada en la Calle Olite. También proporciona entrevistas a personas

que se encuentran en prisión y que piden tener una cita con el Trabajador Social de ANTOX. Los objetivos principales son:

Informar sobre la propia Asociación, es decir que es lo que se hace en cada uno de los servicios, así como de otros recursos disponibles; orientar para controlar el consumo de drogas; valorar y derivar a otros servicios más apropiados para su problemática concreta; y preparar para el ingreso en la Comunidad Terapéutica (sólo si la persona decide ingresar puesto que no hay que olvidar que es un recurso al que se accede de manera voluntaria). En el año 2013, han acudido al servicio de información y valoración 164 personas, de las cuales 154 eran personas diferentes. (Memoria ANTOX, 2013)

En segundo lugar, en relación a la Comunidad Terapéutica Larraingoa, éste es un recurso residencial que ofrece tratamiento de manera individual e intensivo, a personas mayores de edad y de ambos sexos y que tengan una dependencia, grave, de drogas y/o alcohol. Como anteriormente he mencionado, por el convenio que tiene establecido con el SNS, las personas pueden tener patología dual (es decir, dependencia de sustancias adictivas más trastorno mental). En el año 2013, el número de casos atendidos fue de un total de 64.

A continuación hablaré de las actividades que realiza cada usuario/a en la Comunidad Terapéutica, ya sea de manera individual como grupal. Dichas actividades las voy a diferenciar en 5 grandes grupos:

1. Médicas.
2. Psicoterapéutica.
3. Arteterapia.

Estudio de caso de un usuario de la Comunidad Terapéutica Larraingoa

4. Socioeducativas

5. Relación con su medio socio-familiar.

1. Entre las *actividades médicas* nos encontramos con las siguientes:

- Evaluación médica: se desarrolla el día de ingreso y se realiza una historia clínica explorando a la persona que ingresa.
- Tratamiento farmacológico: para el síndrome de abstinencia que aparece con la deshabitación.
- Atención primaria: análisis de orina que se realizan cuando la persona regresa de una salida de la comunidad y de forma aleatoria cada mañana en el centro.
- Taller de Educación para la Salud: realizado en sesiones grupales de manera semanal.

2. En relación a las *actividades psicoterapéuticas* distinguimos las siguientes:

- Entrevistas semanales: con el/la psicólogo/a teniendo ésta una duración media de 30 minutos.
- Grupo de autoayuda: son grupos abiertos, que tienen frecuencia semanal en los cuales las personas participan desde el ingreso en la C. T.
- Grupo de Prevención de Recaídas: son a diferencia de los grupos de autoayuda, grupos cerrados, con 10 sesiones de duración destinados a las personas que ya han alcanzado cierta estabilidad en el tratamiento.
- Grupo de control y manejo de ansiedad: son también grupos cerrados, como los anteriores y habrá un total de 10 sesiones con una frecuencia semanal.
- Grupo de "Inteligencia Emocional": estos grupos son cerrados, con frecuencia semanal, se abordan la resolución de conflictos, inteligencia emocional y la prevención del uso de la violencia en la resolución de conflictos y violencia de género.

3. Por su parte, *Arteterapia* es otro grupo cerrado que tiene frecuencia semanal y cuyo objetivo principal es expresar los sentimientos y emociones a través del arte. En este grupo se participa mientras la persona está en Larraingoa.

4. Las *actividades socioeducativas* son las más extensas. Entre ellas nos encontramos con:

- Entrevistas de tutoría: con una duración aproximada de 30 minutos por semana.
- Grupo de adaptación al Tratamiento (GAT): son grupos abiertos con una frecuencia semanal en el que se abordan las situaciones complicadas que se hayan podido dar en la Comunidad durante la semana, situaciones personales, propósitos para todas las personas allí presentes, cosas a mejorar en el funcionamiento (tanto de los usuarios como del equipo de profesionales), asambleas realizadas por alguna situación extraordinaria (grandes conflictos, Alta Terapéutica de algún/a usuario/a) en la que participan toda la comunidad.
- Actividades de autonomía en la vida cotidiana y taller ocupacional: tienen una frecuencia diaria (de 2 a 4 horas) y dependiendo de los objetivos de cada persona participaran en diferentes actividades entre las que encontramos: "Hostelería": cocina y limpieza de cocina, alacena (organización y gestión de la alacena y de las compras), limpieza de espacios personales y comunes y lavandería; y tareas de "mantenimiento" y "naturaleza": arreglos, pintura, carpintería,...dependiendo de la época del año y de las habilidades de las personas que en ese momento se encuentran en la comunidad.
- Deporte: con una frecuencia diaria, son de manera voluntaria y cabe distinguir entre ellas: frontón, monte, futbito, piscina y

paseos; formación básica de adultos, impartida en el centro, siendo obligatorio para las personas que no tienen estudios básicos y voluntaria para el resto, con una frecuencia diaria de 2 horas.

- Clases de informática: con una duración de una hora a la semana y con carácter voluntario.
- Ocio y tiempo libre: se subdivide en grupal y organizado (para los fines de semana, realizando actividades externas (exposiciones, teatro, cine,...) o actividades en el centro: campeonatos, fiestas especiales, coro,...) y no organizado de forma diaria con la posibilidad de: lectura, manualidades, audiciones musicales, TV, juegos de mesa,...

5. Para acabar el apartado de actividades, mencionar las relacionadas con el *medio socio-familiar* de las personas ingresadas en la C. T. Distinguimos las siguientes:

- Llamadas telefónicas: 2 días a la semana con una duración total de 15 minutos.
- Correo: desde el día de ingreso.
- Visitas: de la familia desde la segunda semana de ingreso en Larraingoa.
- Salidas: a partir del segundo mes salidas al domicilio cada 15 días, salidas para realizar gestiones fuera de la Comunidad Terapéutica (consultas médicas, trámites judiciales,..) según el grado de autonomía acompañados por la familia, educadores, voluntarios o solos.

Por último, el servicio de tratamiento ambulatorio, al igual que el de información y valoración se realiza en sede de la Asociación, en Pamplona en la Calle Olite. En el año 2013 fueron un total de 39

personas (aunque dos de ellas reingresaron en la Comunidad) con lo que serían 41 casos.

Las actividades que se realizan en el tratamiento ambulatorio son: entrevistas presenciales, entrevistas telefónicas, contactos con las familias, citas médicas, realización de analíticas e informes. Este servicio es llevado a cabo por la psicóloga, con un total de dos sesiones semanales (lunes y jueves) durante todo el año.

4. MATERIAL Y MÉTODOS.

Dado que el trabajo consiste en el desarrollo de un estudio empírico, concretamente un estudio de un caso, para alcanzar los objetivos y desplegar los resultados, el método utilizado ha sido el cualitativo y el material empleado para ello ha sido la entrevista. El método cualitativo se suele utilizar para generar teorías, para obtener discursos de un grupo social determinados y a partir de ahí proceder a analizarlo, examina el desarrollo natural de los acontecimientos, etc.

La entrevista la he realizado a un usuario concreto de la Comunidad Terapéutica Larraingoa por motivos de accesibilidad, ya que no todas las personas que están en la Comunidad estaban dispuestas a colaborar con el desarrollo del trabajo. La persona seleccionada fue informada detalladamente de los propósitos que me planteaba con la técnica de investigación elegida. He hecho un total de dos entrevistas, concretamente el 29 de Abril de 2014 y el 6 de Mayo de 2014, realizándolas éstas en un despacho de la Comunidad Terapéutica Larraingoa.

Estudio de caso de un usuario de la Comunidad Terapéutica Larraingoa

Elegí la entrevista porque es material más adecuado para obtener la información necesaria para alcanzar los objetivos planteados. La entrevista se realizó de manera individual (por el motivo anteriormente mencionado) y de forma semi-estructurada con el fin de poder profundizar en los temas que necesitaba conocer.

Para la realización de la entrevista me preparé inicialmente un guión con las preguntas que me planteaba hacerle. Al ser una entrevista semi-estructurada el guion, que realicé constaba de preguntas abiertas y estaba diseñado con cierto orden, ya que mi objetivo era profundizar en el conocimiento de ciertos temas fundamentales para la investigación. Dicho guión fue revisado en varias ocasiones antes de realizar la entrevista, con el objetivo único de que respondieran a los objetivos inicialmente planteados y así poder disponer de la información precisa.

