

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN
PROYECTO HOMBRE
Nº 71 DICIEMBRE '09

PROYECTO HOMBRE

3€

VOLUNTARIADO
CLAVES PARA UNA BUENA
GESTIÓN DEL VOLUNTARIADO

REPORTAJE
PROYECTO HOMBRE MADRID,
25 AÑOS CRECIENDO JUNTOS

AVANCES
EL TRABAJO CON ALCOHOL
EN EL TRATAMIENTO
DE ADICCIÓN A LA COCAÍNA



PROYECTO HOMBRE

PRESIDENTE

Manuel Muñíos

COMITÉ CIENTÍFICO

Luigi Cancrini
Médico psiquiatra
Roma, Italia

Domingo Comas
Sociólogo y Presidente
del G.I.D. Madrid

Javier Elzo
Sociólogo, Investigador
del Instituto Deusto de
drogodependencias.
Bilbao

Georges Estievenart
Director de Honor
del Observatorio
Europeo de las Drogas
y Toxicomanías.
Lisboa, Portugal

Jaume Funes
Psicólogo Periodista y
Escritor. Barcelona

Baltasar Garzón
Magistrado, Juez. Madrid

Elena Goti
Vicepresidenta Honoraria
del I.C.A.A. Barcelona

Alain Labrousse
Presidente
del Laboratorio de
Geopolítica de las
Drogas. Francia

Emiliano Martín
González
Psicólogo Responsable
del Menor y la Familia
Ayuntamiento de Madrid

Luis Rojas Marcos
Psiquiatra. Profesor
de la Universidad de
Nueva York. USA

Santiago de Torres
Médico y ex-Director
General PNSD. Madrid

Nore D Volkow
Directora National
Institute on Drug
Abuse (NIDA). USA

CONSEJO DE REDACCIÓN

Antonio Tarabini

Antonio Alemany

Tomeu Catalá

Modesto Salgado

EDICIÓN

PROYECTO HOMBRE
Beatriz Sánchez

MAQUETACIÓN Y DISEÑO

Abrelatas
Comunicación

COLABORADORES

Elena Presencio

Ana Gutiérrez Laso

DELEGACIONES Y CORRESPONSALES

AMERICA LATINA

Argentina
Martín Gomá
Fundación Belén Escobar

Colombia
Gabriel Mejía
FLACT

Guatemala

Sergio Rolado Valle Leoni
Pte. Red Guatemalteca
de Organizaciones
que trabajan
en Drogodependencias

México

Joaquín
del Bosque
Presidente CCTT México

España

Alicante
Maritina Asensi

Almería
Francisco López

Asturias
Ernesto Lois

Baleares
Lino F. Salas

Burgos
Fernando Pérez
del Río

Cádiz
Julia Bellido

Canarias
Ángel García

Cantabria
José Miguel Ruíz

Castellón
José María
Arquimbau

Castilla La Mancha
Begoña Rubio

Cataluña
Ana Belén Solana

Córdoba
Lázaro Castro

Extremadura
Raquel Molano

Galicia
Amalia Calvo

Granada
M^º José Martínez

Huelva
Víctor Rodríguez

Jaén
Rosa Martínez

La Rioja
Vanessa Gordo

León
Jorge Rubio

Madrid
Pepe Mejías

Málaga
Belén Pardo

Murcia
Javier Pérez

Navarra
Alfonso Arteaga

Salamanca
Rosa Barrios

Sevilla
Manuel Orellana

Valladolid
Rubén González

FOTOGRAFÍAS

Adela Ríos

Daniel Pozo

Archivo Proyecto

PRECIO ANUAL ESPAÑA

10 euros

PRECIO ANUAL EXTRANJERO

Europa: 20 €

Resto: 20 \$ (EE.UU.)

EDITA

Asociación
Proyecto Hombre

IMPRIME

Afanias
Industrias Gráficas
c/ Aeronáuticas, 15.
28923 Alcorcón
(Madrid)

Tel.: 91 644 99 90

Tirada:
5.000 ejemplares

DEPOSITO LEGAL

M-41802-1991

IS.S.N.

1136-3177

Permitida
la reproducción
citando procedencia.

OFICINA DE ADMINISTRACIÓN Y DIFUSIÓN

Responsable:
Beatriz Sánchez

Avda. Osa Mayor,
19. 28023

Aravaca. Madrid

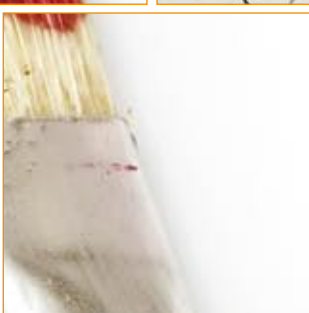
Tel.: (91) 357 01 04

Fax: (91) 307 00 38

www.proyectoohombre.es

902 88 55 55

Los artículos
firmados sólo
reflejan el
pensamiento
de sus autores.



REVISTA FINANCIADA POR



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL

SECRETARÍA GENERAL
DE POLÍTICA SOCIAL

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL
SOBRE DROGAS

SUMARIO

DICIEMBRE'09 Nº71

02. EDITORIAL

03. REPORTAJE

25 años de Proyecto Hombre en Madrid

06. AVANCES

El trabajo con alcohol en el tratamiento de adicción a la cocaína

14. TERAPIAS

El origen alemán de la Comunidad Terapéutica

18. DOSSIER

Prevención familiar del consumo de drogas y de otras conductas problema en los hijos: resultados de la aplicación del Programa de Competencia Familiar en siete Centros Proyecto Hombre

26. ENTREVISTA

Albert Sabatés

28. VOLUNTARIADO

Claves para una buena gestión del voluntariado

32. VALORES

Afrontando el dolor (II)

37. PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (PNSD)

46. INTERNACIONAL

Resumen y conclusiones del XII Congreso Latinoamericano de Comunidades Terapéuticas

49. NUESTRAS VOCES

64. REDES



EDITORIAL

Desde PROYECTO queremos transmitir nuestra experiencia educativa y terapéutica en materia de drogodependencias y acercarnos a quienes buscan soluciones a sus problemas con las adicciones.

En esta línea, el 71, último número de la revista PROYECTO del año 2009, recoge contenido que esperamos aporte información y ayuda.

El profesor Xosé Manuel Domínguez, nos ofrece la segunda parte de su excelente reflexión sobre cómo afrontar el dolor. Unas líneas, que ayudarán a cualquier persona que esté viviendo unos momentos difíciles y que invitan hacer efectiva la utilidad del dolor.

Albert Sabatés, desde su recién inaugurada posición como Presidente de la Fundació Gresol/Projecte Home, compartió con nosotros interesantes reflexiones sobre su trayectoria en Proyecto Hombre, sus logros y nuevos retos, y cómo Proyecto Hombre ha constituido y constituye para él una escuela de vida.

Veracruz acogió la celebración del XII Congreso Latinoamericano de Comunidades Terapéuticas. Elena Goti, tras asistir al Congreso, nos traslada un resumen y reveladoras conclusiones del encuentro, en materia de Comunidades Terapéuticas, Buenas Prácticas, Formación, Niños y Mujeres, Prevención, Tratamientos y Patología Dual.

En los últimos años se ha incrementado la prevalencia del uso de la cocaína. El alcohol es la droga cuyo consumo se asocia con más frecuencia al de cocaína, pero no es fácil determinar si el consumo de alcohol es primario o secundario. Las personas que solicitan tratamiento por consumo de cocaína y alcohol, presentan peculiaridades diferentes respecto de las que sólo consumen cocaína. En Proyecto Hombre Asturias se desarrolló un trabajo con el alcohol en usuarios en tratamiento para la adicción a la cocaína (TAC), con interesantes resultados y conclusiones.

Fernando Pérez del Río, comparte su análisis y disertación sobre el origen de la Comunidad Terapéutica. La práctica desarrollada en este sentido

por los alemanes y concretamente por Ernst Simmel, brinda la oportunidad de situar el origen de lo que entendemos actualmente como Comunidad Terapéutica en Alemania.

El Grupo de Investigación y Formación Educativa y Social (GIFES) de la Universidad Illes Balears, aplicó el Programa de Competencia Familiar -adaptación española del Strengthening Families Program (SPF 6-11)- en siete Centros Proyecto Hombre. Nos presentan los resultados y conclusiones derivadas de estas aplicaciones.

Los voluntarios constituyen un pilar fundamental en Proyecto Hombre. Su dedicación y esfuerzo facilitan nuestro quehacer diario. Ana Villa, desde el Observatorio del Tercer Sector, nos ofrece las claves para una buena gestión del Voluntariado, consciente de las ventajas que una buena gestión aporta tanto a la organización como a los voluntarios.

El Centro Español de Solidaridad (CES) Proyecto Hombre de Madrid ha cumplido 25 años. 25 años de compromiso y dedicación a la prevención, tratamiento y rehabilitación de drogodependientes. Para conmemorar este aniversario, se organizaron varios actos. El acto principal fue una gala, que se celebró el 10 de noviembre y que contó con una gran participación. Se aprovechó la ocasión para entregar reconocimientos a personas que han colaborado con los objetivos de Proyecto Hombre.

Es una satisfacción comprobar cómo la filosofía y el buen hacer de Proyecto Hombre cumple años manteniendo firme nuestro compromiso de acompañar y ayudar a personas en proceso de rehabilitación y reinserción social.

Desde aquí os animo a mantener vivo este compromiso en el 2010.

JESÚS HERNÁNDEZ MARTÍN
Asociación Proyecto Hombre
Presidente



PROYECTO HOMBRE MADRID, 25 AÑOS CRECIENDO JUNTOS

PEPE MEJÍA - Responsable del departamento de Comunicación y Prensa de Proyecto Hombre Madrid

En el mes de noviembre se celebró el 25 aniversario de Proyecto Hombre en Madrid. 25 años de historia, 25 años dedicados a la prevención, tratamiento y rehabilitación de drogodependientes. Se organizaron varios actos para celebrar este aniversario, con un gran éxito de asistencia e implicación por parte de voluntarios, trabajadores de los dispositivos, usuarios y familias.



HISTORIA DE PROYECTO HOMBRE EN MADRID

En España, en 1982, la Congregación Religiosa de los Hijos de María Inmaculada (Pavonianos), toma la decisión de trabajar con personas drogodependientes. El 20 de agosto de 1984 se inaugura la Fase de Acogida en la calle Martín de los Heros, 68, en Madrid.

Los objetivos de la entidad son:

- > Atención integral a personas excluidas socialmente o con riesgo de exclusión, y de modo específico a drogodependientes, menores y jóvenes en situación de riesgo, mujeres en situación de marginación, reclusos y ex reclusos.
- > Acciones relativas al voluntariado, cooperación al desarrollo e inserción socio-laboral en cualquiera de sus modalidades.
- > Prevención escolar y sanitaria en relación con la drogadicción, formación del profesorado y de profesionales de intervención o mediación social.

En mayo de 1986, se constituye la Confederación de Programas Proyecto Hombre de España. En septiembre de 1989, el Ministerio de Interior aprueba los Estatutos y la Confederación cambia su denominación por la de Asociación Proyecto Hombre.

En la actualidad, la Asociación Proyecto Hombre está formada por 26 Centros Autorizados, más de 120 Puntos de Atención y 215 Dispositivos Asistenciales en 15 comunidades autónomas. Anualmente, atiende a unos 20.000 drogodependientes y sus familias, y a más de 90.000 escolares en programas de prevención, y cuenta con más de 1.200 profesionales y 2.400 voluntarios. Somos una ONG que se dedica a la prevención, rehabilitación y reinserción social de personas con problemas de adicción, a través de un programa biopsicosocial, terapéutico-educativo y de carácter solidario. La Asociación Proyecto Hombre se declara aconfesional, apartidista y sin ánimo de lucro. Está declarada de utilidad pública por el Gobierno Español con fecha 29 de diciembre de 1993. Es miembro de la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas, de la Federación Europea de Comunidades Terapéuticas y de la Red Iberoamericana de ONG que trabajan en drogodependencias.

Hoy el consumidor de drogas, nada tiene que ver con el de las décadas anteriores. El panorama es mucho más diverso y complejo. La sustancia consumida ya no es la heroína; el policonsumo está presente en la mayoría de los casos y es la cocaína la sustancia que provoca la mayor parte de las demandas del tratamiento

En 2007 fue nombrada miembro consultivo especial de la ONU por el Comité de ONG del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC).

Los diferentes programas de intervención del Centro Español de Solidaridad (CES) Proyecto Hombre de Madrid, están agrupados funcionalmente en tres áreas:

- 1) Área de programas derivados del Modelo Base
- 2) Programas de Sustitutos Opiáceos
- 3) Área de Prevención, Menores y Jóvenes.

Han pasado 25 años y hoy podemos afirmar que:

- > Más de 14.500 personas adictas han recibido atención en los Programas de Tratamiento de Adicciones.
- > Casi 40.000 fueron atendidos en Programas de Inclusión Social.
- > 58.000 alumnos de enseñanza primaria, secundaria y sus familias, y unos 2.200 profesores han participado en Programas de Prevención Universal.
- > Más de 2.350 adolescentes han participado en programas de Prevención Indicada.

DIFERENCIAS EN EL PATRÓN DE CONSUMO DE DROGAS POR DÉCADAS

En los comienzos de Proyecto Hombre –la década de los 80- nos encontramos con una “epidemia” de personas adictas a la heroína, y en un contexto social marcado por la desorientación ante este problema y la falta de recursos asistenciales. Perfil de adolescentes de la segunda mitad de la década de los noventa:

- > Menores y jóvenes entre 15 y 21 años.
- > Consumidores de sustancias en contextos de ocio, destacando el consumo habitual de cannabis y la utilización de las drogas de síntesis durante los fines de semana.
- > Al consumo de sustancias ilegales, se sumaba el consumo abusivo de alcohol, con un patrón de bebida anglosajón. También el consumo mayoritario de tabaco.
- > En principio no presentaban una adicción instaurada. De ser adictos a algo, era al contexto de consumo.
- > Adaptados escolar y familiarmente, pese a que en muchos casos, existía fracaso escolar

- > La mayoría presentaba problemas con la asunción de normas y límites en el contexto familiar.
- > En todos los casos no existía percepción de problema.

En los años 80 y gran parte de los 90, la heroína estaba presente prácticamente en la totalidad de los casos, y este consumo estaba vinculado, fundamentalmente, a la marginalidad y la delincuencia. Aparecía alguna vez la cocaína, la mayor parte de las veces rodeada de un halo de éxito social. Hoy el consumidor de drogas, nada tiene que ver con el de las décadas anteriores. El panorama es mucho más diverso y complejo. Así, nos encontramos con que el demandante puede ser un joven perteneciente a una familia “normalizada”, que durante un largo periodo de consumo está integrado socialmente, hasta que el problema se agudiza y aparecen conflictos personales, laborales, académicos, familiares e incluso jurídicos. La sustancia consumida, ya no es la heroína. El policonsumo está presente en la mayoría de los casos y es la cocaína la sustancia que provoca la mayor parte de las demandas del tratamiento. A modo de resumen, el perfil de los usuarios que demandan tratamiento en cualquiera de los programas descritos anteriormente, es el siguiente:

- > Demanda de tratamiento por consumo de opiáceos, en el 100% de los casos.
- > Demanda de tratamiento de pacientes para el programa de cocaína y/o alcohol.
- > Edad promedio: más de 39 años.
- > Sexo: 80% hombres y 20% mujeres.
- > Estado civil: 60% solteros
- > Nivel socioeconómico: 30% nivel bajo, 70% nivel medio.
- > Un 38% es trabajador en activo.
- > Un 21% cobra algún tipo de prestación o minusvalía.
- > Un 25% de los pacientes presenta VIH.
- > Un 20% de los pacientes presenta patología dual.

La media de edad de los usuarios está alrededor de los 40 años, viven en el domicilio familiar con sus padres, que habitualmente tienen una edad comprendida entre los 70 y 80 años. Hay otros casos en los que viven solos o con otros miembros de la familia, sobre todo cuando los padres han fallecido.

El lazo azul, símbolo de reconocimiento a las personas que trabajan con drogodependientes y de solidaridad con los drogodependientes, estuvo presente durante todo el acto de conmemoración del 25 aniversario





De derecha a izquierda: José Luis Sancho, Director de Proyecto Hombre Madrid, junto a Baltasar Garzón y Luis del Olmo

UN DÍA PARA NO OLVIDAR: CELEBRACIÓN DEL 25 ANIVERSARIO.

25 años no se cumplen todos los días y menos una institución como el Centro Español de Solidaridad Proyecto Hombre de Madrid.

Para conmemorar este aniversario, se organizaron actos que perseguían varios objetivos:

- > Aprovechar la efeméride para rendir un tributo a cuantas personas han hecho y hacen posible la tarea de Proyecto Hombre.
- > Visualizar las acciones que Proyecto Hombre realiza en el campo de la prevención de las drogodependencias.
- > Proyectar nuestra actividad para asumir nuevos retos.

Bajo la presidencia de Su Majestad la Reina Doña Sofía, en el Comité de Honor del 25 aniversario nos pusimos manos a la obra. Los actos organizados en torno al 25 aniversario no hubiesen podido salir bien sin la inestimable y desinteresada labor de cientos de voluntarios/as, trabajadores de los dispositivos, familias y los mismos usuarios. Todos han colaborado aportando su granito de arena. Juntos hemos edificado un gran castillo que ahora tenemos que mantener y, si es posible, agrandar.

El acto central de la conmemoración, fue la gala celebrada el pasado 10 de noviembre en el anfiteatro del Colegio de Médicos de Madrid. Aunque todavía hay varios actos por celebrar, con la gala que tuvo lugar el 10 de noviembre, se cumplen todos los objetivos perseguidos, porque tenemos una organización que tiene un gran contingente humano.

En el anfiteatro del Colegio de Médicos de Madrid, se congregaron cientos de usuarios, familias, voluntarios, responsables de entidades colaboradoras, artistas, periodistas, jueces. Un batiburrillo que refleja el carácter global y plural de Proyecto Hombre en Madrid.

Ante el buen hacer de Agustín Bravo, que hizo las veces de presentador, desfilaron por el escenario los Beat Beat Yeah, Los Peces y Carmen Paris. También nos acompañaron Eva Perales, Jorge Salán y Emilio Ortiz de Mago de Oz, Azucena de la Fuente de la Unión de Actores, Lou Garx del Grupo Sonora, Juan Carlos Grass del Grupo Boicot, José Luis Morán (El Gato Salsero), Alberto Soria del Ballet Nacional de Cuba, Eva Almaya (actriz), Teo Cardalda (Cómplices), Dj Kun (cantante), José A. Sayagués (Amar en tiempos...), María Luisa San José (actriz), Paca Gabaldón (actriz), Canco Rodríguez (Aída. Telecinco), Luisa Gavasa (Amar en tiempos...), Ana Turpin (Amar en tiempos...La señora. TVE. De repente los Gómez. Antena 3), Cristóbal Suárez (Amar en tiempos...TVE y 700 euros. Antena 3), Fernando Chinarro (teatro), Itziar Miranda (Amar en tiempos...TVE), Juanjo De la Iglesia (ex CQC. Periodista de Punto Radio), Soledad Jiménez (cantante. Ex Presuntos Implicados).

Durante el acto, Proyecto Hombre de Madrid entregó diversos reconocimientos a distintas personas que han colaborado con los objetivos de la entidad.

Recibieron su reconocimiento el periodista Luis Del Olmo y el juez Baltasar Garzón. Emilio Aragón, presidente de la Sexta, excusó su asistencia.

También recibieron reconocimientos el Responsable de Familias del Ayuntamiento de Madrid, Emiliano Martín, el periodista Pepe Cañaveras, el ex director y fundador de Proyecto Hombre, Juan Francisco Orsi, así como el ex director Marcelo Rodríguez.

María Fernanda Ayán y Paloma Pérez Agua recibieron, en representación de la Obra Social Caja Madrid, sendos reconocimientos a su labor.

Javier Verdasco por su labor desde la Obra Social La Caixa. Por el Patronato, tres órdenes, Hermana María Elicer Peláez y Ricardo. Por el Instituto de Adicciones de Madrid Salud: José Manuel Torrecilla, Francisco Babín, Nieves Herrero Yuste y acompañante, Victoria Bermejo, Paloma Caracena, Sol Ena de la Cuesta, Laura Racciatti Isola. El ARRMÍ estuvo representado por Carmen Balfagón Lloreda y Juan Francisco Franco Yagüe. La Agencia Antidroga recogió su reconocimiento en manos de Almudena Pérez Hernando, Francisco Javier González, Luis Miguel Díaz, Marta Aguilera, Manuel Rivero y Consuelo de la Calle. En el apartado de trabajadores de Proyecto Hombre Madrid, recibieron reconocimientos Leoadia González, Lourdes Calabozo y Daniel Hoyos. En representación de los ex usuarios, recibieron reconocimientos Felipe Muñoz, Carmelo y Cecilia Grijalva. En representación de las familias, uno de los pilares de Proyecto Hombre, recibieron su reconocimiento Gloria Encinas, Adelina Bolaños y familia Peña.

El voluntariado también tuvo su reconocimiento. Recogieron el galardón Margarita Llano, Francisco Santos, Ana Martínez de la Riva y Julián Castellano.

En este acto central de la celebración del 25 aniversario de Proyecto Hombre Madrid, también nos acompañaron, Beatriz Pérez Abraham, Cuarta Teniente Alcadesa, Titular del Área de Gobierno y Gestión de Familia, Asuntos Sociales, Educación y Seguridad del Ayuntamiento de Pozuelo de Alarcón y María Dolores Palacios García, Directora General de Familia, Asuntos Sociales, Educación y Seguridad del mismo Ayuntamiento de Pozuelo de Alarcón.

Finalmente, el ex delegado de Gobierno y actual concejal en el Ayuntamiento de Las Rozas, Pedro Núñez Morgades, participó de la celebración.

El lazo azul, símbolo del reconocimiento a las personas que trabajan con drogodependientes y de solidaridad con los drogodependientes, estuvo presente durante todo el acto. Muchos fueron los que lo lucieron y expresaron su reconocimiento a Proyecto Hombre.

El acto se desarrolló bajo una impecable organización de varias decenas de voluntarios. Terminamos muy entrada la noche, pero con las caras que reflejaban una tremenda satisfacción por haber pasado unos momentos agradables y muy emotivos. ●



Entrega de reconocimientos a personas que han colaborado con Proyecto Hombre

AVANCES

EL TRABAJO CON ALCÓHOL EN EL TRATAMIENTO DE ADICCIÓN A LA COCAÍNA

En los últimos años se ha incrementado la prevalencia de uso de la cocaína. El alcohol es la droga cuyo consumo se asocia con más frecuencia al de la cocaína, y no es fácil determinar si el consumo del alcohol es primario o secundario. Las personas que solicitan tratamiento por consumo de cocaína y abuso de alcohol, presentan peculiaridades diferentes respecto de las que sólo consumen cocaína. El abordaje terapéutico es más complejo, exige describir perfiles, un tipo de intervención diferenciado e incluso individualizado para lograr buenos resultados.

En Proyecto Hombre Asturias se desarrolló un trabajo con el alcohol en el caso de usuarios del tratamiento para la adicción a la cocaína (TAC).

HELÍ ÁLVAREZ RODRÍGUEZ
JUAN ANTONIO ÁLVAREZ GARCÍA
Terapeutas de Proyecto Hombre Asturias.



INTRODUCCIÓN

Los datos aportados en los últimos años por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, sugieren un incremento en la prevalencia de uso de cocaína, de su disponibilidad y de los problemas generados por su consumo en la mayoría de los países europeos.

La droga cuyo consumo se asocia con más frecuencia al de cocaína, es el alcohol (Flanner y cols., 2004), seguida del cannabis y de la heroína (muchos adictos a opiáceos consumen también cocaína). El alcoholismo también se asocia con frecuencia a la dependencia de cocaína y no siempre es fácil determinar si el consumo de alcohol es primario o secundario (Rounsaville y cols., 1991; Kleinman y cols., 1990). En series clínicas de cocainómanos, se encuentran porcentajes de alcoholismo que duplican los hallados en series de adictos a opiáceos. Las personas que hacen uso concurrente de alcohol y cocaína, tienen tasas más altas de trastornos físicos múltiples y de infecciones, que los alcohólicos o cocainómanos puros (Salloum y cols., 2004). En la clínica es muy frecuente que los cocainómanos refieran episodios de consumo de cocaína que están precedidos o se acompañan muy pronto de alcohol, con el que pretenden «modular» los efectos, el estado de ánimo y los síntomas ansiosos que produce la cocaína.

Las personas que solicitan tratamiento por consumo de cocaína y abuso de alcohol, presentan peculiaridades respecto de los que sólo consumen cocaína. La ingesta de alcohol como detonante del «craving» y conducta de búsqueda compulsiva de cocaína, influye en haber una mayor pérdida de control del consumo, más problemas sociales, más conductas de riesgo y antisociales (Pastor, Llopis y Baquero, 2002). El consumo de alcohol y cocaína incrementa la morbilidad psiquiátrica y empeora el pronóstico de la



dependencia de ambas sustancias, el abordaje terapéutico es más complejo y el cumplimiento terapéutico es menor (Ávila Escribano, J.J.; Villaverde Díaz, R., 2007). Por otro lado, el consumo de alcohol deriva frecuentemente en recaídas de pacientes cocainómanos en fase de recuperación y por ello la abstinencia de ambas sustancias es un objetivo inseparable en el tratamiento de la cocainomanía (Caballero, L., 2005).

Por todo ello se valora el uso de fármacos aversivos del alcohol. Los interdictotes o aversivos (cianamida cálcica y disulfiram), son medicamentos que por inhibir la metabolización del alcohol, ofrecen una fórmula de autocontrol y de apoyo a la sobriedad, que sirve como ayuda para que éste no ceda a los impulsos de

consumo que se producen al comienzo de la abstinencia (Crespo, C.; O'Ferral, C.; Gavira, C., 1997).

Desde el punto de vista práctico, aquellos pacientes en los que el consumo de alcohol precede al de la cocaína, parecen los candidatos más claros a tratamiento con disulfiram (Caballero, L., 2005).

OBJETIVOS

- > Valorar si la clasificación utilizada es válida y describe el perfil de los usuarios a tratamiento.
- > Describir el perfil de los usuarios del Tratamiento para la Adicción a la Cocaína (TAC) de Proyecto Hombre Asturias, en relación a su consumo de alcohol.
- > Valorar la evolución de los usuarios del TAC, que una vez clasificados, han seguido un «plan de trabajo» sobre el alcohol y que han finalizado el tratamiento. Constatar si los indicadores son predictivos de la evolución. Para ello necesitamos establecer indicadores de evaluación, clasificar a los usuarios dentro de dichos indicadores (descripción del perfil) y correlacionar los indicadores y la evolución que tienen.

METODOLOGÍA

Se desarrollará una descripción de todos los usuarios del TAC de Proyecto Hombre Asturias, que han seguido la evaluación, clasificación y planteamiento indicado por el equipo terapéutico en relación con su consumo de alcohol. Vamos a trabajar con los usuarios en tratamiento desde mayo de 2007 hasta abril de 2008.

El paquete estadístico utilizado fue el SPSS-13. Se llevaron a cabo diferentes análisis descriptivos y de frecuencias, para describir las características de los participantes.

Las personas que hacen uso concurrente de alcohol y cocaína, presentan tasas más altas de trastornos físicos múltiples y de infecciones que los alcohólicos o cocainómanos puros

PERFIL DE LOS USUARIOS

Tras la evaluación, se realizan para todos los usuarios, una serie de actuaciones encaminadas a la mejora de la capacidad de análisis y respuesta en relación con el alcohol. Entre ellas, se desarrollan seminarios médicos, grupos psicoeducativos sobre presión de grupo, respuestas adecuadas, etc. y anamnesis de alcohol.

Para describir el perfil de los usuarios, utilizaremos la información recogida en las variables de todos ellos; mientras que para describir la evolución, sólo utilizaremos la información recogida de aquellos usuarios que hayan finalizado el tratamiento en cualquiera de los programas del TAC.

Las variables recogidas corresponden a 92 usuarios, de los cuales 69 pertenecen al Programa Ambulatorio, 4 al Programa de Apoyo y 19 al Programa CRA.

De la observación de los usuarios del TAC, de los instrumentos de evaluación y seguimiento con que contamos en Proyecto Hombre, se deducen tres tipos de perfil en relación con el consumo de alcohol:

- > Perfil “sin problemas”: usuarios que no han manifestado problemas de consumo de alcohol a lo largo de su vida, ni asociación de su consumo con el de cocaína.
- > Perfil “cocaetileno”: usuarios en los que se da una asociación entre el consumo de ambas sustancias (cocaína y alcohol), formando el denominado complejo “cocaetileno”.
- > Perfil “con problemas”: personas con adicción o abuso previos de alcohol (desencadenante o no del consumo de cocaína).

TIPOS DE INTERVENCIÓN

Consideramos que para cada uno de estos tres perfiles, el tipo de intervención en relación con el alcohol debe ser diferenciado y, en la medida de lo posible, individualizado, teniendo en cuenta también, la evolución y cumplimiento de los objetivos que presente el usuario.