Puesto que mi objetivo era analizar el proceso de integración de un usuario a través de un estudio de caso de la Comunidad Terapéutica Larraingoa, las preguntas de la entrevista las agrupé en cinco grandes temas como son: situación del hogar, situación económica/formativa/ laboral; visión de futuro; salud y Comunidad Terapéutica Larraingoa. El fin de organizar las preguntas en estos temas era básicamente para registrar la información en apartados y facilitar el posterior análisis.

En los Anexos I y II adjunto el guión de la entrevista y la propia entrevista transcrita, respectivamente.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

En primer lugar haré una breve descripción del caso para así poder ubicarnos en la situación que esta persona tenía y tiene tras el ingreso en la Comunidad Terapéutica Larraingoa.

El usuario tiene 27 años y es natural de la Comunidad Foral de Navarra. La composición del hogar actualmente está formada por tres miembros (el padre, la madre y la abuela del usuario) y el usuario reside en la Comunidad. De la situación laboral de los miembros de la familia únicamente el padre es el que tiene trabajo. Cuando el usuario residía en el hogar también disponía de empleo pero debido al consumo de drogas no podía mantenerlo. Debe destacarse que, como el propio usuario comenta, la familia tuvo dos bares propios en diferentes localidades de Navarra. Respecto a la situación económica, no señala explícitamente ninguna dificultad, se puede decir entonces que la exclusión que afecta a este usuario es en relación a los consumos y las redes de apoyo así como al empleo. Actualmente, el usuario lleva ingresado en Larraingoa cuatro meses y su visión de futuro es optimista, desea dejar de consumir sustancias así como trabajar, crear su propio hogar y tener una familia. Por último, destacar que para el usuario, la Comunidad Terapéutica ha supuesto un gran cambio. Durante la realización de la entrevista expresó que ingresó en la Comunidad porque se dio cuenta de que si seguía con los hábitos de consumo, conseguiría deteriorar los lazos familiares que hasta el momento existían.

A continuación pasaré a hacer el análisis de la información obtenida a través de las entrevistas realizadas.

Para empezar rescataré los objetivos que expuse en el inicio de este trabajo con el fin de recordar qué es lo que pretendía conocer con la entrevista. Con esto, el objetivo general que me he planteado es “analizar el proceso de integración de una persona drogodependiente a través de un estudio de caso de la Comunidad Terapéutica Larraingoa”. A su vez, este objetivo general se puede desglosar en cinco objetivos más específicos, entre los que encontramos: advertir qué es lo que impulsa a las personas con dependencia de drogas y/o alcohol el ingreso en la Comunidad Terapéutica; estudiar la relación de los/as usuarios/as con sus familiares y con el entorno una vez que ingresan en la C. T; identificar los cambios se producen tras el paso por la Comunidad Terapéutica; conocer la visión que tiene de su futuro tras el Alta Terapéutica; y por último conocer que descubrir que tiene el consumo en diversas áreas: laboral, educativa, familiar y económica.

5.1. Motivos de ingreso en la Comunidad Terapéutica.

En cuanto al primer objetivo específico, *advertir qué es lo que impulsa a las personas con dependencia de drogas y/o alcohol el ingreso en la Comunidad Terapéutica*, según palabras del usuario, ingresó en la comunidad terapéutica porque “*me vi en un pozo metido por el tema de la droga y el daño que estaba haciendo a mis padres primero a mí y luego a ellos*”. Cabe destacar de esta frase que a diferencia de lo que exponía en los antecedentes y el marco teórico cuando señalaba que las personas que consumen algún tipo de sustancia no son conscientes de la gravedad del consumo de drogas y por ello le adjudican valores positivos (a estas sustancias), puedo decir que se ve que este usuario se preocupa por el bienestar suyo propio así como el de su familia ya que tomó la determinación de acudir a la comunidad para poder rehabilitarse del consumo de drogas. Destacar por otro lado, que el usuario ingresó en la

Comunidad Terapéutica Larraingoa porque quería dejar a un lado el consumo de sustancias, perjudicial tanto para su salud como para todo lo relacionado con los lazos familiares y redes de apoyo. Es decir, el consumo deteriora las relaciones personales.

5.2. Relaciones entre el usuario y sus familiares.

En relación al segundo objetivo específico, *estudiar la relación de los/as usuarios/as con sus familiares y con el entorno una vez que ingresan en la comunidad terapéutica*, me parece importante ver cómo era la relación con los familiares antes del ingreso en la comunidad terapéutica para ver si se producen cambios en dicha relación. Con esto, en el hogar convivían cuatro personas, el padre del usuario de 51 años, la madre del usuario de 53 años, la abuela con 79 años y el propio usuario con 27 años. A lo largo de la entrevista le pregunté si la composición del hogar había sufrido alguna modificación en los últimos años y si ese cambio había sido para mejor. Las palabras del usuario fueron:

"Porque es diferente con mi familia, estoy más orgulloso, se les cae la baba a mis padres cuando me ven, cuando me ven la gente me escuchan cómo hablo, me alegro porque antes no sabía hablar con una persona mayor...solo sabía decir tonterías ahora es diferente, lo ves de otro punto de vista."

En este fragmento de entrevista se puede ver cómo al usuario le importa la visión que tienen sus familiares de cómo está él, de los cambios que pueda estar realizando desde que ingresó en la comunidad el 8 de febrero. También es necesario destacar la mejoría que ha experimentado en la forma de hablar con las personas más mayores. Parece que en un principio cuando se dirigía a las personas adultas no sabía mantener una conversación, en cambio ahora parece

que ha adquirido habilidades comunicativas que está utilizando a la hora de mantener una conversación coherente.

En relación a las preguntas del área denominada *situación del hogar*, abordamos cómo se encontraba actualmente su familia, es decir si hoy por hoy ellos, su familia, estaba viviendo alguna dificultad.

"No, no. Bueno igual con mi hermano, conmigo no. Más que dificultad es alegría. Yo no les había visto nunca así conmigo. Y es grande verlos así. Ahora les veo alegres..."

Esto es también información relevante ya que cuando dice "y es *grande verlos así*" podemos pensar que la comunidad permite que a través del orgullo de cada persona mejoren las relaciones sociales. Estas relaciones que, como veíamos en el cuadro 1 acerca de los principales factores del equilibrio "exclusión-integración", la carencia o el deterioro de los vínculos familiares o la debilidad de las redes familiares eran dos elementos principales para identificar las situaciones de exclusión social. Puede decirse que la Comunidad Terapéutica colabora en el fortalecimiento de estas redes, que es vital para la integración de todo ser humano. Este sentimiento de orgullo se sigue viendo en las siguientes intervenciones que el entrevistado tuvo:

"... Les he hecho mucho daño y si volviera a nacer no cambiaría nada. Eso de que dicen que solo hay una madre, padre también hay solo uno, y para mí, mi padre es un campeón... ...Lo digo y siempre lo diré tengo unos padres que no me los merezco. El día que yo sea mayor lo juro y lo perjuro que aunque me tenga que ir a vivir debajo de un puente pero no les mandaré a una residencia."

Por otro lado, es posible señalar que las buenas relaciones familiares ayudan a la reintegración de las personas con dependencia del consumo de drogas y/o alcohol (en este caso de drogas), ya que son una fuente grande de apoyos. Se comprueba que tanto las relaciones sociales como la familia, juegan un papel fundamental a la hora de hablar de inclusión. El hecho de tener apoyo familiar, hace más fácil ver las cosas desde otro punto de vista. En este caso, los vínculos familiares parece que se están fortaleciendo.

En relación a la red social del entrevistado, puedo destacar que se aprecia cierta complicidad entre los familiares y las amigas del usuario. Esta frase lo explica con bastante claridad:

"... El otro día cuando estuvimos en el pueblo les pregunto a mis amigas cómo me veían y mi madre, que es igual que yo de emocionada y me decía: no sabes lo contenta que me hace que me digan que estás bien..."

Se aprecia complicidad ya que deja caer que si una amiga o un amigo le ven mal o que vuelve a consumir sustancias se lo van a decir a la madre. Aunque también hay que destacar que con los chicos con los que se relacionaba siguen consumiendo, con lo que extraigo la conclusión de que se rodeaba de personas con los mismos hábitos que él respecto al consumo. Es decir, establecía un tipo de relaciones que son denominadas "tóxicas" por el efecto nocivo que pueden provocar. Sin embargo, cuando le pregunté si cuando salga de Larraingoa volverá a estar con esas personas con las que antes el consumía me respondió:

"Sí, porque son los cuatro de mi cuadrilla y les dije que por favor delante de mí que no lo hagan y doy fe de que delante de mí no lo van a hacer. El otro día vi a un colega al que le pillaba la droga y le miraba y decía...va míralo como esta."

Destacar de este fragmento, que la Comunidad Terapéutica parece que no ayuda a la creación de nuevos vínculos sociales, con lo que las personas, tras su alta terapéutica volverán a rodearse de las mismas personas, yendo a los mismos lugares a los que iban antes de su ingreso en la comunidad pero con la dificultad añadida de que tendrán que llevar a cabo estrategias, pensadas por ellos mismos, para poder mantener la abstinencia. Esto puede suponer un riesgo para las personas usuarias ya que cabe la posibilidad de volver a recaer en los hábitos de consumo que tenían antes de su ingreso en la Comunidad. Subrayar que es un área, el espacio relacional donde deberían trabajar en la Comunidad ofreciendo a los usuarios y las usuarias los recursos necesarios para que tras el Alta Terapéutica (A. T.) pudiesen tener la posibilidad de crear nuevos vínculos sociales.

5.3. Cambios identificados.

Pasando al tercer objetivo, *identificar los cambios que se producen tras el paso por la Comunidad Terapéutica*, decir que la estancia en el centro ofrece actividades para que se produzcan cambios en su actitud. Así, por ejemplo, en la entrevista me habló de los diversos grupos que se realizan en Larraingoa entre los que puedo destacar: arteterapia, grupo de autoayuda de drogas, grupo de adaptación al tratamiento y taller de salud.

Rescato del grupo de arteterapia que me parece una forma ingeniosa el hecho de realizar arte con los sentimientos de los usuarios y las usuarias para explicar qué es lo que siente cada uno/a. Creo que es una idea interesante poder hacer rehabilitación a través del arte ya que es una forma creativa de ver como simplemente dibujando se pueden extraer muchas conclusiones de cómo está cada persona en ese momento determinado. Es, a mi parecer, una idea que debería de llevarse a cabo también fuera de la comunidad ya que no siempre estamos dispuestos a mostrar nuestros sentimientos y simplemente

con un papel y un lápiz podemos expresar mucho y volcar ahí lo que estamos sintiendo con el fin de mejorar el bienestar individual, la autoestima y empatizar con las personas que tenemos alrededor.

Por otro lado, en el grupo de autoayuda de drogas, lo que hacen según el usuario es:

"... estamos unos compañeros y el educador, el psicólogo perdón, nos va diciendo uno por uno a ver qué tal estamos, que si tenemos preocupaciones y le vamos comentando y seguidamente valoramos cuál es la preocupación que más importancia tiene y una vez hecho eso, quien más votos saca se habla de ello."

Lo más llamativo de este grupo es que, todas las personas que se encuentran en el grupo comentan cuál es la situación que tienen en ese preciso momento y si hay algo que les preocupa. A continuación hacen una valoración de cuál es la preocupación que más les importa a todos. Esto sirve para darse cuenta de que no sólo una persona tiene problemas o dificultades sino que todas las personas tenemos complicaciones, y con esto se aprende a priorizar las dificultades y a fortalecer el espíritu de grupo (factor fundamental en personas que, en muchos casos, como se indicaba en el marco teórico, han sufrido procesos de marginación y/o asilamiento social). Como producto de estos ejercicios, una vez salgan fuera de la comunidad y estén en su entorno, no será su demanda la más urgente sino que valorarán la de las personas que están a su alrededor y podrán comprender que todas y cada una son importantes.

Respecto al grupo de adaptación al tratamiento no me supo decir qué es lo que hacían en él y para qué servía, puesto que su entrada en ese grupo había sido mínima, sólo ha acudido en una ocasión.

El último grupo al que hizo referencia es el taller de salud. Pude apreciar que es un grupo que no le parece adecuado para su

rehabilitación. En este grupo hablan de los alimentos, las calorías, etc. Mirándolo desde otra perspectiva puedo decir que es muy importante, como todos sabemos el llevar una alimentación sana y equilibrada, puesto que una mala alimentación puede acarrear problemas graves de salud. Para ello me parece interesante el tener un mínimo de conocimiento de los alimentos que se pueden consumir, cuáles son más ricos en vitaminas y cuáles en calcio, por ejemplo, ya que esto les puede llevar a que se elaboren comidas más recomendables para su estado de salud.

Otro aspecto destacable es la referencia realizada a la necesidad de "fichar":

"Pues que tienes que estar presente en la sala para que los educadores te vean que no estás en la cama."

En un principio puede parecer una medida no madura, pero como sabemos que la Comunidad Terapéutica es un medio que te ayuda a conseguir ciertos hábitos, el "fichar" como dice el usuario, es una forma de fomentar la responsabilidad ya que cuando salgan de Larraingoa tendrán que ser puntuales por ejemplo en una entrevista de trabajo o en el trabajo mismamente, y si no se trabajan durante un periodo de tiempo determinado luego será más complicado que puedan adquirir hábitos de forma individual. Además, la necesidad de trabajar estos hábitos se debe precisamente a las carencias detectadas en este tipo de personas.

A su vez, más cambios que se producen en la comunidad es el atribuir una responsabilidad a cada usuario. Así, por ejemplo, tienen responsabilidades de cocina, limpieza, lavandería, invernadero, etc. Es otro cambio significativo porque el mero hecho de ser responsable de que cierta actividad o tarea salga adelante es un paso adelante en la rehabilitación. Es importante porque mejoran la autonomía de las personas lo que implica que sean conscientes de que tienen que tomar decisiones en la vida, unas veces serán adecuadas y otras

incorrectas pero son decisiones que han tomado por ellos mismos. Se hacen conscientes de que tienen una serie de responsabilidades y que de ellos depende que el trabajo salga adelante.

Para finalizar con este objetivo, en relación a los hábitos que ha cambiado tras su estancia en la Comunidad Terapéutica, destaca los siguientes:

"No consumir, no mentir, no robarle cosas a mi madre es que no me gusta decir esa palabra me duele mucho,... y no sé más decirte nada más. Dejar de consumir era mi objetivo, y en los impulsos."

Subrayar que estas transformaciones son las que le permiten acercarse a los factores de integración anteriormente señalados en el cuadro 1. Al suspender prácticas como la mentira o el robo a sus propios familiares, la red de apoyo familiar se verá fortalecida e intensificada. En consecuencia, se reconstruirá un espacio más propicio que habilite la integración social.

5.4. Transformaciones en el área laboral, educativa, familiar, económica y sanitaria.

Para finalizar el análisis de los objetivos en base a las respuestas obtenidas tras la entrevista, el quinto y último objetivo es, *descubrir qué impacto tiene el consumo en diversas áreas como son la laboral, educativa, familiar, económica y sanitaria*. Los cambios que en estos cuatro meses ha podido realizar son grandes. Algunos de ellos ya se han podido exponer en apartados precedentes pero es preciso recogerlos de forma colectiva para ver su dimensión.

En lo concerniente al ámbito laboral, antes de su ingreso en la comunidad terapéutica el usuario había sido despedido del trabajo y no fue el quién dejó el trabajo para ingresar en la comunidad. Puedo

destacar que el mero hecho de consumir hace que las personas con trabajo remunerado no sean conscientes de la suerte que tienen por poder contar con él, añadiendo a su vez que no son conscientes de las consecuencias que tiene el consumir en el trabajo. Como más adelante añadió en la entrevista, para cuando salga de la comunidad tendrá trabajo de carretillero. Podemos extraer la conclusión de que el ámbito laboral posiblemente irá en la dirección de la integración plena del individuo con un empleo y adquiriendo experiencia en el sector.

En relación al ámbito formativo, en un principio expuso que abandonó la Educación Secundaria Obligatoria en el tercer curso, sin obtener por ello, el título de formación básica. Cabe destacar, que a pesar de abandonar la enseñanza obligatoria, ha realizado cursos, adquiriendo con ello conocimiento de carretillero, escayolista y carpintero.

Actualmente, en la comunidad acude semanalmente a la escuela que Larraingoa pone a su disposición para aquellas personas que no hayan acabado los estudios obligatorios. Es decir, cuenta con apoyos suficientes para fortalecer este debilitado ámbito que resulta de vital importancia para el acceso con garantías al mercado laboral.