Se plantearían tres tipos de intervenciones:

- > Perfil “sin problemas”: planteamiento de consumo moderado de alcohol (en ambientes de no riesgo).
- > Perfil cocaetileno: establecer un programa de bebida controlada o la abstinencia de alcohol en función de las características personales de cada usuario.
- > Perfil “con problemas”: se plantea la abstinencia de alcohol. El beber controlado no es considerado un programa viable para los enfermos alcohólicos (Crespo, C; O’Ferral, C; Gavira, C, 1997).

En un tratamiento para la adicción a la cocaína, se considera adecuado mantener abstinencia al alcohol, al menos en un periodo de tiempo. También se tomará la decisión terapéutica, de acuerdo con el usuario, de la toma pautada de cianamida cálcica o Disulfiram.

INDICADORES DE EVALUACIÓN

Los indicadores de evaluación que utilizaremos serán:

- > EuropASI: es un instrumento heteroaplicado, que aporta información sobre aspectos de la vida del usuario que han podido contribuir a su drogodependencia. La entrevista consta de siete áreas, independientes entre sí y que integran múltiples aspectos: médico, empleo/soportes, alcohol, drogas, legal, familiar/social y psíquica. Si la puntuación en cada área es igual o superior a 4, indica la necesidad de tratamiento en el mismo; y dicha puntuación en el apartado del alcohol, indicaría la exclusión del grupo “sin problemas”.
- > MAST (MICHIGAN ALCOHOLISM SCREENING TEST): es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar abuso de alcohol. Se trata de un cuestionario de 25 ítems, diseñado para proporcionar una visión rápida del posible abuso de alcohol y de los problemas relacionados con éste. Según la versión original, 5 ó más respuestas afirmativas en la puntuación del mismo, indicarían problemas con el alcohol y por lo tanto exclusión del grupo “sin problemas” de nuestra clasificación.



PERFIL GENERAL DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN EL TAC

El perfil general es:

- > Un varón, nacido y residente en Asturias.
- > Con edades comprendidas entre 27 y 33 años.
- > Soltero (60,9%), con tres hermanos. De los que tienen familia propia, casi la mitad han roto con su pareja (42,2%); y los que tienen o han tenido pareja, son padres de un niño que vive con ellos o está a cargo de la madre.
- > Ha obtenido el graduado escolar (86,1%) y ha abandonado los estudios a los 18,2 años, porque quería ganar dinero y no le gustaba estudiar. A esa edad es consumidor de alcohol y hachís.
- > Comienza a trabajar a los 17,4 años. Más de la mitad (61%) mantienen la actividad laboral cuando empieza su proceso de rehabilitación en nuestro tratamiento. En el caso de los hombres, su trabajo se sitúa, principalmente, en el sector de la construcción y en la hostelería y el comercio para las mujeres.
- > Empiezan a consumir por motivos de ocio y de presión grupal. Consume cocaína a los 19,9 años y su fuente de ingresos proviene de su sueldo durante toda la drogodependencia.
- > Ha dependido de la cocaína unos 4,3 años antes de iniciar el proceso de rehabilitación, consumiéndola de forma esnifada. Ha sido consumidor de cocaína, alcohol y hachís y en menor medida de éxtasis y speed.
- > El 60% nunca antes había intentado dejar las drogas con ayuda profesional. Los motivos para iniciar el tratamiento son los problemas familiares y la intención de cambiar de vida. Un 23,5% tiene juicios pendientes.

En un tratamiento para la adicción a la cocaína, se considera adecuado mantener abstinencia al alcohol, al menos en un periodo de tiempo

RESULTADOS

PUNTUACIONES MEDIAS Y DESVIACIÓN TÍPICA EN EL EuropASI Y MAST

La puntuación media del europASI está prácticamente en el límite de necesidad de tratamiento (3,83); y la del MAST se sitúa ligeramente por encima del mismo (5,78). De la población estudiada para el europASI (N=90), 56 (62,2%) proporcionaban una puntuación para OH igual o mayor a 4; y de la población estudiada para el MAST (N=87), 42 (48,2%) mostraban una puntuación igual o mayor a 5. Esto indicaría que prácticamente la mitad de los usuarios mostrarían una necesidad de tratamiento con el alcohol.

| | N | Media | Desv. Tip. |
|-------------------------------|----|-------|------------|
| Puntuación OH EuropASI | 90 | 3,83 | 1,850 |
| Puntuación MAST | 87 | 5,78 | 4,802 |

MEDIA Y DESVIACIÓN TÍPICA DE LOS USUARIOS CLASIFICADOS COMO NO PROBLEMÁTICOS EN EL EuropASI y MAST

La puntuación media del europASI en los usuarios clasificados como "no problemáticos", es de 2,26, considerándose la necesidad de tratamiento a partir del 4. Esto significaría que el resultado obtenido en esta clasificación, está avalado por el resultado del europASI. La puntuación del MAST también avala dicha clasificación, al estar la puntuación media por debajo de 5, que es donde comenzaría a detectarse un problema con el alcohol.

| | N | Media | Desv. Tip. |
|-------------------------------|----|-------|------------|
| Puntuación OH EuropASI | 31 | 2,26 | 1,632 |
| Puntuación MAST | 30 | 2,13 | 2,047 |
| N válido | 31 | | |

PUNTUACIONES MEDIAS Y DESVIACIÓN TÍPICA DE LOS SUJETOS CLASIFICADOS COMO "COCAETILENO" EN EL EuropASI Y EN EL MAST

La puntuación media en el grupo de "cocaetileno" es de 4,14 en el europASI y 5,15 en el MAST, lo cual indica, en estos individuos, una necesidad de tratamiento con el alcohol y avala que la clasificación de estos usuarios es correcta.

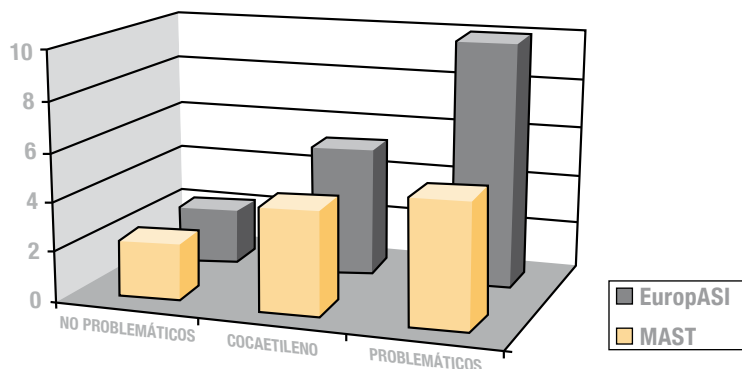
| | N | Media | Desv. Tip. |
|-------------------------------|----|-------|------------|
| Puntuación OH EuropASI | 28 | 4,14 | ,970 |
| Puntuación MAST | 27 | 5,15 | 3,592 |
| N válido | 29 | | |

| | N | Media | Desv. Tip. |
|-------------------------------|----|-------|------------|
| Puntuación OH EuropASI | 31 | 5,13 | 1,500 |
| Puntuación MAST | 30 | 10,00 | 4,480 |
| N válido | 30 | | |

MEDIA Y DESVIACIÓN TÍPICA DE LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS POR LOS SUJETOS CLASIFICADOS COMO "PROBLEMÁTICOS" EN EL EuropASI Y EN EL MAST

En el grupo clasificado como "problemáticos", las medias son de 5,13 para el EuropASI y de 10 para el MAST.

COMPARATIVA DE LAS PUNTUACIONES DE EUROPA SI Y DEL MAST EN LAS TRES CATEGORÍAS DE LA CLASIFICACIÓN



| | Frecuencia | Porcentaje válido |
|--------------------------|------------|-------------------|
| "NO aversivo" | 48 | 52,2 |
| "USO de aversivo" | 44 | 47,8 |
| Total | 92 | 100,0 |

USO DEL AVERSIVO EN EL TRATAMIENTO

Un 47.8% de los usuarios utilizarían aversivo, esto se correspondería con el dato que se aporta en el siguiente apartado -el 66.3% de los sujetos estudiados, plantean un problema con el uso del alcohol-. Todos los usuarios clasificados como "problemáticos", han utilizado aversivo, excepto 4 personas que aún teniendo problema con el consumo de alcohol, llevaban un tiempo abstinentes (medio protegido, enfermedad.)

| | Frecuencia | Porcentaje válido |
|--------------------------|------------|-------------------|
| "NO problemático" | 31 | 33,7 |
| "Cocaetileno" | 29 | 31,5 |
| "Problemático" | 32 | 34,8 |
| Total | 92 | 100,0 |

CLASIFICACIÓN SEGÚN ESTILO DE CONSUMO

Los datos muestran un equilibrio numérico entre las tres variables. Se ve también claramente, que el alcohol está presente mayoritariamente entre los usuarios del TAC, ya que si juntamos los datos de las dos últimas variables, vemos que 61 personas (29 de "cocaetileno" y 32 de "problemático") -el 66.3%- tienen un consumo asociado o problemático con el alcohol y cocaína, frente a 31(33.7%) que no presentan esta asociación.

| | Frecuencia | Porcentaje válido |
|------------------------------------|------------|-------------------|
| "Moderado" | 33 | 38,8 |
| "Plan de bebida controlada" | 16 | 18,8 |
| "Abstinencia" | 36 | 42,4 |
| Total | 85 | 92,4 |
| Perdidos | 7 | 7,6 |
| Total | 92 | 100,0 |

INDICACIÓN DEL EQUIPO DEL ESTILO DE BEBIDA FUTURA

La indicación la hará el equipo terapéutico una vez tenga los datos necesarios para valorar que tipo de consumo es el más adecuado para el usuario. La mayor duda se tiene con aquellos consumidores de cocaína y alcohol asociados (cocaetileno), ya que algunos, según ciertas características personales, familiares y sociales, podrían entrar en un programa de bebida controlada o, por el contrario, sería más recomendable la abstinencia.

PLANTEAMIENTO REALIZADO POR EL USUARIO

Este estudio se ha realizado sobre los 50 usuarios que ya están llevando a cabo un planteamiento de utilización o no de alcohol. Los 42 usuarios “perdidos” son aquellos que todavía no han realizado un “plan”.

ESTILO DE CONSUMO REALIZADO A LO LARGO DEL TRATAMIENTO

El 75% de los usuarios que tienen un “plan” respecto a su consumo de alcohol, están cumpliendo dicho plan. Los 5 usuarios que no salen reflejados en la tabla hasta completar los 50, son aquellos que no llevan tiempo suficiente realizando el “plan” y todavía no se puede hacer una valoración de su cumplimiento. El 20% han cumplido el plan previsto y un 4,4% han modificado el plan ante su incumplimiento.

| | Frecuencia | Porcentaje válido |
|-----------------------------|------------|-------------------|
| “Moderado” | 21 | 42,0 |
| “Plan de bebida controlada” | 11 | 22,0 |
| “Abstinencia” | 18 | 36,0 |
| Total | 50 | 100,0 |
| Perdidos | 42 | |
| Total | 92 | |

| | Frecuencia | Porcentaje válido |
|--|------------|-------------------|
|--|------------|-------------------|

| | | |
|---------------------------------------------------|-----------|--------------|
| “Cumple adecuadamente el plan previsto” | 34 | 75,6 |
| “No cumple adecuadamente el plan previsto” | 9 | 20,0 |
| “Se modifica el plan previsto por incumplimiento” | 2 | 4,4 |
| Total | 45 | 100,0 |

CÓMO FINALIZA EL PROCESO EL USUARIO

Un número de 30 personas de las 92 a estudio, han finalizado el tratamiento. Los 62 restantes (perdidos sistema) son los que continúan en él. 23 personas han finalizado el tratamiento siendo Alta Terapéutica de alguno de los tres programas del TAC, y todos ellos (100%) “cumplían adecuadamente el plan previsto”.

| | Frecuencia | Porcentaje válido |
|--|------------|-------------------|
|--|------------|-------------------|

| | | |
|-------------------------------|-----------|--------------|
| AT prog. ambulatorio | 18 | 60,0 |
| AT prog. de apoyo | 2 | 6,7 |
| AT prog. CRA | 3 | 10,0 |
| AV prog. ambulatorio | 1 | 3,3 |
| AV prog. CRA | 2 | 6,7 |
| Derivación a otro tratamiento | 2 | 6,7 |
| Expulsión | 2 | 6,7 |
| Total | 30 | 100,0 |
| Perdidos sistema | 62 | |
| Total | 92 | |

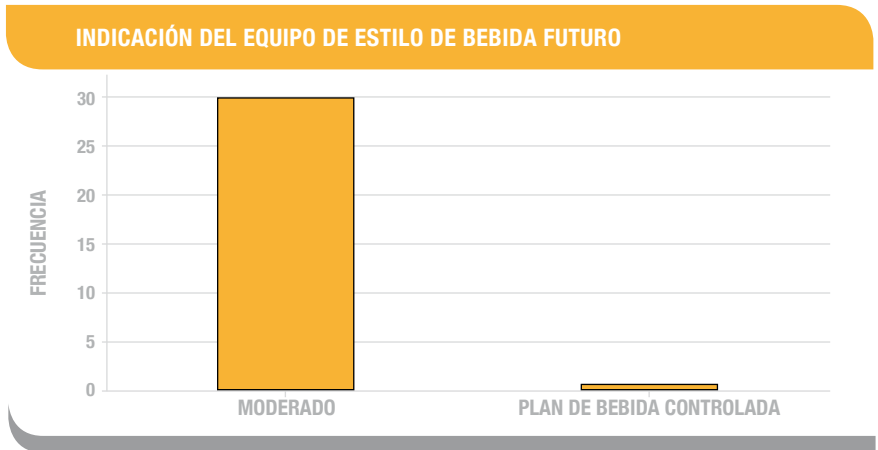
Las personas que solicitan tratamiento por consumo de cocaína y abuso de alcohol, presentan peculiaridades respecto de los que sólo consumen cocaína. La ingesta de alcohol como detonante del “craving” y conducta de búsqueda compulsiva de cocaína, influye en haber una mayor pérdida de control del consumo, más problemas sociales, más conductas de riesgo y antisociales

RELACIÓN ENTRE LA CLASIFICACIÓN DEL ESTILO DE CONSUMO Y LA INDICACIÓN TERAPÉUTICA

| | Frecuencia | Porcentaje válido |
|------------------------------------|------------|-------------------|
| “Moderado” | 30 | 96,8 |
| “Plan de bebida controlada” | 1 | 3,2 |
| Total | 31 | 100,0 |