Respecto a otro ámbito, el social y relacional, vemos que decidió realizar el ingreso en la comunidad porque veía que no podía seguir con esa vida de consumos y "desfases". Se daba cuenta de que no quería hacer daño a su familia. Una vez dentro de la comunidad dice así cuando le preguntaba qué es lo que había supuesto para él la C. T:

"Puff. ¿Qué ha supuesto para mí? Mucho, el darme cuenta de que me estaba jodiendo la vida, que no servía para nada el joderme la vida, que lo único que hacía era perder a mi gente que siempre me ha querido, mi gente quiero decir a mi familia, a mis

amigos.... mucha gente me decía que esto no iba a valer para nada pero se están equivocando mucho, demasiado."

El darnos cuenta que actuando de determinadas maneras podemos acabar con las relaciones familiares y personales es algo que nos puede llevar a tomar de nuevo las riendas de nuestras vidas, decir hasta aquí hemos llegado y a partir de ahora quiero empezar de nuevo haciendo las cosas de la mejor manera posible.

Por último, el ámbito económico, es otro de los ámbitos que él considera muy importantes para la integración plena en el aspecto social.

En un momento de la entrevista le hice estas tres preguntas: ¿con el dinero que ganabas, ayudabas en casa?; ¿has ahorrado o has invertido? y ¿en qué te gastabas la mayoría del dinero?

En relación a la primera pregunta, la respuesta obtenida por parte del entrevistado fue:

"Sí. Repartía 600 euros mensuales y lo demás me lo quedaba yo, y la tarjeta de crédito. Y era un despilfarro. Era irme con uno de mi cuadrilla e igual nos daba el bingo que... ¿sabes? No siempre pero siempre era por el tema de la droga, nos íbamos de fiesta a Pamplona...nos daba igual todo. Pero un día mi madre se hartó me quitó la tarjeta y la cartilla y lo puso a su cuenta. Desde entonces así ha sido, ella me lo iba administrando."

Destacar de este apartado que a pesar de ayudar en casa, el resto del dinero como él expresa, lo despilfarraba. Se lo gastaba en juegos o en droga. No era consciente de que no era conveniente gastarse

todo el dinero que le quedaba de la nómina en droga o en fiesta, hasta el punto en que tuvo que intervenir su madre y administrarle el dinero ella misma. En resumen, existía una carencia de ingresos propios que se agravaba también con una inadecuada gestión de los obtenidos por otras fuentes.

La segunda pregunta, ¿has ahorrado o has invertido?, es muy significativa ya que aquí veremos si el consumidor de sustancias tiene la capacidad de ahorrar o invertir el dinero y no gastarlo todo. A esta pregunta el usuario respondió:

"No, para que te voy a engañar. No lo he invertido. Si hubiera tenido cabeza hubiera sido el rey del mambo, teniendo mi casa, coche, dinero,... todo era "jiji, jaja" pero no lo veía, me iba metiendo en el pozo, en un pozo sin fondo, y entonces pedí ayuda a mis padres. Necesitaba entrar en un centro y al principio ellos me decían que entrase y yo no quería. Me hacían también análisis en el pueblo, iba con el psicólogo, mentía,... Y aún así mi madre me daba dinero bajo manga pero mi padre no, porque no es así."

Me hago la siguiente pregunta, tras trabajar durante varios años y con ello tener ingresos de manera más o menos regular: ¿cuándo una persona se da cuenta de que va en la dirección equivocada y decide entonces cambiar su modo de vida y tomar las riendas? Es a lo mejor, tras largos años de trabajo y de consumos, sin disponer de ahorros cuando se dan cuenta de que algo están haciendo mal y que por ello deben cambiar. Lo que hay que destacar de este párrafo es la capacidad de pedir ayuda a su familia. Volviendo a comentarios anteriores, aquí se ve la importancia de tener unos vínculos y una red de apoyo familiar fuerte y cercana ya que sin esto puede ser más complicada la integración de las personas.

Por último, la tercera pregunta, ¿en qué te gastabas la mayoría del dinero? y ¿cuánto te podrías gastar en un mes? A través de la respuesta que dio el usuario veremos en qué se gastan la mayoría del dinero las personas que consumen droga y cuánto pueden gastarse al cabo de un mes en consumo.

“¿En qué te gastabas la mayoría del dinero?”

En la droga. Mi mayoría de dinero y lo que le quitaba a mis padres, porque ha sido mucho, mucho dinero lo que les he quitado sin contar las joyas,...

¿Cuánto te podías gastar en un mes?

500 euros más lo que me daban mis padres. Porque yo cuando trabajaba en las ETTs, a mí me lo daban en cheque, ¿y qué hacía? pues me iba al banco y lo sacaba todo y fiesta. Y como tenía dinero pues todos los días por ahí. Y toda la gente estaba contigo, y yo decía: ¡Ostia! cuantos amigos, pero hoy en día me doy cuenta de quién vale la pena y quien no vale la pena. Entre miércoles y jueves me di cuenta de quién era mi amigo de verdad y quien era por conveniencia.”

Respecto a la primera respuesta era obvio que el dinero lo destinaba básicamente a la droga. Si no disponía de dinero lo conseguía de cualquier otra forma, quitándoles dinero y joyas a sus padres, etc. Con lo cual era evidente el riesgo que existía en el entorno de generar un conflicto intrafamiliar.

Por último, destacar que el gasto mensual que supone para una persona dependiente del consumo de drogas es muy elevado y que no todas las personas consumidoras pueden disponer de ese dinero de manera lícita, con lo que se buscarán otros medios para la consecución primero del dinero y segundo de las sustancias.

Para finalizar este apartado, en relación al ámbito sanitario destacar que el consumo de drogas daña la salud. En el caso concreto de este usuario le llevó a no tomarse la medicación que tenía pautada para la epilepsia, con lo que actualmente debe de tomarla para evitar los ataques epilépticos y así controlar la enfermedad. Subrayar el hecho de que el consumo de drogas hace que las personas que precisen tomar medicación en ocasiones pueden dejar de tomarla ya sea para seguir consumiendo o porque se les olvida.

5.5. Expectativas de futuro.

Respecto al cuarto objetivo, *conocer la visión que tiene de su futuro tras el alta terapéutica*, el usuario lo señala con bastante claridad:

"¿Qué quiero hacer en el futuro? Lo que tengo pensado pues tener una familia, casarme con mi novia, independizarme, tener una familia con mis hijos, tener un trabajo, las cosas bien claras, la gente que me quiera."

Se ve que la visión que tiene de futuro es llevar una vida integrada, viviendo de forma independiente y creando su propia familia. Vemos que señala también que desea tener un trabajo. Es decir, se corresponde con las pautas de comportamiento "normalizadas" atribuidas a una persona integrada, teniendo una casa, un trabajo, creando tu propia familia, etc.

Voy a destacar que en este párrafo ha salido el tema familiar, laboral y con esto el económico y el espacial o habitativo. Son desde mi punto de vista ámbitos imprescindibles para el crecimiento personal así como los factores necesarios para poder desarrollarnos como personas y ser parte activa de la sociedad. A su vez seguimos los patrones de comportamiento que la sociedad tiene marcados para los ciudadanos. Se empieza teniendo un empleo para poder acceder a los

servicios que la sociedad pone a nuestro servicio. Si disponemos de un empleo de forma paralela tenemos ingresos, y si tenemos ingresos, tenemos la oportunidad de acceso a una vivienda propia. A esto se le suma que si tenemos trabajo, dinero y vivienda, lo siguiente que queremos conseguir es tener una familia para así tener cuatro ámbitos, importantes para la inclusión, cubiertos. De igual modo, los recursos económicos son imprescindibles para otro espacio de inclusión central en las sociedades modernas como es el uso del ocio y el tiempo libre.

En relación a cómo ve su futuro en tanto al consumo se ve como él desea no volver a consumir. Dice que quiere vivir la vida, pero le queda el miedo de cómo reaccionará si en algún momento fuera de la comunidad se le presenta la oportunidad de volver a consumir, ya que será una situación nueva para él, salir con el mismo grupo de amigos, pero esta vez sin consumir. En este sentido, es evidente que los apoyos que pueda tener en el proceso de "reinserción" social serán fundamentales para una incorporación exitosa.

CONCLUSIONES.

Para concluir con la elaboración de este trabajo realizaré una síntesis a nivel general, haciendo un recorrido a través de todo lo elaborado en las páginas anteriores a esta.

En primer lugar, atendiendo al modo de actuar identificado, debe señalarse que las Comunidades Terapéuticas, al tener un equipo multidisciplinar, les permite que la intervención con las personas ingresadas sea más completa, puesto que los usuarios y las usuarias a través de las experiencias vividas, aportan conocimientos enriquecedores al equipo ya que la trayectoria vital de cada persona tiene expresiones muy diversas. Subrayar también que la forma de trabajar de cada profesional, debido a los conocimientos adquiridos durante su formación, es heterogénea. Es decir, la presencia de trabajadores sociales, psicólogos, médicos,... permite que la intervención sea más completa.