NO PROBLEMÁTICOS. N 31

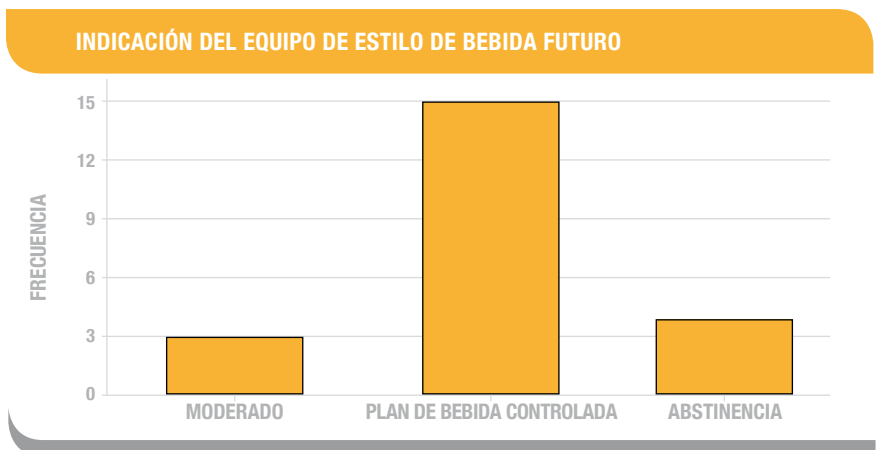
A 30 usuarios (96,8) se les ha hecho la indicación terapéutica de bebida “moderada”, y sólo a 1 se le indicó un plan de bebida controlada.



| | Frecuencia | Porcentaje válido |
|------------------------------------|------------|-------------------|
| “Moderado” | 3 | 13,6 |
| “Plan de bebida controlada” | 15 | 68,2 |
| “Abstinencia” | 4 | 18,2 |
| Total | 22 | 100,0 |
| Perdidos | 7 | |
| Total | 29 | |

COCAETILENO. N 22

A la mayoría se le indica iniciar un plan de bebida controlada (68,2). A quienes pese a la asociación de la cocaína con el alcohol, se les indica un consumo moderado, es debido a circunstancias personales, como por ejemplo, pasar una larga temporada en un programa terapéutico en prisión y en abstinencia de alcohol y cocaína (13,6). A un 18,2 se les indicaría mantener la abstinencia.



Al 100% de los usuarios clasificados como problemáticos, se les ha hecho la indicación terapéutica de abstinencia.

¿CUMPLEN LOS USUARIOS DEL TAC EL PLANTEAMIENTO CON EL ALCOHOL PREVISTO?

| | Cumple adecuadamente el plan previsto | No cumple adecuadamente el plan previsto | Se modifica el plan previsto por incumplimiento |
|----------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| “Plan” de bebida moderada N 21 Perdidos 2 | 15 | 3 | 1 |
| Plan de bebida controlada N 11 Perdidos 2 | 5 | 3 | 1 |
| Abstinencia N 18 Perdidos 0 | 15 | 3 | 0 |

La mayoría de los usuarios del estilo de bebida moderada, cumplen el “plan” previsto. Ocurre lo mismo con los usuarios que tienen un “plan” de mantener la abstinencia, posiblemente sean los más conscientes de su problemática. Los usuarios clasificados como “cocaetileno”, muestran una mayor dificultad en cumplir lo planteado, quizás porque como indicamos en la introducción, sean conscientes de su cocainomanía, pero no quieran verse con un problema añadido con el alcohol, con lo que ello supone a nivel de presión social.

De los 11 (9+2 que lo modifican por no cumplirlo) usuarios que “no cumplen adecuadamente el plan previsto”, 10 han tenido consumos de cocaína asociados al consumo de alcohol. El 80% de estos usuarios tenía una puntuación mayor de 4 en el EuropASI y el 70% puntuaba por encima de 5 en el MAST. 6 de ellos tenía la indicación terapéutica de abstinencia o plan de bebida controlada, pero prefirieron “probarse” y consumir alcohol.

DISCUSIÓN

La media de las puntuaciones obtenidas en el europASI y en el MAST, indican que la población del TAC muestra, en un gran porcentaje, una necesidad de tratamiento con el alcohol como detonante del consumo de cocaína y que una buena práctica en este tema, ayudaría a la prevención de futuras recaídas en la cocaína. La mayoría de los usuarios del TAC (66%), muestran un consumo problemático con el alcohol y asociado al consumo de cocaína (cocaetileno).

Los resultados avalan, que la clasificación que nos planteamos desde el TAC de Proyecto Hombre Asturias, es correcta, ya que demostramos que incluye a personas con unas características determinadas, según la Evaluación hecha previamente, a las que las indicaciones terapéuticas dadas y el planteamiento realizado, les ha ayudado mayoritariamente a mantenerse abstinentes con el alcohol y a finalizar el tratamiento de manera adecuada. Los resultados de múltiples estudios, muestran como la retención y la abstinencia durante el tratamiento, son predictores muy importantes de la abstinencia a largo plazo (Higgins, Badger, Budney, 2000).

La mayoría de los usuarios cumple adecuadamente el plan previsto, esto demuestra que los planes realizados están siendo acertados. Los que no han cumplido el plan o ha sido modificado y por lo tanto, han estado consumiendo alcohol de forma no prevista, han tenido también consumos de cocaína.

Es muy significativo, que todas las personas con Alta Terapéutica en el tratamiento, estaban cumpliendo adecuadamente el plan previsto y éste prácticamente en un 100%, era coincidente con la indicación terapéutica. Esto avalaría, que las indicaciones realizadas siguiendo la clasificación establecida, son adecuadas y su cumplimiento garantiza finalizar con éxito el tratamiento.

Podemos concluir, que la clasificación elaborada por el equipo del TAC de Proyecto Hombre de Asturias es válida y describe el perfil de los usuarios a tratamiento.

Hemos descrito el perfil de los usuarios y vemos que mayoritariamente tienen un problema con el alcohol asociado al consumo de cocaína.

Hemos valorado también, que la evolución es más positiva en aquellos usuarios que cumplen adecuadamente el planteamiento establecido junto con el equipo terapéutico, teniendo en cuenta la clasificación a la que pertenecen. Se ha observado que todos los sujetos con Alta Terapéutica habían seguido el “plan” establecido.

Por lo tanto, podemos constatar que los indicadores establecidos, pueden ser predictivos de la evolución del usuario.

Sería también útil, continuar estudiando la población del TAC respecto a su consumo de alcohol y según la clasificación establecida e incluso hacer una comparativa entre los dos programas que cuentan con mayor número de usuarios (Programa Ambulatorio y CRA). •

BIBLIOGRAFÍA:

- Andrews, P. (1997). Cocaehtylene toxicity. *J Addict Dis* 16: 75-84.
- Ávila Escribano, J.J.; Villa, R. Presentación de diferentes trastornos psicopatológicos en la dependencia de alcohol y cocaína. *Rev. Trastornos Adictivos*, 2007 oct.
- Budney, A. J. y Higgins, S. T. (1998). A Community Reinforcement Approach: Treating Cocaine Addiction. Retrieved February 7, 2006, from www.drugabuse.gov/TXManuals/CRA/CRA1.html.
- Beneit, J.V.; García, C.; Mayor, L.I.; Intervención en drogodependencias. Un enfoque Multidisciplinar. Ed. Síntesis, S.A. Madrid, 1997.
- Bobes, J.; Saiz, P.A.; González, M.P.; Bascarán, M.T.; Epidemiología del uso/abuso de cocaína. *Rev. Adicciones. Monografía cocaína. Vol. 13, suplemento 2, 2001. Págs. 23-36.*
- Caballero, L.; Adicción a la cocaína: Neurobiología, clínica, diagnóstico y tratamiento. Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de publicaciones. Madrid, 2005.
- Calafat, A; Juan, M.; Becoña, E.; Fernández, C.; Gil, E.; Llopis, J.J.; Vida social de la cocaína. *Rev. Adicciones, Monografía cocaína. Vol. 13, suplemento 2, 2001.*
- Carroll KM, Nich C, Ball SA y cols. One-year follow-up of disulfiram and psychotherapy for cocaine-alcohol users: sustained effects of treatment. *Addiction* 2000; 95: 1335-49.
- Carroll KM, Nich C, Ball SA y cols. Treatment of cocaine and alcohol dependence with psychotherapy and disulfiram. *Addiction* 1998; 93: 713-27.
- Dean, R.A.; Bosron, W.F.; Zachman, F.M. and Brzezinski, M.R. (1997). Effects of ethanol on cocaine metabolism and disposition in the rat. *NIDA Research monograph* 173: 35-47.
- Flanner BA, Morgenstern J, McKay J y cols. Co-occurring alcohol and cocaine dependence: recent finding clinical and field studies. *Alcohol Clin Exp Res* 2004; 28: 976-81.
- Higgins ST and Budney AJ. Treatment of cocaine dependence through the principles of behavior analysis and behavioral pharmacology. *NIDA Res Monogr* 1993; 137: 97-121.
- Higgins ST, Budney AJ, Bickel WK y cols. Disulfiram therapy in patients abusing cocaine and alcohol. *Am J Psychiatr* 1993; 150: 675-6.
- Higgins ST, Badger GI, Budney AJ, 2000. Initial abstinence and success in achieving longer term cocaine abstinence. *Experimental and clinical. Psychopharmacology*, 8, 377-386.
- Jover, R.; Ponsoda, X.; Gómez-Lechón, M.J.; Herrero, C.; del Pino, J. and Castell J.V. (1991). Potentiation of cocaine hepatotoxicity by ethanol in human hepatocytes. *Toxicol Appl Pharmacol* 107: 526-534.
- Pastor, R.; Llopis, J.J.; Baquero, A.; Interacciones y consecuencias del consumo combinado de alcohol y cocaína: una actualización sobre el cocaetileno. *Rev. Adicciones*, 2003. Vol. 15 Núm.2. Págs 159-164.
- Rubio, G. y col. Guía práctica de intervención en alcoholismo. Madrid. Agencia antidroga. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2000.
- Salloum IM, Douaihy A, Ndimbie OK, Kirisci L. Concurrent alcohol and cocaine dependence impact on physical health among psychiatric patients. *J Addict Dis* 2004; 23: 71-81.
- Secades-Villa, R.; García-Rodríguez, O.; Álvarez-Rodríguez, H.; Río Rodríguez, A.; Fernández Hermida, J.R.; Carballo, J.L.; El programa de reforzamiento comunitario mas terapia de incentivos para el tratamiento de la adicción a la cocaína. *Rev. Adicciones* 2007. Vol. 19, Nº1, págs 51-57.
- Signs, S.A.; Dickey-White, H.I.; Vanek, V.W.; Perch, S.; Schechter, M.D.; and Kulics, A.T. (1996). The formation of cocaehtylene and clinical presentation of ED patients testing positive for the use of cocaine and ethanol. *Am J Emerg Med* Nov 14: 665-670.
- Vocci FJ, Elkashef A. Pharmacotherapy and other treatments for cocaine abuse and dependence. *Curr Opin in Psychiatry* 2005; 18: 265-270.

TERAPIAS



ORIGEN ALEMÁN DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

FERNANDO PÉREZ DEL RÍO. - Psicólogo. Proyecto Hombre Burgos.

“Si la memoria no se ejercita, desaparece el recuerdo de las cosas, de tal manera que cuando falta el recuerdo, la cosa deja de existir, aunque sea tan real como una piedra en el camino” Marco Fabio Quintiliano

Si nos propusiéramos realizar una extensa revisión en el tiempo sobre el concepto de “comunidad”, podríamos llegar a retrotraernos fácilmente a las primeras órdenes religiosas, “comunidades precristianas como la llamada Quamran”, Harris (1980), o los Kibbutz en Israel. Terapéutica proviene del griego “therapeutikos”, que significa cambio, y “comunidad” se define como “aquel grupo de personas que se unen para alcanzar uno o varios objetivos que por sí solas no podrían o les sería difícil cumplir” (Palacios,

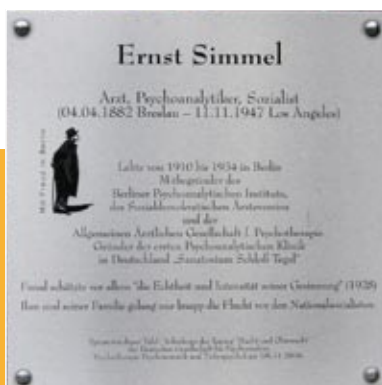
2004). Pero no entra en nuestro propósito extendernos demasiado, así que nos centraremos exclusivamente en las Comunidades Terapéuticas para drogodependientes.

Las primeras Comunidades Terapéuticas semidirectivas democráticas para el tratamiento de las adicciones, se diseñaron y tuvieron su arranque en el continente europeo. En su origen eran “medio-sanatorios”, ya que estaban ubicadas en espacios hospitalarios. Según psiquiatra francés Rogues de



Autor fotografía - Daniel Pozo

Fursac, en su Manual de Psiquiatría del año 1921, “el asilo de alcohólicos (o asilo de bebedores) propiamente dicho, debe ser un establecimiento de tratamiento y redención moral. Recibirá todos los sujetos susceptibles de enmienda. [...] El medio más eficaz es meterlos en las sociedades de abstinencia, donde encuentran ayuda, protección, vigilancia y vida social.” Rogues de Fursac, entre otras cosas médico jefe de los asilos del sena, expone en 1921 como las medidas preconizadas por la Comisión sueca: La lutte antialcoolique dans les Pays scandinaves, (acción directa e individual sobre el bebedor), tuvieron una influencia importante y, por otro lado destaca la importancia de ubicar en establecimientos especiales a los reincidentes e incorregibles; disponerlos en lugares donde pudieran realizar diferentes tareas -por ejemplo agrícolas-, de tal modo que su manutención no ocasionara demasiado gasto a la sociedad. Pero en relación a este último punto, subraya a modo de conclusión satisfactoria, que estas experiencias de asilos para bebedores ya estaban realizándose concretamente en Alemania desde hace años, al parecer con buenos resultados. Los clínicos alemanes del siglo XIX iban tanteando diferentes formas de actuar, y algunos observaron la importancia de implan-



Determinar el origen de la Comunidad Terapéutica para drogodependientes, no es tarea fácil, ya que no siempre obedece al rigor histórico. Las aportaciones de los alemanes a la Comunidad Terapéutica, y concretamente las contribuciones de Ernst Simmel (1882-1947), ofrecen la posibilidad de ubicar el origen de lo que entendemos hoy en día por Comunidad Terapeuta en Alemania, concretamente en Tegel, Berlín.

tar un cuidado especial para gente muy deteriorada. Todo esto fue desembocando en la particular propuesta del neurólogo y psicoanalista alemán Ernst Simmel en los años veinte del siglo XX. Este clínico creó un modelo terapéutico en Tegel (Berlín), donde el personal informaba de los actos de los pacientes adictos (Pérez, Martín, 2007). “Para Simmel (Psychoanalytic treatment in a sanatorium, 1929), se trataba esencialmente de reunir los distintos aspectos de la transferencia en una única y central que él pudiera interpretar sin limitación. Paralelamente, se restringía expresamente la vida pulsional de los pacientes, es decir, ausencia de relaciones sexuales, prohibición de consumir alcohol, dietas estrictas y otras limitaciones análogas. Cabe mencionar que, en sus inicios, este tipo de tratamiento estaba especialmente dirigido a pacientes toxicómanos” (Álvarez, Esteban, Sauvagnat, 2004).

Podemos destacar también otras aportaciones e ideas sobre el tratamiento para adictos (Simmel, 1937), sistema que el autor calificó en su día de metapsicología:

- a) en primer lugar, se precisa tratar al paciente *in situ*, conviviendo en la estructura diseñada para tal efecto
- b) el personal trabaja en equipo, concibiendo propuestas y elaborando



conjuntamente los planes individualizados; de este modo, todo el equipo conocía los objetivos y desarrollo de cada paciente

- c) su estructura y forma de trabajar confiaba en los recursos de las personas, en su fuerza, en que ellos fueran realizando un trabajo en interacción: un trabajo interpersonal. Como consecuencia, el Centro se constituye como lugar de entrenamiento donde los pacientes van regulando su conducta y donde se van encontrando salidas aceptables a sus tendencias
- d) se trabajaba el contexto familiar y los roles familiares si el caso lo precisaba
- e) se trata de un sistema donde -ya en los años veinte- se abordó el objetivo de que los terapeutas expertos formasen a los nuevos. Exactamente tal y como se hace hoy día.

Sin duda, lo puesto en práctica por Simmel nos recuerda a lo que hacemos hoy en día; cierto es también que otras cuestiones como, por ejemplo, el importante concepto de autoayuda entre los pacientes, no fueron explicitadas por Simmel en sus textos.

En otro orden de cosas y atendiendo a la tradición de la psiquiatría del siglo XIX, vemos que ya existía en Alemania una orientación de corte más psicológica y pionera en Europa (die Psychiker) frente al movimiento organicista llamado die Somatiker. También encontramos autores como *Johann Christian Heinroth (1773-1843)* y, sobre todo, *Griesinger (1817-1868)*; ambos influirían enormemente en la psiquiatría europea. Así no

resulta extraño que surgieran originales propuestas provenientes de clínicos alemanes.

Pero estas precursoras experiencias comunitarias desarrolladas en Alemania no tardaron en caer en el más

moderno. Fue utilizado por primera vez para describir las comunidades terapéuticas psiquiátricas que nacieron en el Reino Unido durante los años 40." [...] "Comunidades Terapéuticas en hospitales psiquiátricos, propuestas y

Se aprende fundamentalmente de la experiencia, del ensayo-error, pero sobre todo de la imitación del estilo y habilidades del compañero con más experiencia al que se le atribuye un supuesto saber

profundo de los olvidos. De hecho, abundantes textos fueron perseguidos e incluso quemados por el partido que gobernó Alemania antes de la II Guerra Mundial, según narra el propio Ernst Simmel (1882-1947), quien por cierto provenía de una familia judía y fue detenido por la Gestapo durante un tiempo por ser miembro de la Asociación de Médicos Socialistas; logró escapar a Bélgica, después huyó al Reino Unido y finalmente terminó en Estados Unidos ejerciendo como clínico. Sea como fuere, estas propuestas no aparecen citadas prácticamente en casi ningún libro, salvo muy honrosas excepciones. Para más inri, lo que sí encontramos en casi la mayoría de las publicaciones son comentarios como los siguientes: "El término Comunidad Terapéutica es

llevadas a la práctica por Jones (1953) y otros profesionales pioneros en el Reino Unido" (*De Leon, 2004*).

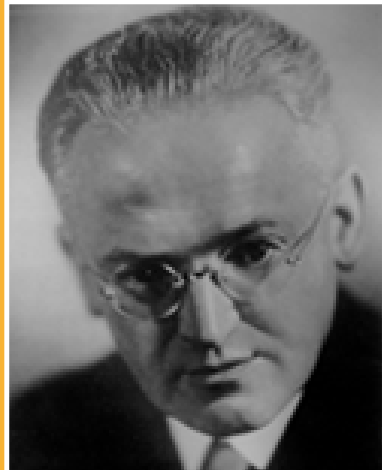
Este mismo autor, *De Leon*, considerado "gurú" en la materia, llega a sostener lo siguiente: "La Comunidad Terapéutica psiquiátrica prototipo fue desarrollada por primera vez en la unidad de rehabilitación social del Hospital Belmont (llamado posteriormente Henderson), en Inglaterra, a mediados de los años 40. [...] Y la gran novedad consistía en tratar a pacientes internos psiquiátricos con trastornos de personalidad a largo plazo". En definitiva, y como el lector ya habrá advertido, esta "gran novedad" clínica se desarrolló en Inglaterra décadas después de la experiencia de Tegel en Berlín. El origen

de la Comunidad Terapéutica, pues, se establece “oficialmente” en una unidad de rehabilitación para pacientes con trastornos “de personalidad”, es decir, que ni siquiera eran drogodependientes. En resumidas cuentas, resulta difícil entender por qué se ignoran las definitivas y cuantiosas aportaciones germánicas con relación a la Comunidad Terapéutica.

En lo que respecta a España, recientemente fue publicado un libro bajo el título de *Historia de las adicciones y su abordaje en España*, editado por la asociación científica Sociodrogalcohol, donde se nos recuerda muy por encima y sin mayor lujo de detalles que el movimiento de las Comunidades Terapéuticas, como alternativa a la asistencia hospitalaria para los trastornos adictivos, tuvo su cuna en EE.UU. Y en cuanto a Europa atañe, en 1972 Lucien Engelmeier habría fundado la organización “Le Patriarche” (La Boere, Francia), un modelo asistencial en régimen libre de drogas (Santodomingo, 2009). En fin...

No obstante todo lo cual, se nos ocurre pensar que tal vez la razón principal por la cual no se reconozca el origen germánico de la Comunidad Terapéutica sea que el pueblo alemán perdió la II Guerra Mundial. Otra razón a sumar que podemos esbozar es la lucha entre modelos teóricos. Concretamente, este autor del que hablamos, Ernst Simmel, era psicoanalista. No todas las personas afiliadas a un modelo teórico concreto están emocionalmente preparadas para digerir que un modelo con fama de “individualista” sea el promotor de algo tan grupal como la Comunidad Terapéutica.

Llegados a este punto, habremos de detenernos un instante en otra posible causa que explique este tenaz ninguneo a la aportación teutona. Si se nos permite poner como ejemplo a “George de León”, podría ser simplemente que este autor anglosajón no tenga a bien citar a autores que no hablan o escriben en otro idioma que no sea el inglés. Otra posible razón que podemos aventurar es que el terapeuta se forma en las propias comunidades terapéuticas, y durante muchos años -casi como si se tratara de una tradición- no se ha insertado la cultura de registrar de forma escrita este saber. Tanto la metodología como los instrumentos, y sobre todo las formas de actuar con los pacientes



Ernst Simmel

en diferentes situaciones, se transmiten casi siempre oralmente, de una forma muy práctica. Son estilos que ayudan a un terapeuta a enfrentarse a situaciones con un fuerte componente emocional. En una expulsión, por ejemplo, un terapeuta fácilmente puede experimentar intenso miedo, y trabajar y entender esas emociones propias es algo difícil de ser plasmado sobre un papel. Se aprende fundamentalmente de la experiencia, del ensayo-error, pero sobre todo de la imitación del estilo y de las habilidades del compañero con más experiencia al que se le atribuye un supuesto saber. Con todo esto se desea indicar que lo que hoy conocemos mejor es lo que posiblemente más cerca de nosotros ha acontecido en el tiempo, quedando en el olvido todo lo demás.

En definitiva, podemos aseverar sin gran riesgo a equivocarnos que no existió una fuerte cultura a la hora de registrar la historia, salvo en estas últimas décadas. Tampoco ha sido frecuente verificar las fuentes de información ni comprobar si estas recetas históricas que nos indican de donde venimos son ciertas o no. Es decir, padecemos un problema del que se quejan no pocos historiadores.

No es de extrañar que en uno de los últimos libros publicados sobre comunidades terapéuticas en España, su autor, el sociólogo Domingo Comas (2005) utilizara en su introducción la siguiente cita de Marco Fabio Quintiliano: “si la memoria no se ejercita, desaparece el recuerdo de las cosas, de tal manera que, cuando falta el recuerdo, la cosa deja de existir, aunque sea tan real como una piedra en el camino.”

La conclusión de todo esto parece obvia: el origen de la Comunidad

Terapéutica para drogodependientes es difícilmente atribuible a un momento histórico concreto, pero, dado el material expuesto, vemos que el hecho de proponer el origen de la Comunidad puede responder en ciertos casos, más, a diversos intereses personales de algunos autores que al rigor histórico. Quizás ya sea tiempo, en pleno siglo XXI como estamos, de poner a cada uno en su sitio; reconocer las definitivas aportaciones de los alemanes a la Comunidad Terapéutica y concretamente las contribuciones de Ernst Simmel (1882-1947), y hacer un poquito de justicia. ●

Álvarez, J. M., Esteban, R., Sauvagnat, F. (2004). Fundamentos de psicopatología psicoanalítica. Madrid: Síntesis.

Comas, D. (2006). Comunidades Terapéuticas en España. Situación actual y propuesta funcional. Madrid: Grupo GID.

De Fursac, R. (1921). Manual de Psiquiatría. Valencia: Editorial Pubul.

De León, G. (2004). La comunidad terapéutica y las adicciones. Teoría, modelo y método. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Harris, M., (1980). Vacas, cerdos, guerras y brujas. Madrid: Alianza Editorial.

Palacios, J. (2004). Ética y comunidad terapéutica: en búsqueda de una autocrítica. En: Salas, L. Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias. Madrid: Proyecto Hombre. P 197-206.

Pérez, F. Martín, I. (2007). Nuevas Adicciones ¿Adicciones Nuevas? Guadalajara: Ediciones Intermedio.

Santodomingo, F. (2009). Antecedentes históricos de las Adicciones. Del siglo XIX hasta 1940. (Coord.) Torres, A. Historia de las adicciones en la España contemporánea. Ed sociodrogalcohol.

Simmel, E. (1937). The psychoanalytic sanitarium and the psychoanalytic movement, Bulletin of the Menninger Clinic, 1, 133-143.

DOSSIER

PREVENCIÓN FAMILIAR DEL CONSUMO DE DROGAS Y DE OTRAS CONDUCTAS PROBLEMA EN LOS HIJOS E HIJAS: RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE COMPETENCIA FAMILIAR EN SIETE CENTROS DE LA ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE

El Programa de Competencia Familiar, adaptación española del Strengthening Families Program (SFP 6-11) -desarrollado por la doctora Karol Kumpfer (1989)- se ha implantado en algunos Centros Proyecto Hombre durante el 2009.

Es un programa selectivo de prevención familiar, diseñado para prevenir el consumo de drogas y el comportamiento antisocial de los hijos de personas drogodependientes, en proceso de rehabilitación.

Sucesivas adaptaciones realizadas en nuestro país por el Grupo de Investigación y Formación Educativa y Social (GIFES) de la Universidad Illes Balears, han demostrado también su eficacia y pertinencia en la prevención del consumo de drogas y otras conductas problema, en familias en las que ningún miembro ha desarrollado una drogodependencia, pero que reúnen otros factores familiares de riesgo de consumo.

CARMEN ORTE SOCIAS
Directora del Grupo de Investigación y Formación Educativa y Social (GIFES) de la Universidad Illes Balears.

GRUPO DE INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN EDUCATIVA Y SOCIAL (GIFES) DE LA UNIVERSIDAD ILLES BALEARIS:
Martí X. March; Luis Ballester; Cristina Fernández; Josep Lluís Oliver; Belén Pascual.

INTRODUCCIÓN

Durante el primer semestre de 2009, los Centros Proyecto Hombre de Baleares, Cataluña, Córdoba, Granada, Málaga, Sevilla y Valladolid, han implementado el Programa de Competencia Familiar, adaptación española del *Strengthening Families Program* (SFP 6-11), desarrollado por la doctora Karol Kumpfer (1989).

Se trata de un programa selectivo de prevención familiar del consumo de drogas, diseñado para prevenir el consumo de drogas y el comportamiento antisocial de los hijos de personas drogodependientes, en proceso de rehabilitación. Sucesivas adaptaciones realizadas en nuestro país por nuestro equipo de investigación (2004, 2008, 2009), han demostrado también su eficacia y pertinencia en la prevención del consumo de drogas y otras conductas problema, en familias en las que ningún miembro ha desarrollado una drogodependencia, pero que reúnen otros factores familiares de riesgo de consumo.



CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE COMPETENCIA FAMILIAR (PCF)

El acuerdo al que llegaron la Asociación Proyecto Hombre y el equipo de investigación (GIFES), de la Universitat de Les Illes Balears, estableció el marco para el desarrollo de la aplicación del PCF a un amplio grupo de familias participantes en los programas de tratamiento de los Centros Proyecto Hombre, que podían beneficiarse de la participación en el programa de competencia familiar a lo largo de las 14 sesiones.

Dicho acuerdo se extendió a siete aplicaciones completas y simultáneas desarrolladas entre el 19 febrero y el 13 de junio de 2009, en los Centros Proyecto Hombre participantes en la experiencia.

Aunque el programa recomienda que la realización de las sesiones se lleve a cabo en viernes por la tarde, por razones de disponibilidad de los profesionales y las familias, en Proyecto Hombre Sevilla las realizaron el jueves por la tarde y en Valladolid en sábado por la mañana.

Para la aplicación del programa se ha contado, en el conjunto de las siete aplicaciones, con 32 profesionales, todos ellos terapeutas de los centros (26 con dedicación permanente al pro-

grama y 6 como miembros de apoyo y sustitución de los profesionales habituales). Los profesionales contaban con capacidades personales suficientes de formación, experiencia, equilibrio, sensibilidad, responsabilidad, paciencia y capacidad para mantener una dinámica positiva en el grupo, características imprescindibles para este tipo de programas. El resultado de su intervención con los hijos, padres y el conjunto de las familias, como se verá luego, debe considerarse altamente positivo.