En cuanto a los objetivos que me propuse cuando empecé a elaborar este trabajo, fue principalmente para que a través de la entrevista pudiese realizar un análisis más exhaustivo para conocer cómo es su relación con el entorno más próximo ya que es un factor principal para que podamos hablar de inclusión. Por otra parte, el hecho de tener conocimientos en lo que al impacto de las drogas se refiere también es otro elemento fundamental ya que al igual que la relación con el entorno, son ámbitos que deben estar cubiertos para proceder a la inclusión plena. Por su parte, conocer los cambios que supone el paso por la Comunidad Terapéutica Larraingoa nos sirve para conocer qué y cómo se trabajan los diferentes ámbitos, necesarios para su inclusión una vez salgan de la comunidad.

Por otro lado hablar de los principales factores que favorecen la inclusión de las personas y en este caso del usuario de la Comunidad Terapéutica Larraingoa. Como en otros apartados he expuesto, son nueve los ámbitos que principalmente favorecen el equilibrio para que se dé la inclusión. Estos ámbitos son: el laboral, el económico, el cultural, el formativo, el sociosanitario, el espacial y habitativo, el personal, el social y relacional y por último el de ciudadanía y participación. De estos nueve ámbitos los que fueron seleccionados para el análisis por su carácter central fueron el laboral, el económico, el formativo y el social y relacional. La importancia de estos factores se fundamenta en que cada uno facilita la inclusión en los otros. Así, por ejemplo, si una persona tiene empleo, tiene cubierta la necesidad de trabajar, unido esto a que tiene ingresos con los que puede participar de los servicios que la sociedad pone a su disposición. Al señalar que participa de los servicios hay que hacer referencia a que también participa en la formación. Si se tiene formación se puede prosperar en el ámbito laboral llegando a conseguir por un lado ingresos estables e incluso un buen nivel de ingresos y, por otra, adquirir conocimientos y habilidades necesarias para el desempeño de cualquier trabajo. No hay que olvidar que el empleo y la economía permiten la independencia de las personas, favoreciendo la creación de una familia propia y con esto aumentar y fomentar las redes familiares de apoyo que, como se ha demostrado, son centrales en los procesos de integración social.

Con respecto a otros aspectos del análisis, en primer lugar debe destacarse que al ser necesaria la voluntariedad para poder ingresar en la Comunidad Terapéutica, el compromiso hacia el cambio es diferente que si el ingreso lo hicieran de forma obligada. Destacar que si deciden ingresar es porque se dan cuenta de que el consumo de drogas no les beneficia ni en lo relacionado con la salud, ni con el

empleo, ni la familia y/o amigos,... Es decir en todos los ámbitos que en el marco teórico mencionaba en relación a la tabla de Tezanos (2001).

En segundo lugar, en cuanto a las relaciones familiares, al usuario le importa la visión que sus familiares tengan de él con lo cual podemos destacar que puede ser otro motivo necesario para que el tratamiento sea exitoso. Tras el ingreso en Larraingoa, se aprecia cierto cambio en la relación con su familia ya que en un principio no estaba con ellos, intentaba llegar a casa cuando su padre no estuviera, etc. En cambio ahora, tras el paso por la C. T., y según sus propias palabras, pasa tiempo con ellos, mantiene conversaciones coherentes, etc.

En tercer lugar, respecto a los cambios realizados tras el ingreso en la Comunidad Terapéutica, se aprecia que son trascendentales. Estos cambios se dan gracias a los diversos grupos que Larraingoa pone a su disposición. Un grupo especialmente beneficioso para estas personas es el Grupo de Adaptación a la Comunidad. Me parece interesante puesto que es un espacio en el que los usuarios y las usuarias pueden expresar cómo se encuentran en ese momento, como está siendo la adaptación al tratamiento, cual es la relación con las demás personas de la Comunidad así como los profesionales. Para finalizar las conclusiones, decir que los cambios producidos también se ven en el área laboral ya que por ejemplo a éste usuario antes de su ingreso en la Comunidad Terapéutica le habían despedido del trabajo y cuando salga espera mantener el puesto que ya ha conseguido, de carretillero, para así ir integrándose poco a poco en la sociedad. En el ámbito formativo la comunidad también le ayuda ya que le ofrecen la posibilidad de ir a la escuela y sacase el graduado escolar. Me parece un hecho interesante porque a la vez de desintoxicarse está acabando los estudios básicos necesarios para la integración de esta persona.

Un hecho que me llamó especialmente la atención fue el que en la propia Comunidad Terapéutica Larraingoa no se trabajasen la creación de nuevos vínculos sociales para que al salir de la Comunidad la integración fuera más accesible. Como hemos tenido oportunidad de comprobar, la persona ex-consumidora de drogas parte de una situación de desventaja y tiene que superar ese obstáculo de que las personas te vean como una persona que ha conseguido rehabilitarse y deshacerse del consumo de sustancias. Pero el problema es el riesgo de salir de la comunidad y rodearse de los mismos círculos sociales en los que estaba antes de entrar en la Asociación (consumo de drogas, estilo de vida donde tienen cabida las drogas, etc.). Yo a esto me pregunto si será posible que tras el largo y duro proceso de deshabituación del consumo de drogas, ¿las personas que salen de la comunidad, tendrán la capacidad suficiente para saber y poder controlar práctica del consumo a la que estuvieron expuestos durante un periodo de tiempo determinado? ¿Sería necesario trabajar en las Comunidades Terapéuticas el establecimiento de nuevas redes sociales de apoyo con el fin de que el tratamiento sea exitoso?

Otro hecho al que me gustaría hacer referencia en este apartado a la hipocresía social que se extiende en cuanto al consumo de drogas. Así, por ejemplo, de un drogodependiente con un nivel adquisitivo medio-bajo le denominan como persona peligrosa, como un vicioso o un "yonki". Sin embargo, las denominaciones cambian cuando esta persona, consumidora de sustancias posee un nivel adquisitivo alto, son personas a las que mucha gente se quiere acercar. Este hecho pone de manifiesto el gran efecto del estigma social en los propios procesos de integración, aspecto que ha ocupado este trabajo.

REFERENCIAS.

ANTOX, Asociación, <http://www.antox.asociacionespamplona.es>
[Consultado: Miércoles, 30 de abril de 2014]

ARZA, Javier, (2008) *Personas con trastornos mentales graves, drogodependencia, discapacidades y exclusión social*. Universidad Pública de Navarra, [Consultado: Miércoles, 15 de abril de 2014]

COMAS, Domingo, (2010) *La metodología de la Comunidad Terapéutica*, Fundación Atenea, , p. 16-17

HALL, Michael Ph.D, (1994/5) *Meta-Estados*, <http://www.poieticas.8m.com/MetaEst.htm>, [Consultado: Viernes, 18 de abril de 2014]

JIMENEZ RAMIREZ, Magdalena, (2008), *Aproximación teórica de la exclusión social: complejidad e impresión del término. Consecuencias para el ámbito educativo.*, <http://www.scielo.cl/pdf/estped/v34n1/art10.pdf>. [Consultado: Miércoles, 06 de mayo de 2014]

MARTÍN PÉREZ, Juan, (2006) *El lugar de las drogas en la exclusión...e inclusión*, http://www.encare.org.uy/Perez_Garcia.pdf [Consultado: Viernes, 18 de abril de 2014]

OMS, (1964), www.who.int/es/ [Consultado: Martes, 22 de abril de 2014]

RUBIO ARRIBAS, Francisco Javier, (2001), *Proceso de la construcción de un enigma: la exclusión social del drogodependiente*, <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/nomadas/4/jarribas1/#El%20rol%20de%20drogodependiente:%20proceso%20de%20su>
[Consultado: Martes, 22 de abril de 2014]

ANEXOS.

Anexo I.

Guión de entrevista realizada a un usuario de la Comunidad Terapéutica Larraingoa:

Situación del hogar:

¿Cuántas personas vivían en el hogar?

¿Me puedes decir la edad de cada una?

¿Qué nivel formativo tienen? ¿Desempeñan una labor profesional en relación al grado de estudios obtenidos?

¿La composición del hogar ha sufrido alguna modificación en los últimos tres años?

¿Y crees que es para mejor?