Al menos dos profesionales de cada centro, participaron en la formación inicial en el programa, realizada en la Escuela de Proyecto Hombre en Aravaca, entre los días 2 y 4 de febrero, e impartida por tres miembros del equipo GIFES. En los centros de Baleares, Cataluña, Sevilla y Córdoba se contaban con profesionales ya formados en cursos correspondientes a implementaciones anteriores. A lo largo del proceso de implementación, los profesionales de los Centros, participaron además en un proceso formativo continuo, vía on line. A través del aula virtual del programa de competencia familiar, también cumplieron los registros e informes semanales, imprescindibles para la evaluación tanto de proceso como de resultados.

CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS PARTICIPANTES

Los equipos terapéuticos de cada Centro, realizaron la selección de las familias participantes en el PCF, siguiendo los criterios de inclusión y exclusión que se les facilitaron.

Los siete grupos arrancaron con un total de 60 familias de usuarios de Proyecto Hombre, de las cuales 51, completaron al menos 11 sesiones del programa. El porcentaje de familias que abandonaron o no completaron las sesiones mínimas¹ del programa, osciló entre el 0% y el 33,3%, siendo el porcentaje medio del 15%.

Las familias que completaron el programa tenían las siguientes características:

- > Treinta y seis familias contaban con ambos progenitores y, al menos, un hijo/a. En un caso, la pareja estaba separada, pero ambos miembros participaron del programa.
- > Catorce familias monoparentales. 8 de ellas contaban con el padre y al menos un hijo/a, y 6 contaban con la madre y al menos un hijo/a.
- > Una familia era reconstituida (madre + pareja) e hijos.

Las personas que no completaron el programa, lo hicieron por insuficiente asistencia o por abandono del mismo. En algún caso, el participante a pesar de

1. Las sesiones mínimas que las familias deben completar, para poder ser evaluados sus resultados, son 11.

abandonar el programa de tratamiento, siguió participando de las sesiones del PCF. Entre los siete grupos se contó con 164 personas que finalizaron el programa, 89 padres y madres y 75 hijos/as.

En el siguiente cuadro se resumen los datos principales:

| Cuadro resumen | Inicio | Fin | Tasa de abandono |
|-----------------|--------|-----|------------------|
| Familias | 60 | 51 | 15% |
| Padres y madres | 100 | 89 | 11% |
| Hijos e hijas | 85 | 75 | 11,8% |
| Total personas | 185 | 164 | 11,3% |

La metodología de trabajo de Proyecto Hombre, explica probablemente que la confianza y la cohesión mediaran en el grupo de padres desde la primera sesión del programa

Los resultados de la tabla muestran unos resultados de adherencia muy satisfactorios en las siete aplicaciones. Éstos difieren de los resultados obtenidos en el contexto de aplicación de atención primaria de los servicios sociales de diferentes municipios de las Islas Baleares, presentando estos últimos porcentajes de abandono relativamente más altos. La vinculación de la participación en el PCF a un proceso general de rehabilitación en las familias de Proyecto Hombre, podría ser el motivo de la mayor adhesión mostrada tradicionalmente a los programas en esta organización. La presencia de ambos padres, en una proporción mayor, permite un seguimiento familiar más coherente y un apoyo entre ambos progenitores. En los servicios sociales se trabaja con familias más desestructuradas, de gran complejidad y con vinculaciones a sus servicios mucho menos consistentes.

EVALUACIÓN DEL PROCESO

Durante las catorce sesiones, los formadores cumplimentan los registros de evaluación de la sesión, las fichas de progreso de los participantes y el informe de seguimiento de la sesión. A partir de los mismos, se obtiene información relativa al proceso de implementación en 13 componentes (11 relacionados con los participantes y dos con la ejecución de los profesionales).

Exponemos los principales resultados obtenidos en la evaluación de los participantes en las dimensiones de asistencia, puntualidad, realización de la tarea para casa, atención/participación, cantidad de confidencias, adecuación de las confidencias, cantidad de aportaciones, adecuación de las aportaciones, apoyo proporcionado al resto del grupo, nivel de interés y nivel de motivación.

1. Asistencia

Relacionado con los datos de adherencia, se observa un alto porcentaje de asistencia a las sesiones por parte de las familias. Las ausencias se identifican en los informes, con la coincidencia con otras actividades puntuales, o con la enfermedad de hijos pequeños. Asisten de manera más regular, los hijos que los padres. Esto se explica por el hecho de contar con familias con ambos progenitores, que ha facilitado la asistencia de los hijos, aunque uno de los padres haya faltado. La incorporación a las sesiones tras la interrupción ocasionada por un período vacacional, provoca una ligera caída en la asistencia (este hecho se observa en todas las aplicaciones), con una tendencia a remontar en las últimas sesiones del PCF.

2. Puntualidad

La puntualidad ha sido aceptable a lo largo de las implementaciones, observándose mayores irregularidades en los centros ubicados en ciudades grandes, o en los grupos en los que las sesiones se desarrollaban en días diferentes al viernes. En general, los padres son más puntuales que los hijos a la hora de iniciar la sesión, probablemente por la tendencia, en el caso de los hijos, de aprovechar el momento de la merienda, previo a la sesión, para dispersarse, charlar o jugar entre ellos.

3. Tarea para casa

El programa contempla, a lo largo de las sesiones, una serie de tareas que los padres e hijos deben realizar en su casa. En general hay mayor cumplimiento de las tareas en el grupo de hijos. En el grupo de padres, empiezan a observarse irregularidades a partir de la séptima sesión, coincidiendo con el momento de mayor acumulación de tareas y con la fase del programa en la que hay que reforzar la vinculación al mismo.

4. Atención y participación

El nivel de atención y participación, tanto en el grupo de padres, como en el de hijos, presenta una tendencia creciente a lo largo de las sesiones. En general, la participación es más baja en el grupo de hijos y empieza a mejorar notablemente en la segunda parte del programa, debido probablemente a la mejora de la cohesión y de las relaciones con los formadores y con los demás miembros del grupo. En la sesión correspondiente al tema de las drogas, es en la que se observa la mayor tasa de alta participación (90%) por parte de los hijos.

5. Cantidad de confidencias

La diferencia entre los padres y sus hijos, respecto a la cantidad de confidencias, es muy notable. Los padres se mantienen casi siempre por encima del 60% desde la tercera sesión, mientras los hijos superan el 60% de niveles altos o muy altos de confidencias sólo en seis de las sesiones. Es posible que se deba a la mayor capacidad de autoconciencia de las madres y padres de su papel como progenitores, expresando de forma frecuente sus preocupaciones. También hay que tener presente que los grupos de padres suelen conseguir mejor cohesión, que los grupos de hijos, más afectados por la diferencia de edad y las dimensiones, en especial hasta la sesión 8. Es significativo, que a partir de la sesión 11, se produce un considerable crecimiento, ya que en esas sesiones se habla de los sentimientos y de cómo expresar el malestar y el enfado.

6. Adecuación de las confidencias

La adecuación de las confidencias es bastante aceptable en los padres, con un nivel similar al observado en la sección anterior. En los hijos se producen buenos resultados a partir de la sesión 11, superando a los padres y de acuerdo con la mejora de la dinámica grupal de la fase final del programa.

7. Aportaciones al grupo

La cantidad de aportaciones sigue un patrón inverso a la cantidad de confidencias, ya que es superior en el grupo de hijos. Se obtienen resultados aceptables (superiores al 60%) en los hijos desde la sesión 4, con ninguna excepción posterior a dicha sesión. En los padres, las aportaciones al grupo van mejorando desde niveles bajos en las primeras sesiones, hasta llegar a superar el 70% en la sesión 11, donde se trata el tema del castigo físico. Las



Autor fotografía - Daniel Pozo

aportaciones, según las evaluaciones de los formadores, suelen venir, en su mayoría, de los hijos con edades superiores (de 9 a 11 años), siendo algo más numerosas entre las hijas que entre los hijos. En cualquier caso, no se pueden afirmar diferencias estadísticamente significativas.

8. Adecuación de las aportaciones

La adecuación de las aportaciones mejora en ambos grupos, manteniendo un nivel óptimo a lo largo de las sesiones. En la primera parte del programa, son los padres, los que en mayor porcentaje presentan mejor nivel de adecuación. Esta tendencia cambia en la segunda parte del programa, donde los hijos hacen aportaciones más adecuadas. Cabe resaltar, que los formadores han considerado de manera muy positiva, las aportaciones que los hijos e hijas realizaron en la sesión 8 que versa sobre consumo de alcohol y otras drogas.

9. Apoyo al resto de miembros del grupo

El patrón seguido en el apoyo al resto del grupo, muestra una mejora en los padres a partir de la quinta sesión, aunque en las últimas sesiones vuelve a decrecer, manteniéndose en cualquier caso, en un nivel óptimo, seguramente debido a la existencia previa de cohesión grupal. En los hijos, a partir de la sesión 8, y hasta las últimas sesiones,

se observan niveles altos de apoyo al resto del grupo (por encima del 60%), provocado probablemente por un mayor conocimiento y cohesión entre los niños. La tradición en Proyecto Hombre, de una metodología de trabajo grupal, explica que los resultados en este contexto sean mejores que los obtenidos en el contexto de servicios sociales.

10. Nivel de interés

Los padres que completan el programa mantienen niveles de interés muy altos, siempre superiores al 90%. En el caso de los hijos, la media del nivel de interés es alta, alcanzando niveles superiores en la segunda parte del programa. Este hecho pone de manifiesto, que el interés en los hijos se vincula de forma muy relevante al progreso de las sesiones.

11. Motivación

La motivación sigue un patrón similar al observado en el nivel de interés. Se observan niveles muy altos de motivación en los padres (superiores al 90%) y en los hijos, se advierten buenos niveles medios en las sesiones iniciales, con un nivel bastante alto en las últimas sesiones.

A modo de conclusión, cabe resaltar que en el grupo de padres se observan niveles óptimos o muy óptimos en las diferentes dimensiones evaluadas, y siempre por encima de los niveles obtenidos en el grupo de hijos para las mismas dimensiones.



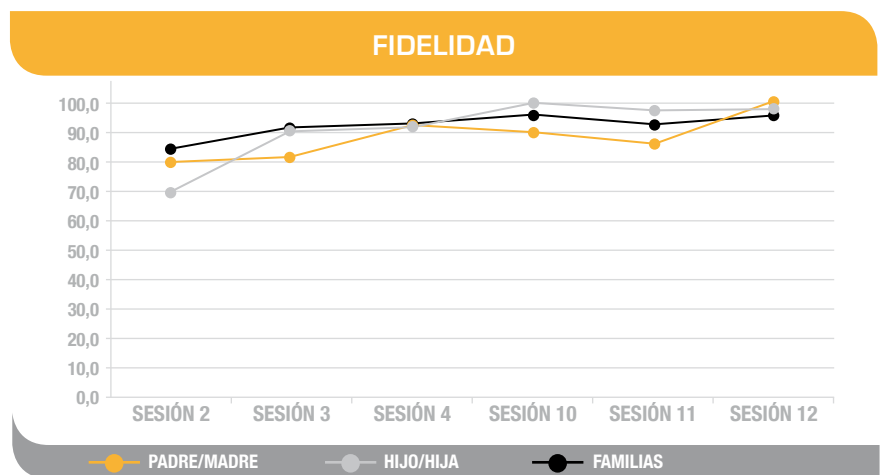
En el grupo de los hijos, se observaron mejoras en todas las dimensiones analizadas en la aplicación del programa, con el progreso del mismo, debido probablemente a la cohesión del grupo y al aumento de confianza de sus componentes

Es destacable, sin embargo, que en los hijos se observan mejoras en todos los aspectos con el progreso del programa, probablemente debido a la cohesión del grupo y al aumento de confianza con sus componentes y con los formadores. La metodología de trabajo de Proyecto Hombre explica, probablemente, que la cohesión y confianza estén mediando en el grupo de padres desde las primeras sesiones.

De la evaluación de progreso, también se obtienen los resultados relativos a la **fidelidad** de las sesiones y la **efectividad** de los formadores en el desarrollo del programa de competencia familiar. La fidelidad hace referencia al grado de cumplimiento con las actividades, debates y explicaciones contempladas para cada una de las sesiones evaluadas, y la efectividad al grado de seguimiento y comprensión de las mismas por parte de los participantes.

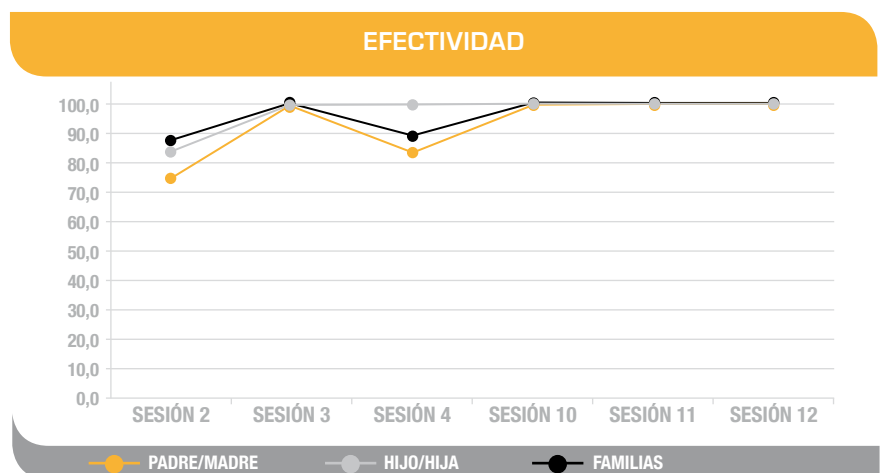
El programa prevé que esta evaluación sea realizada por observadores externos, disminuyendo así la tendencia a la sobrevaloración que se observa en el caso de realizarse la evaluación con modalidad autoinformada. En el caso que nos ocupa, y debido a la dificultad de contar con observadores externos, fueron los propios formadores los que informaron de ambos aspectos.

Respecto a la **fidelidad**, los datos muestran un patrón de fidelidad muy aceptable, evolucionando desde niveles más bajos a niveles bastante altos.



Como se observa en el gráfico, los resultados son cada vez mejores en el grupo de hijos y en el de familias. Sin embargo en el grupo de padres, el crecimiento es más irregular, siendo en las sesiones 4 y 12 donde se alcanzan los niveles superiores.

Los datos de la **efectividad** son más homogéneos, obteniendo resultados buenos y muy similares en los tres subprogramas.



Se observa un mantenimiento de buenas frecuencias de efectividad. Este mantenimiento de la efectividad, a pesar del posible cansancio, se relaciona con tres factores:

- > La mejora de las dinámicas de los grupos, al entender mejor el tipo de ejercicios que se realizan, la lógica de los ejercicios prácticos, la coherencia de los diversos contenidos formativos, etc.
- > El mayor control, por parte de los formadores, de las técnicas indicadas en el programa, así como a la mejora de la comprensión de sus objetivos.
- > El hecho de que la evaluación sea autoinformada, permite a los formadores puntuarse en relación a su tarea, con la puntuación máxima.