¿Tú estabas satisfecho con el modo de vida que tenías anteriormente?

¿Cuándo fue 1º vez que consumiste?

Cuéntame cómo era un día cualquiera en tu vida antes del ingreso en Larraingoa.

Entonces... ¿piensas que tu familia vivía alguna dificultad?

¿Desde cuándo vivían esa dificultad?

¿Crees que ahora están viviendo alguna dificultad?

Situación económica/formativa/laboral.

¿Cuál es tu nivel de estudios? ¿Actualmente estás estudiando?

¿Con que años te fuiste a trabajar al campo?

¿Estás estudiando algo en la Comunidad?

Antes de tu ingreso en C.T. ¿tenías trabajo remunerado?

¿Y lo tuviste que dejar para entrar en la CT?

¿Dónde has trabajado?

¿Con el dinero que ganabas ayudabas en casa?

¿Has ahorrado o has invertido?

¿En qué te gastabas la mayoría del dinero?

¿Cuánto te podías gastar en un mes?

¿Ahora recibes ayudas/subsidios?

Visión de futuro.

¿Cómo te imaginas el futuro?

Respecto al hogar, al trabajo, a relaciones sociales,...

¿Volverás a estar con los amigos con los que consumías?

¿Qué puedes hacer para alcanzar esto que deseas?

Salud.

¿Crees que el consumo de drogas ha modificado tu estado de salud?

Es decir, ¿se ha visto empeorado?

¿Tú cuanta medicación tomas?

¿Cuánto tomas al día?

¿Hasta cuando la tienes que tomar?

Comunidad Terapéutica Larraingoa.

¿Cuándo fue la primera vez que estuviste en "La Casita"?

¿Me puedes decir que es lo que haces un día en la C.T?

¿Cómo trabajáis en la Comunidad Terapéutica el área del consumo, de las relaciones con vuestras familias y amigos, la salud,...?

¿Qué responsabilidades tienes en la casa?

¿En tu casa también sigues cumpliendo con las responsabilidades que por ejemplo tienes en la casa?

¿Por qué?

¿Cuando tienes las salidas a tu casa, haces lo que hacías antes de entrar en Larraingoa?

¿Qué ha supuesto para ti la C.T?

¿Buscarás trabajo?

En que ámbitos crees que ha mejorado tu estancia en Larraingoa?
Salud, familiar,...

¿Qué hábitos has cambiado tras tu estancia en la C.T?

¿Qué es lo que has cambiado que cuando salgas no querrías volver a hacer?

¿En qué te ha ayudado la C.T. para ese proceso de cambio?

Anexo II.

Transcripción de las entrevistas.

- **Primera parte de la entrevista.**

Buenos días para empezar te voy a explicar en qué va a consistir la entrevista y para que la voy a utilizar. La entrevista va a consistir principalmente en una serie de preguntas relacionadas con unos ámbitos como son el de la situación del hogar, la situación económica/laboral/formativa; la salud; el consumo y el ocio y TL.

Y bueno esta entrevista la voy a utilizar para analizar el impacto que tiene el paso por la Comunidad Terapéutica.

Para empezar me puedes contar brevemente (digo brevemente porque más adelante profundizaremos en este tema y así para empezar nos ponemos en antecedentes), ¿cuánto tiempo llevas en la Comunidad Terapéutica y qué fue lo que te impulsó a venir aquí?

El día 8 hago cuatro meses. Vine aquí porque me vi en un pozo metido por el tema de la droga y el daño que estaba haciendo a mis padres primero a mí y luego a ellos.

Respecto a la situación del hogar, ¿Cuántas personas vivían en el hogar?

Mi padre, mi madre, mi abuela y yo.

¿Me puedes decir la edad de cada una?

Yo tengo 27 años, mi abuela tiene 79 para 80, mi padre tiene 51 para 52 y mi madre tiene 53.

¿Qué nivel formativo tienen? ¿Desempeñan una labor profesional en relación al grado de estudios obtenidos?

¿Ellos? jajajja dices de la escuela....a mí qué me dices....mi padre tiene todo, carnets de conducir,.... mi madre yo se que era la leche en la ciencia... pero por cursos y eso no me digas. Yo se que tendrá todo porque era muy estudiante....y mi abuela toda la vida trabajando...

Mi padre desde los 16 años lleva trabajando

¿En qué trabajo?

Estuvo de feriante, ha estado con camiones y sigue ahora con camiones.... pero ha estado toda la vida de feriante, de camarero...hemos dos bares en Valtierra y en Villafranca.

¿La composición del hogar ha sufrido alguna modificación en los últimos tres años?

Josune Aranguren Llanos

Sí. Ha sufrido.

¿Y crees que es para mejor?

Bua demasiado cambio.

¿Por qué? ¿A qué te refieres cuando dices que ha cambiado demasiado?

Porque es diferente con mi familia, estoy más orgulloso, se les cae la baba a mis padres cuando me ven, cuando me ven la gente me escuchan como hablo, me alegro porque antes no sabía hablar con una persona mayor...solo sabía decir tonterías ahora es diferente, lo ves de otro punto de vista.

¿Por ejemplo?

Como un cielo sin nubes.

¿Tú estabas satisfecho con el modo de vida que tenías anteriormente?

No, no me daba cuenta. Todo era la droga, la droga, la droga.

¿Cuándo fue 1º vez que consumiste?

A los 16 o 17 que me fui con un amigo de fiesta y me puse hasta el culo, y al día siguiente tenía partido de futbito y al día siguiente me dio un ataque de epilepsia. Desde entonces tomo medicación para la epilepsia, pero no me ha vuelto a dar.

Cuéntame cómo era un día cualquiera en tu vida antes del ingreso en Larraingoa.

¿Cómo era un día normal? En casa, con mis padres ayudando a mi padre en el hogar, ha hacer la compra, a bañar a mi abuela, a pincharla, la daba de desayunar.... pero cuando tenía dinero en la mano no sabía guardarlo llamaba al que tenía droga y me iba por ay.

Entonces... ¿piensas que tu familia vivía alguna dificultad?

Si, demasiadas. No sabían lo que hacer conmigo.

¿Desde cuándo vivían esa dificultad?

Desde los 23 años. Al principio consumía los fines de semana y luego ya entre semana, con mis amigos, con gente que te encontrabas por ahí... del pueblo.

¿Crees que ahora están viviendo alguna dificultad?

No, no. Bueno igual con mi hermano, conmigo no. Más que dificultad es alegría. Yo no les había visto nunca así conmigo. Y es grande verlos así. Ahora les veo alegres...a mi padre se le cae la baba porque siempre he sido su niño preferido pero nunca se lo he agradecido, ahora se lo estoy agradeciendo porque él me decía: hijo mí, no hagas estas cosas y me entraba por un oído y me salía por otro. Lo hacía igualmente. Y mi madre lo mismo. El otro día cuando estuvimos en el pueblo les preguntó a mis amigas como me veían y mi madre, que es igual que yo de emocionada y me decía no sabes lo contenta que me hace que me digan que estás bien.... Les he hecho mucho daño y si volviera a nacer no cambiaría nada. Eso de que dicen que solo hay una madre, padre también hay solo uno, y para mí, mi padre es un campeón. Si me echaba una raya mi padre me cazaba y hasta que no se iba a la cama no volvía a casa para que no me vieran. Nunca me han puesto la mano encima, solo me dieron una vez con un cenicero en el ojo porque le había robado unas joyas a mi madre, pero vaya que eso no lo considero maltrato. Lo digo y siempre lo diré tengo unos padres que no me los merezco. El día que yo sea mayor lo juro y lo perjuro que aunque me tenga que ir a vivir debajo de un puente pero no les mandaré a una residencia.

Mi hermano no ha hecho casi nada, he sido yo el que ha tenido todo motos, coches... y los he jodido todos, porque he tenido accidentes, mala vida, me he ido de fiesta... y entonces pues ya sabes he tenido

muchos accidentes, golpes, pero que golpes he tenido han sido demasiados....

Y te digo que si no nos hubieran tenido ni a mí ni a mi hermano te digo que hubieran sido los más ricos del pueblo.

Muy bien, ahora abordaremos otro tema, el de la situación económica/formativa/laboral.

¿Cuál es tu nivel de estudios? ¿Actualmente estás estudiando?

Yo estudios tengo hasta 3º ESO y nada más. Estoy esperando ahora para tener el graduado.

Tengo cursos de carretillero, de escallolista, otro de carpintería.

¿Y por qué abandonaste la ESO?