EVALUACIÓN DE RESULTADOS

La observación de los resultados, tanto en los padres y madres, como en los hijos, se realiza a partir de las comparaciones entre la situación inicial (pretest) y final (postest). Para establecer la significación de los resultados, se han considerado, de forma más destacada, las diferencias entre la situación inicial y final del grupo de padres e hijos que completaron el programa.

Los instrumentos con los que se realizan dichas evaluaciones son complementarios, y arrojan informaciones que permiten comprobar la validez concurrente de los cambios observados. Se presentan a continuación dichos instrumentos y los informantes de los mismos:

Pruebas cumplimentadas por padres y madres:

- > Batería de evaluación del programa (SFP- K. Kumpfer. Incluyendo una serie de preguntas sobre el tiempo que pasan juntos y la obediencia).
- > BASC (Reynolds y Kamphaus, 2004).
- > ESFA (Barraca y López-Yarta, 2003).
- > Prueba de Satisfacción con el programa (SFP- K. Kumpfer).

Pruebas cumplimentadas por los hijos e hijas:

- > Batería de evaluación (SFP-K.Kumpfer. Incluyendo una serie de preguntas sobre el tiempo que pasan juntos y la obediencia).
- > BASC (Reynolds y Kamphaus, 2004).
- > Prueba conocimientos de alcohol y drogas (elaboración propia).

La tradición de la metodología de trabajo grupal de Proyecto Hombre, explica que los resultados obtenidos en materia de apoyo al resto de miembros del grupo, sean mejores que los obtenidos en el contexto de servicios sociales



Autor fotografía - Daniel Pozo

Pruebas cumplimentadas por profesores y profesoras:

- > BASC (Reynolds y Kamphaus, 2004)
- > Información sobre calificaciones escolares y asistencia al colegio.

La evaluación del profesorado se ha realizado enviando a los tutores de los niños, a través de sus padres, un sobre franqueado y abierto, para permitir que su respuesta a los cuestionarios fuese enviada directamente al equipo investigador, sin que pudieran mediar los padres, evitando así el sesgo que produciría el hecho de que los padres conocieran sus respuestas. Cabe señalar que la participación del profesorado en la evaluación ha sido relativamente baja.

Para las secciones dedicadas a los hijos son especialmente relevantes los instrumentos que constituyen la batería de evaluación BASC. Las escalas calculadas, permiten afirmar la consistencia de los cambios observados en el resto de instrumentos.

Los resultados más destacados se pueden resumir en cuatro grandes grupos:

- * Relaciones familiares
- * Habilidades parentales
- * Comportamiento de los hijos
- * Competencias sociales de los hijos



Autor fotografía - Daniel Pozo

A continuación se presentan estos resultados de forma resumida:

| RELACIONES FAMILIARES | | | | |
|-----------------------------------------|-------------------------|---------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Áreas de mejora | Pre-post | Significación | Tamaño efectos | Observaciones |
| Implicación familiar | t = -3,533 ² | p = 0,000 | 0,87 ELEVADO | |
| Comunicación familiar | t = -4,011 | p = 0,000 | 0,90 ELEVADO | Aumento significativo de la comunicación entre padres e hijos sobre sus sentimientos |
| Relaciones entre los padres y sus hijos | t = -2,303 | p = 0,010 | 0,781 ELEVADO | Concordancia en la percepción de padres e hijos |
| Organización familiar | t = -5,011 | p = 0,000 | 0,92 ELEVADO | Aumento de las reuniones familiares y del tiempo de relación positiva entre padres e hijos |
| Cohesión familiar | t = -2,314 | p = 0,028 | 0,53 MEDIO | Mejora de la conciencia de grupo y de las relaciones entre ellos |

| HABILIDADES PARENTALES | | | | |
|--------------------------------------------------|------------|---------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Áreas de mejora | Pre-post | Significación | Tamaño efectos | Observaciones |
| Habilidades eficaces para hacer de padre o madre | t = -2,666 | p = 0,019 | 0,58 MEDIO | Mayor capacidad para disponer de criterios consistentes para analizar las alternativas antes de hacer algo |
| Parentalidad positiva | t = -2,344 | p = 0,012 | 0,86 ELEVADO | Destaca el aporte del reconocimiento de los hijos, las expresiones de afecto y el apoyo en la realización de las tareas escolares |
| Supervisión parental | t = -3,733 | p = 0,000 | 0,94 ELEVADO | Mejora de la capacidad para aplicar sistemas de refuerzo más adecuados |

Otros resultados, no suficientemente significativos con todos los requisitos que exigimos, pero sí de una cierta importancia, son los relacionados con la mejora de los conocimientos del rol parental. El análisis de los resultados, permite afirmar una mejora en una serie de cuestiones evaluadas. Por ejemplo, han aprendido a usar el recurso del “tiempo fuera” y lo aplican con sus hijos e hijas; también han aprendido a no expresarse gritando, abandonando esta conducta de forma muy relevante. Muchos de estos cambios son apreciables en una parte de las familias, pero no en la mayoría del grupo. Es evidente que las condiciones sociales de las familias (patrones educativos familiares, nivel cultural), así como la dinámica familiar más amplia (familia extensa; pareja que no asisten a las sesiones, los casos de divorcio, etc.), pueden limitar o potenciar algunos de los cambios relacionados con las relaciones familiares y las habilidades parentales.

| CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO DE LOS HIJOS | | | | |
|-------------------------------------------|-----------|---------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Áreas de mejora | Pre-post | Significación | Tamaño efectos | Observaciones |
| Disminución de la agresividad | t = 2,387 | p = 0,018 | 0,529 MEDIO | La agresividad encubierta es la que cambia de manera significativa al no presentar los chicos problemas de agresividad manifiesta |
| Disminución de la conducta disruptiva | t = 2,641 | p = 0,004 | 0,545 MEDIO | Observada especialmente en la escuela |
| Reducción de la timidez | t = 2,696 | p = 0,003 | 0,697 MEDIO-ALTO | |
| Disminución de síntomas de depresión | t = 3,228 | p = 0,002 | 0,756 MEDIO-ALTO | |
| Aumento de la capacidad de concentración | t = 3,923 | p = 0,000 | 0,799 MEDIO-ALTO | Capacidad de centrarse en lo que se hace hasta el final y reducción de distracciones |

2. Se informa con el resultado del t-test entre las medidas pretest y posttest del grupo experimental. Los signos negativos en el t-test indican mejora en las puntuaciones medias de los grupos evaluados al final de la aplicación del PCF. Los signos positivos indican reducción de conductas evaluadas.

CAMBIOS EN LAS COMPETENCIAS SOCIALES DE LOS HIJOS

| Áreas de mejora | Pre-post | Significación | Tamaño efectos | Observaciones |
|------------------------------|------------|---------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Habilidades sociales | t = -3,199 | p = 0,002 | 0,908 MEDIO-ALTO | |
| Habilidades adaptativas | t = -2,554 | p = 0,012 | 0,83 MEDIO-ALTO | Las habilidades previas ya eran aceptables. Mejora la adaptación escolar |
| Conocimientos de los menores | t = -4,755 | p = 0,000 | 0,623 MEDIO | Mejora la capacidad para hacer nuevos amigos, hablar con los adultos, empatía y resolución de problemas |

CONCLUSIONES

Entre las limitaciones de nuestro estudio, se podría hacer referencia, en primer lugar, a la potencial influencia de la deseabilidad social en las respuestas emitidas por padres y madres, así como por los hijos e hijas. Las comprobaciones realizadas a partir de las evaluaciones de los maestros, aportan un cierto control de los cambios que ellos pueden observar, pero, en todo caso, todos los cuestionarios basados en autodeclaraciones realizadas a los sujetos que han participado en los programas formativos tienen este riesgo. Otro aspecto a considerar es la necesidad de seguimientos posteriores, los cuales deberán realizarse en el primer trimestre de 2010. Esto permitirá comprobar el mantenimiento de los resultados observados a medio plazo. Podemos observar como de los resultados se desprende la consecución de la mayoría de los objetivos generales del programa, que son:

1. Mejorar las relaciones familiares
2. Aumentar las habilidades parentales
3. Mejorar el comportamiento de los hijos
4. Aumentar la competencia social de los hijos
5. Prevenir el consumo de drogas y el comportamiento antisocial de los hijos

Sólo los estudios longitudinales y a largo plazo, permitirán establecer el grado de cumplimiento del objetivo último de prevención.

Estos resultados son tan consistentes, como los ofrecidos por los del equipo de la profesora K.Kumpfer (2003, 160-270), mostrando su eficacia de acuerdo a dichos estudios de referencia.

En conclusión, la aplicación del Programa de Competencia Familiar en un contexto de atención como el ofrecido por Proyecto Hombre, ha ofrecido resultados bastante apreciables. Las mejoras son coherentes con el modelo desde el que se desarrolla el programa, con otras aplicaciones del programa y permiten confirmar la utilidad del PCF para la gran mayoría de objetivos planteados, en la presente aplicación adaptada a población española. ●

Barraca, J. y López-Yarta, L. (2003). ESFA. Escala de satisfacción familiar por adjetivos. Madrid, TEA Ediciones.

Kumpfer, K. L. (2003). Selective Prevention Interventions: The Strengthening Families Program. NIDA Research Monograph 177. Rockville, MD: NIDA.

Kumpfer, K.L., DeMarsh, J. and Child, W. (1989) The Strengthening Families Program. Department of Health Education, University of Utah and Alta Institute.

Orte, C., Ballester, L. y Fernández, C. (2009). Validación de la adaptación española de los cuestionarios para evaluar la competencia parental en el contexto del Programa de Competencia Familiar. XXXVI Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol, Salamanca.

Kumpfer, K.L., Orte, C., March, M.X., Ballester, L., Touza, C., Fernández, C., Oliver, J.L., Fernández, M.C. y Mestre, L. (2006) Programa de competencia familiar. Manual de implementación del formador y de la formadora (2ª edición revisada y corregida). Palma de Mallorca: Universitat de les Illes Balears.

Reynolds, C.R. y Kamphaus, R.W. (2004). BASC. Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes. Madrid, TEA Ediciones.





ALBERT SABATÉS

Licenciado en Psicología por la Universidad de Barcelona, presidió la Asociación Proyecto Hombre de 2002 a 2007. En la actualidad participa como delegado de Proyecto Hombre en diferentes organismos internacionales. Ha sido director de Proyecto Hombre Cataluña desde su fundación en 1995 hasta noviembre de 2009. En la actualidad preside la Fundació Gresol-Projecte Home.

La trayectoria de Albert Sabatés en Proyecto Hombre es tan notoria, que le ha convertido en un referente personal y profesional para la Asociación y todos sus Centros. Sus valores, sus logros y sus conocimientos y experiencia en materia de drogodependencias, le hacen valedor de un sincero reconocimiento por parte de Proyecto Hombre.

¿Cómo comenzó tu andadura en Proyecto Hombre?

En 1994 supe, a través de un amigo de la Comunidad de Taizé en Francia, que había varias personas e instituciones interesadas en abrir Proyecto en Cataluña. Fui a visitar la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre Mallorca, conocí a Tomeu Català, y me embarqué en esta empresa. Los inicios fueron muy difíciles, pero siempre muy acompañados. Entre todos conseguimos que Projecte Home fuese posible en Barcelona.

¿Qué distingue a Proyecto Hombre de otras organizaciones dedicadas al tratamiento y rehabilitación de las drogodependencias?

Sin que tengamos la exclusiva total, algo muy simple y significativo: la gratuidad. Lo que comporta que efectivamente está abierto a todas las personas. Por otro lado, una filosofía y metodología orientada a que la persona recupere el protagonismo de su vida, su autonomía. Todo ello a través de la fuerza de la relación, de la dinámica tremendamente capacitadora de la relación con los demás cuando es honesta y clara.

También el trabajo en equipo, desde un principio de igualdad e interdisciplinariedad. Y finalmente la opción por la inserción o la reinserción, el rehuir cualquier forma de gueto.

Un balance de tu paso por Proyecto Hombre

Básicamente gratitud por todos estos años tan preciosos, por haber podido ser testigo de tanta dignidad y tanto valor, de tanta generosidad y tanto esfuerzo en tantas personas. Y también una profundísima esperanza en la condición humana, después de visto lo visto.

¿Has cumplido tus objetivos?

No me marqué objetivos. Se me encomendó una misión, liderar la apertura y establecimiento de una opción de rehabilitación y reinserción para personas con problemas de adicciones o dependencias en Cataluña. Con la contribución de muchas personas e instituciones y la suma de muchas voluntades, visibles e invisibles, esto ha sido posible.

Tu trayectoria como abanderado de Proyecto Hombre a nivel internacional, ha proporcionado numerosos éxitos, ¿De cuál te sientes más orgulloso?

La Asociación hace años hizo una apuesta muy seria por la colaboración internacional, plasmada en los últimos planes estratégicos. Desde finales de los 90 se iniciaron relaciones con distintas redes internacionales, especialmente con América Latina. La Asamblea decidió por unanimidad ser anfitriona del Congreso de la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas en Palma de Mallorca en 2004. Fue un evento muy valioso e importante, que proyectó a nivel internacional la realidad de la Asociación y que además nos permitió nuevas relaciones y colaboraciones. Desde entonces, siempre compartiendo el trabajo y la representación con Charo Abaitua y con Tomeu Català, hemos avanzado en la presencia

en redes y en proyectos de cooperación internacional. De este esfuerzo colectivo de estos últimos años, además del Congreso Mundial, destacaría el reconocimiento como ONG con carácter consultivo ante Naciones Unidas, así como la potenciación de las relaciones con otras organizaciones europeas dentro del marco de la EFTC (Federación Europea de Comunidades Terapéuticas).

En paralelo discurre la colaboración con América Latina, a través de la FLACT, que viene de más lejos y supone tanto una prioridad, como una fuente de intercambio muy enriquecedora para todos. En todo ello ha habido mucha implicación de muchos Centros, terapeutas y personal de la Asociación.

¿Qué valores priman en tu forma de trabajar?

El trabajo en equipo, que es uno de los grandes valores de Proyecto Hombre, es también para mí imprescindible. Esto supone escuchar, tener paciencia, afrontar conflictos... y la felicidad de trabajar en compañía.

Creo que el que quiera trabajar en Proyecto Hombre debe partir de una cierta audacia. Nuestro objetivo no es ser funcionarios de una ONG, ni sobrevivir como institución. Nuestra misión y la transformación social requieren confianza y audacia. Confianza en que no estamos solos en esta tarea, y audacia para correr riesgos por la causa. El amor no conoce el cálculo, aunque tenemos que ser realistas.