Porque no quería estudiar, me fui a trabajar al campo para sacarme unos "dinericos" para fiestas,... en el colegio me ponía atrás, yo creo que me aprobaban por pena.

¿Con que años te fuiste a trabajar al campo?

A los 15, 16. Pues fíjate te iba a decir 21 años.

¿Estás estudiando algo en la Comunidad?

Estoy intentando decirle a (profesor de la comunidad) lo del graduado. Estoy ahora con las B y las V porque tengo muchas faltas de ortografía. Porque le he escrito dos cartas a mi madre,..y mejor que no las hubiera escrito... muchas faltas...

Antes de tu ingreso en C.T. ¿tenías trabajo remunerado?

Sí. De carretillero.

¿Y lo tuviste que dejar para entrar en la CT?

No me echaron. Yo he tenido muchos trabajos, demasiados pero siempre me han echado por la mala cabeza. ¿Sabes?

¿Dónde has trabajado?

Estudio de caso de un usuario de la Comunidad Terapéutica Larraingoa

He trabajado en I.A.N.; rocqwol (es de telas grandes que se ponen en los techos para cuando hay incendios); en Gutarra; en Orme; Peymo; Tafame; Azkoien; el matadero de pollos de Mérida; liser; Finavarra....

¿Con el dinero que ganabas ayudabas en casa?

Sí, repartía 600 euros mensuales y lo demás me lo quedaba yo, y la tarjeta de crédito. Y era un despilfarro. Era irme con uno de mi cuadrilla e igual nos daba el bingo que...sabes no siempre pero siempre era por el tema de la droga, nos íbamos de fiesta a Pamplona....nos daba igual todo. Pero un día mi madre se hartó me quitó la tarjeta y la cartilla y lo puso a su cuenta. Desde entonces así ha sido, ella me lo iba administrando.

¿Has ahorrado o has invertido?

No, para que te voy a engañar. Lo he invertido. Si hubiera tenido cabeza hubiera sido el rey del mambo, teniendo mi casa, coche, dinero,... todo era" jiji, jaja" pero no lo veía, me iba metiendo en el pozo, en un pozo sin fondo, y entonces pedí ayuda a mis padres. Necesitaba entrar en un centro y al principio ellos me decían que entrase y yo no quería. Me hacían también análisis en el pueblo, iba con el psicólogo, mentía,... Y aún así mi madre me daba dinero bajo manga pero mi padre no, porque no es así.

¿En qué te gastabas la mayoría del dinero?

En la droga. Mi mayoría de dinero y lo que le quitaba a mis padres, porque ha sido mucho, mucho dinero lo que les he quitado sin contar las joyas,...

¿Cuánto te podías gastar en un mes?

500 euros más lo que me daban mis padres. Porque yo cuando trabajaba en las ETTs, a mí me lo daban en cheque, ¿y qué hacía? pues me iba al banco y lo sacaba todo y fiesta. Y como tenía dinero pues todos los días por ahí. Y toda la gente estaba contigo, y yo decía ostia cuantos amigos, pero hoy en día me doy cuenta de quién vale la

pena y quien no vale la pena. Entre miércoles y jueves me di cuenta de quién era mi amigo de verdad y quien era por conveniencia.

¿Ahora recibes ayudas/subsidios?

No pero me dan dinero mis padres, me dieron 100 euros, con eso invité a mis padres a almorzar, invité a unas amigas a almorzar... lo que nunca había hecho. Y me compré tabaco y me traje 40 euros aquí. Pero almorzar, almorzar unos huevos, torreznos, un café,...

Respecto al futuro. ¿Cómo te imaginas el futuro?

Respecto al hogar, al trabajo, a relaciones sociales,...

¿Qué quiero hacer en el futuro? Lo que tengo pensado pues tener una familia, casarme con mi novia, independizarme, tener una familia con mis hijos, tener un trabajo, las cosas bien claras, la gente que me quiera.

Con la droga no tengo ningún miedo, bueno si porque no sé si escaparé o como actuaré, pero sé que no quiero consumir más tengo 27 años y estos años no los he vivido. He echado 27 años a perder, bueno desde que empecé a consumir, y vida solo hay una y hay que aprovecharla. Me gustaría volver a nacer, pero no puede ser. Mis padres me dicen: hijo mío el dinero que nos estas costando, pero yo les digo que: si merece la pena....y mis amigas no las voy a cambiar, son las que más necesito. Si ellas me ven algo raro se lo van a decir a mis padres, y me dijeron que cuando tenga trabajo puedo volver al piper.

¿Volverás a estar con los amigos con los que consumías?

Si porque son los cuatro de mi cuadrilla y les dije que por favor delante de mí que no lo hagan y doy fe de que delante de mí no lo van a hacer. El otro día vi a un colega al que le pillaba la droga y le miraba y decía...va míralo como esta. Además había gente con su

familia, con sus hijos,... y la gente del pueblo me ve que he cambiado.

Yo lo que quiero es tener mi familia, tener mis hijos y mis hijas,..Y un trabajo.

¿Qué puedes hacer para alcanzar esto que deseas?

Seguir así, pero aun me queda mucho. Para adelante como los de Alicante. Con dos cojones lo puedes conseguir, si te lo propones lo puedes conseguir. Aún es pronto pero tengo ganas de darle un nietico a mi madre. Mi madre le decía a mi hermano que haber cuando le iba a dar un nietico, yo creo que a mi madre le hace falta. Pero aún es pronto no sabría manejarme, no es por dinero.

Bueno... muchas gracias. Por hoy lo vamos a dejar para que no se alargue demasiado. El próximo día continuamos. Gracias.

▪ **Segunda entrevista.**

Bueno ... vamos a continuar con la entrevista que empezamos el otro día.

Hoy me gustaría empezar por el tema de la salud. ¿Crees que el consumo de drogas ha modificado tu estado de salud? Es decir, ¿se ha visto empeorado?

Bueno a ver. ¿Crees que el consumo de drogas ha empeorado mi salud? Mi salud sí. De aquí se puede hablar. ¿De este centro? Yo me veo como una de las personas con más capacidad tiene... viendo a las demás toda la medicación que toman....

¿Tú cuanta medicación tomas?

¿Yo para qué? Yo solo tomo una pastilla. Depakine 500, y es para la epilepsia. La tripa me duele, tengo una ulcera pero me lo habrá hecho el consumir...pero no sé si me lo ha hecho el consumir.

Josune Aranguren Llanos

Antes me daban ataques epilépticos porque no me tomaba bien la medicación, se me olvidaba.....siempre tenían que estar mis padres encima...aunque la tendría encima de la mesa bueno en un vaso de cristal encima del microondas se me olvidaba.

¿Cuánto tomas al día?

Tomo tres. Desayuno, comida y cena.

¿Hasta cuando la tienes que tomar?

No sé si hubiera estado tomando bien en dos años se me hubiera quitado....

¿Cuánto tiempo llevas tomándola bien?

Pues llevaré tomándola bien 5 meses. Llevo aquí 4 meses y un mes antes me dijo Andoni que no saliese en Navidad y me quede con mis padres...

¿Cuándo fue la primera vez que estuviste en la casita?

En Septiembre o así....

Bien. El otro día te preguntaba qué es lo que hacías un día normal en tu vida antes del ingreso en la Comunidad Terapéutica... ahora me puedes decir que es lo que haces un día en la C.T?

¿Qué hago? pues me levanto a las 8:00 de la mañana, bajo y desayuno con mis compañeros. Subo a tomar mi medicación y me bajo a hacer mi habitación que es mi responsabilidad. ¿Es una de mis responsabilidades no? Aquí y fuera. Pues luego toca el horario de limpieza te puede tocar la habitación, los baños,... lo que me toque que hoy me ha tocado los baños. Una vez después de hacer eso pues si hay grupos ir a los grupos, si no hay grupos pues grupos de Arteterapia, los GAT, grupos de autoayuda... y sino pues a trabajar,

que puede ser el invernadero, las ramas, la trituradora, el césped, lavandería, cocina, limpieza.

A las 11:00 almorzamos, y tenemos un cuarto de hora para descansar. Seguidamente comenzamos a nuestro trabajo, si no hay grupos a trabajar y si hay grupos pues a los grupos hasta las 13:30 o 13:45.

Bueno a las 13:45 comemos "ehh" hasta las 14:15 que tenemos que permanecer media hora en el comedor, hasta que nos dan la salida los cocineros. Pues luego subimos a tomar medicación, y nos podemos echar la siesta hasta las 15:45 que se debe bajar a fichar. Que si no se baja te ponen sanción.

¿A qué te refieres con fichar?

Pues que tienes que estar presente en la sala para que los educadores te vean que no estás en la cama.

¿Qué sanción te pueden poner?

Pues que nos pongan un desayuno, no ir a las actividades,...

¿Para qué te parece que sirve fichar?

Para que no estés en la cama y sepas que tienes una tarea pendiente, una obligación,...

¿Y crees que es importante el ir a las 15:45 a fichar?

Sí, hay veces que no.

¿Por qué?

¿Por qué no? Porque me gusta la cama, así de claro. ¿Y por qué sí? Porque así aprendes a saber levantarte a tu hora, a ser respetuoso y no tener problemas.

¿Qué problemas?

Pues no levantarte a esa hora y tener problemas con la salida. Que a mí no me ha pasado pero a alguien sí...

Bueno volvemos con lo que haces un día normal en la Comunidad. Ibas diciéndome que a las 15:45 te levantabas de la siesta, ¿luego que hacéis?

A las 15:45 cuando fichamos, el educador que ficha pasa la lista a cada usuario nos manda a su deber a su trabajo que puede ser, ya sabes, las ramas o todo esto. Menos los lunes los martes y los jueves que vamos a la escuela. Y los miércoles nos vamos de paseo por la zona.

A las 18:00 es la merienda. Merendamos hasta las 18:30. y una vez "merendao" tenemos fiesta y podemos hacer lo que queramos como escuchar música, jugar al fútbol hacer gimnasia, jugar a cartas, jugar al pin-pon. Eso. Los lunes, jueves y viernes a las 19:00 con un educador nos vamos a jugar a frontenis has tas 20:00. De 19:00 a 20:00 nos vamos a un frontón cubierto a jugar a frontenis. A las 20:00 toda la semana, buenos dos días de la semana tenemos horario de llamadas para poder llamar a nuestros familiares o a quién queramos, de 7 minutos y medio por día que son dos días...

¿Pero os dejan más?

Bueno... algunos sí y otros no.

Bueno a las 21:00 vamos a cenar hasta las 21:30 que debemos permanecer todos en el comedor hasta que el cocinero nos da el permiso de salida. Seguidamente hay personas que suben a tomar la medicación hasta después de cenar, sin embargo hay otras que se pueden tomar a las 10:45. Te iba decir que primero toman los de primera fase pero hay gente de segunda fase que también la toma.

Antes me hablabas de grupos, ¿qué hacéis en los grupos?

Bueno. Arteterapia. En arteterapia nos reunimos una serie de usuarios con el educador y se trata de expresar nuestros sentimientos, nuestro... lo que llevamos encima. Lo dibujamos en un

papel en blanco y seguido que todos los compañeros acabamos, lo comentamos entre todos. El que significa cada sentimiento nuestro.

El Grupo de Autoayuda de Drogas pues lo mismo, estamos unos compañeros y el educador, el psicólogo perdón, nos va diciendo uno por uno a ver que tal estamos, que si tenemos preocupaciones y le vamos comentando y seguidamente valoramos cuál es la preocupación que más importancia tiene y una vez hecho eso, quien más votos saca se habla de ello.

¿Más? GAT es que acabo de entrar ahora. y Taller de salud? Es una mierda. ¿Por qué? ¿Por qué si esto es un centro de desintoxicación que hacemos con los alimentos? que hacemos con los alimentos, las calorías,... que hacemos con las cartas de los plátanos, legumbres...parece que estamos jugando a la escoba...

Y el GAT no me digas de decirte porque he entrado una vez y ya ni me acuerdo. Yo llevo un día en el GAT.

Cuando me hablabas de lo que haces un día normal en la C.T. me decías que unos toman la medicación a las 21:30 y otros a las 22:45 dependiendo en la fase que estas. ¿En qué consiste eso de las fases?

Bueno, cuando entras al centro estás en primera fase. Mmm para pasar de primera fase a segunda fase debe pasar un mes sin tener ningún percance, o sea portarse bien. Que el estar en primera fase es pues irte a las 11 de la noche a la cama y poco más. Pasado el mes te comunican que pasas a segunda fase si todo va bien que es que puedes estar una hora más por la noche. Primera y segunda es eso.

¿Qué responsabilidades tienes en la casa?

¿Qué responsabilidades tengo? Fua. ¿Muchas tengo no? Pues levantarme a mi hora, hacer mis trabajos, obedecer a mi tutora, obedecer a mi psicólogo, cumplir mis objetivos y lo más importante

dejar las drogas, que para eso es lo que estoy haciendo o que para eso es donde aquí estoy ¿no?

¿Luego en tu casa también sigues cumpliendo con las responsabilidades que por ejemplo tienes en la casa?

Mas, aunque me cueste pero más.

¿Por qué?

Porque es mi deber y vivo bajo el techo de mis padres y son los que me están alimentando ¿no? y para mi es mi deber el ayudarles, el echarles una mano, que para esos son mis padres y mi abuela.

¿Cuando tienes las salidas a tu casa, haces lo que hacías antes de entrar en Larraingoa?

Sí. Ayudaba en casa en los quehaceres. Era un cabeza rota cuando me drogaba, pero cuando estaba bien, era como me decía mi madre un "angelico".

¿Qué ha supuesto para ti la C.T?

Puff. ¿Qué ha supuesto para mí? Mucho, el darme cuenta de que me estaba jodiendo la vida, que no servía para nada el joderme la vida, que lo único que hacía era perder a mi gente que siempre me ha querido, mi gente quiero decir a mi familia, a mis amigos.... mucha gente me decía que esto no iba a valer para nada pero se están equivocando mucho, demasiado.

¿Por qué te decía que no iba a servir que ingresase en la C.T?

Porque decían que la gente según entraba salía que de cada 100, 99 seguían consumiendo, pero eso no lo podías saber según entras. Porque si yo quisiera seguir consumiendo les diría a mis padres que me sacaran de aquí. Ahora me siento más orgulloso de mi mismo, me quiero más. Mi padre me dice que me brillan los ojos, los tengo blancos, me dice que soy su niño preferido. No sé. Ahora lo que me

queda es estar aquí mi año, o si me ven mejor antes, pero sin el A.T no me voy a ir de aquí. Y luego seguiré con lo mío con el fútbol y a recuperar el tiempo perdido con mi familia.

¿Buscarás trabajo?

Tengo casi. De carretillero.

En que ámbitos crees que ha mejorado tu estancia en Larraingoa? Salud, familiar,...

¿En qué me ha ayudado? Pues no sé. En saber que no merece la pena drogarse, en saber contener mis impulsos a la hora de enfrentarse a una persona, porque a mí me afectan mucho las cosas, El psicólogo me dice que yo capto más que una persona, me salió en el test, yo visualizo más las cosas y a nada que dicen algo me afecta.

En estos cuatro meses que llevo en Larraingoa pues me estoy conteniendo más, me han "enseñado" a no mentir, a no quitarle nada a mis padres, y la serie de objetivos que eran los míos va bien la cosa.

¿Qué hábitos has cambiado tras tu estancia en la C.T?

No consumir, no mentir, no robarle cosas a mi madre es que no me gusta decir esa palabra me duele mucho,... y no sé más decirte nada más. Dejar de consumir era mi objetivo, y en los impulsos.

¿Qué es lo que has cambiado que cuando salgas no querrías volver a hacer?

El dejar... el consumir. El mentir, el robar,...

¿En qué te ha ayudado la C.T. para ese proceso de cambio?

Pues con el psicólogo, los grupos,... que sí uno dice que el psicólogo es un chapas, que parece que le han dado el título en la tómbola,... y con mi tutora, con ella hablo de todo, de que al voy, porque a mí me conoce y me dice que soy el único de la casa al que se le nota que estoy "enfadao". Porque cuando estoy bien tengo una sonrisa de lao a

lao.... Pues hablar de todo, que tal las salidas, de cómo estoy en la casa, con mis compañeros de habitación, los incidentes que tuve que tal los llevo...estaría todo el día con mi tutora...es una pasada no sé de dónde saca el tiempo, prefiero estar con ella que en el fumadero. Sé está portando demasiado bien conmigo. El otro día le traje una caja de mantecados, eso me sale del corazón, a mi a detallista no me gana nadie de aquí.

Bueno antes que nada darte las gracias por haberme dedicado este tiempo a responder a la entrevista. En principio ya la hemos acabado pero si me hiciera falta más información ya volveré a estar contigo.

Perfecto, sin problema, aquí estaré.