A lo largo de estos años, serán muchas las personas que has conocido e historias vividas que te han dejado huella. ¿Puedes destacar alguna?

Son incontables. Me conmueven especialmente las personas que con problemas psiquiátricos, tienen la capacidad de asumir sus límites y salir adelante. Su humildad tiene una fuerza invencible. También me han marcado especialmente aquellos y aquellas que hace años se rehabilitaron y después se comprometieron con Proyecto Hombre como trabajadores. Haber sido compañero suyo es una de las mayores satisfacciones de mi vida.

En qué aspectos ha contribuido Proyecto Hombre a tu crecimiento personal

Proyecto Hombre es una Escuela de Vida. Se aprende muchísimo. En casa me dicen que me he hecho un hombre... He aprendido a ser más yo mismo y a "tocar de peus a terra" (tener más los pies en la tierra), que es aún más difícil que levitar. Chocar con tus límites y con los de los demás casi cada día, te hace más humilde.

Proyecto Hombre es una Escuela de Vida. Chocar con tus límites y con los de los demás casi cada día, te hace más humilde

De cara al futuro, ¿qué retos consideras que Proyecto Hombre debe abordar?

Mantener su esencia y su dinamismo que implica, como he dicho, una cierta audacia y asumir conflictos. Defendemos valores provocativos, como la igualdad que siempre incomoda. Estamos al servicio de las personas y esto nos obliga a estar máximamente abiertos a colaborar con todo tipo de organizaciones y administraciones, pero también a mantener un sentido crítico hacia lo que aliena al ser humano, venga de donde venga. Conviene mantener una independencia económica y política.

En lo científico, conviene progresar en metodologías de investigación que se ajusten mejor a la naturaleza y a la complejidad de nuestro objeto de estudio.

Por último recibimos mucha demanda de colaboración internacional, especialmente de países que piden aprender de nuestra experiencia. Hemos compartido el conocimiento y hemos hecho muchos esfuerzos en este sentido, pero todavía tenemos que ir más allá. La solidaridad no conoce fronteras.

¿Cómo afrontas esta nueva etapa en la Fundació Gresol-Projecte Home?

Con ganas de seguir contribuyendo desde otra función, más alejada del día a día, pero igualmente comprometida con la causa. El papel de los Patronatos es muy importante. Un buen Patronato potencia la misión y los valores. Un mal Patronato los entorpece.

Un mensaje clave de Proyecto Hombre para lanzar al mundo

El ser humano, a través de la relación con los demás, puede generar fuerzas y energías insospechables. La rehabilitación y la inserción son posibles. ●

Me conmueven especialmente las personas que con problemas psiquiátricos tienen la capacidad de asumir sus límites y salir adelante. Su humildad tiene una fuerza invencible



VOLUNTARIADO

CLAVES PARA UNA BUENA GESTIÓN DEL VOLUNTARIADO

ANA VILLA
Observatorio del Tercer Sector
www.observatoriotercersector.org

El voluntariado contribuye con su trabajo y su tiempo a conseguir los objetivos que una organización solidaria se plantea. Su incorporación a una entidad determinada, debe gestionarse adecuadamente para conseguir una relación favorable para ambas partes. Toda organización debe implicarse en la gestión del voluntariado, debe ser un tema central, conocido y consensuado por quienes forman parte de la entidad. Una correcta gestión del voluntariado, tiene en cuenta a la persona voluntaria y su relación con la organización de principio a fin.

EL VOLUNTARIADO: ESPACIO DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA

El voluntariado es un elemento clave para la participación e implicación de la ciudadanía en la mejora de la sociedad. Existen miles de personas que dedican su tiempo a trabajar por la transformación social a través de la participación en organizaciones del tercer sector. El voluntariado aporta valores, ideas, reflexiones, recursos, y, en definitiva es un generador de capital social. Está en el origen y en la esencia de las entidades sin ánimo de lucro.

La aparición del voluntariado se vincula, en la mayoría de los casos, al compromiso con una misión de carácter social, medioambiental, cultural, deportivo, etc. Se trata de una acción decidida a implicarse con el entorno y con la sociedad en general.

Las organizaciones se definen como entidades de voluntariado, cuando están formadas totalmente por personas voluntarias, y, como entidades con voluntariado cuando compaginan voluntariado con personas remuneradas.

En los últimos años, se ha producido un proceso de profesionalización del tercer sector, pero ello no implica que hayan disminuido los espacios de presencia para el voluntariado.

Recientemente han aparecido también nuevos perfiles de personas voluntarias (voluntariado virtual, cualificado o de personas mayores), que ofrecen nuevas oportunidades a la vez que promueven el dinamismo y la innovación en las organizaciones.

LA IMPORTANCIA DE LA GESTIÓN DEL VOLUNTARIADO

Gestionar voluntariado significa trabajar con procedimientos establecidos que permiten seguir unas pautas y criterios comunes, útiles en todas las fases en que el voluntariado está en la entidad: la incorporación, el desarrollo, el reconocimiento, etc.

La iniciativa de las personas que están al frente de la organización y de la persona que se responsabiliza del área de voluntariado, es una de las claves de su éxito en las entidades. La dirección de la entidad es, en primer lugar, quien da valor y transmite la importancia del voluntariado a nivel organizativo. Este aspecto contribuye de forma fundamental a que la persona voluntaria se sienta parte de la entidad y sienta la aportación de valor que hace.

El interés de las personas voluntarias está relacionado con la finalidad de la entidad y acostumbra a ir más allá de la coordinación que reciben. No obstante, existen elementos que tanto para la entidad, como para el propio voluntario o voluntaria deben gestionarse de manera coherente. Sea cual sea el papel que desempeñará la persona voluntaria en la organización, ésta debe prestar una especial atención a este colectivo. Así se consigue que la relación sea favorable para ambas partes.

La gestión del voluntariado, por el valor de aportación que tiene, debe ser un tema central en la entidad y por tanto conocida y consensuada con toda la organización. No sólo debería ser la responsabilidad de una persona o departamento, sino que aunque exista la figura del coordinador/a de voluntariado, toda la entidad se debe implicar. El hecho de creer en la importancia de este tema y destinarle los recursos suficientes, es la base para una buena gestión y para la elaboración de una buena política de voluntariado. Existen varios ejemplos de las ventajas de desarrollar acciones enfocadas a la gestión global del voluntariado. Por ejemplo, el hecho de definir claramente las funciones de las

personas voluntarias, evita malentendidos y favorece una buena relación con el resto del equipo de la entidad. Además, si se les proporciona la formación adecuada, podrán realizar su tarea de una forma más eficiente y realizar mejor su labor. Al mismo tiempo, si se hace un buen acompañamiento, es más fácil que las personas permanezcan más tiempo en la organización.

El voluntariado aporta valores, ideas, reflexiones, recursos, y en definitiva es un generador de capital social

La buena gestión del voluntariado contribuye a cumplir las expectativas de las personas voluntarias de forma que puedan desarrollar su actividad y sus objetivos, y a su vez, contribuir a la consecución de los fines y misión de la organización.



EL CICLO DE GESTIÓN DEL VOLUNTARIADO

El ciclo de gestión de voluntariado aporta una visión global sobre la gestión de las personas voluntarias. De esta forma, no se centra sólo en áreas concretas o programas como por ejemplo la captación o la formación-, sino que se gestiona teniendo en cuenta a la persona voluntaria y su relación con la entidad desde el principio al final.

Llevar a cabo un proceso de reflexión sobre cómo se va a gestionar el voluntariado y asignar esta función a un área o figura responsable, incluso en las entidades más pequeñas o con menos recursos, ayuda a mejorar.

Resulta complejo llevar a cabo acciones de mejora en todas las fases de forma simultánea. Sin embargo, es útil pensar en clave de ciclo reflexionando sobre los elementos



La buena gestión del voluntariado contribuye a cumplir las expectativas de las personas voluntarias y a la consecución de los fines y misión de la organización

mejorables en cada una de ellas. Se trata de un paso imprescindible para poder impulsar acciones en toda la experiencia del voluntariado en la entidad. Por otra parte, es importante que cada entidad adapte el ciclo a su propia realidad.

La persona voluntaria pasa por cuatro etapas en su relación con la organización: acercamiento a la entidad, momento de incorporación, período de colaboración, desvinculación y relación a *posteriori*. Así pues, el esquema básico del ciclo de gestión del voluntariado, incorpora los elementos siguientes:

- **Fase de preparación:** aspectos generales a partir de los cuales se contextualiza el voluntariado en el seno de la entidad y cómo se estructura su gestión. Entre ellos se encuentran la planificación, la sistematización, etc.
- **Definición:** antes de que una persona voluntaria entre a formar parte de la entidad, se debe definir el rol de este colectivo, y en concreto para cada una de las situaciones individuales. Pensar cuáles son los perfiles necesarios, cómo se realizará la captación, como se hará el proceso de selección.
- **Incorporación:** hace referencia a la etapa en la que la persona pasa a formar parte de la estructura de la entidad. Incluye el compromiso y la acogida de la persona voluntaria.
- **Desarrollo:** se produce cuando la persona se incorpora activamente y tiene asignadas diferentes responsabilidades. La entidad se plantea las acciones vinculadas a la estancia de la persona: su formación, su seguimiento, su evaluación, su participación en el conjunto de la entidad, la comunicación entre personas voluntarias y con otras personas involucradas, etc.
- **Reconocimiento:** acciones específicas destinadas a valorar la aportación del voluntariado y reconocer su labor.
- **Desvinculación:** implicación cuando una persona deja de colaborar activamente. Se debe trabajar para que tras la salida de la entidad, la persona se sienta satisfecha del proceso vivido.
- **Temas transversales:** incluye aspectos que tienen impacto en la gestión del voluntariado, y no sólo en alguna de las etapas.

Se han destacado algunos de estos temas transversales, por el impacto o repercusiones que pueden generar y las limitaciones o beneficios dentro de la organización, aunque pueden añadirse otros. Se contemplan elementos como la identificación de los voluntarios o voluntarias con la misión y/o valores organizativos, la relación del voluntariado con el personal remunerado de la entidad, etc.

Para cada una de las siete áreas existen diferentes tipologías de acciones, recogidas en el siguiente esquema que presenta la visión completa del ciclo:

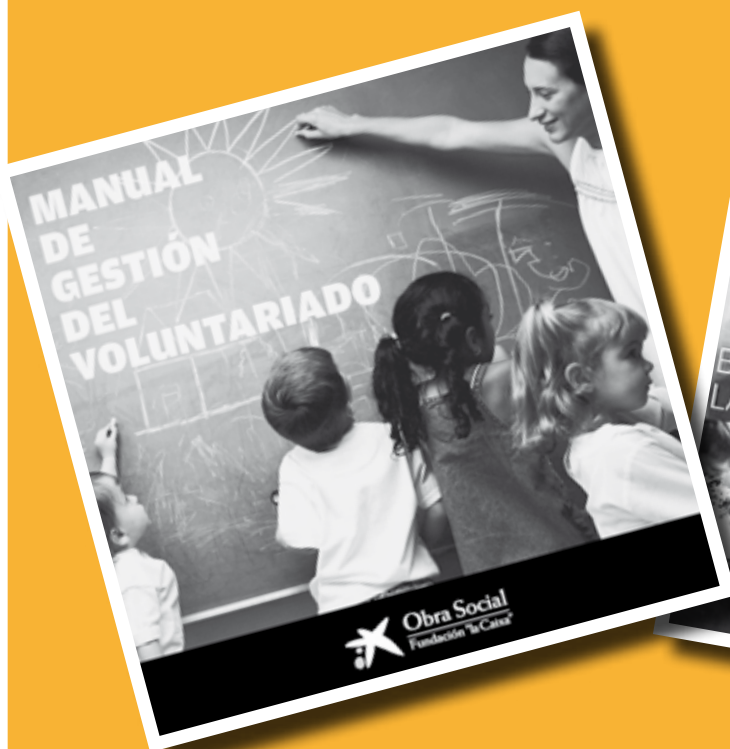


ALGUNAS HERRAMIENTAS PARA MEJORAR LA GESTIÓN DE VOLUNTARIADO

Las siguientes publicaciones, elaboradas desde el Observatorio del Tercer Sector con el apoyo de Obra Social "la Caixa", pueden resultar útiles para la gestión del voluntariado.

MANUAL DE GESTIÓN DEL VOLUNTARIADO

AÑO DE PUBLICACIÓN: 2009
PUBLICADO EN CATALÁN Y CASTELLANO



BUENAS PRÁCTICAS EN LA GESTIÓN DEL VOLUNTARIADO

AÑO DE PUBLICACIÓN: 2007
PUBLICADO EN CATALÁN Y CASTELLANO.



El Manual de gestión de voluntariado es una herramienta práctica en el que se hace un recorrido por las diferentes etapas del ciclo de voluntariado y se ofrecen tanto elementos para la reflexión, como para la gestión.

El Manual incorpora un conjunto de fichas prácticas sobre cuestiones como la elaboración del plan de voluntariado, la definición de perfiles, el manual de acogida, las técnicas de reconocimiento, la entrevistas de salida, etc.

Una gran parte de las acciones que se proponen en el manual, pueden realizarse sin importar el tamaño de la organización. Cada entidad deberá adaptar algunas de las ideas que se presentan a su realidad organizativa y a sus necesidades.

Algunas propuestas pueden resultar más propias para entidades de pequeña dimensión y, otras para las más grandes. Hace falta comprender la finalidad de las propuestas para poder aprovecharlas y adaptarlas. En este sentido, es importante innovar y ser imaginativos en la gestión.

La publicación recoge las experiencias de diversas organizaciones sobre la gestión del voluntariado. El libro contiene una primera parte de reflexión conceptual alrededor de las diferentes etapas que conforman el ciclo del voluntariado y otra parte con experiencias de 28 entidades, de distintas dimensiones y ámbitos de actuación, en las diferentes etapas del ciclo (definición, incorporación, desarrollo, reconocimiento, etc.).

Las buenas prácticas siguen una estructura similar que fomenta el aprendizaje a partir de experiencias:

- > ¿por qué es relevante? Justificación de la experiencia como buena práctica.
- > ¿en qué consiste la experiencia? Descripción del caso.
- > ¿qué se puede aprender? Apartado con información útil para la replicabilidad en otras organizaciones.

Estas publicaciones se pueden pedir gratuitamente en cualquier oficina o en la página web de Obra Social "la Caixa":

http://obrasocial.lacaixa.es/voluntariado/publicaciones_es.html

Próximamente también estará disponible una aplicación gratuita para la gestión de voluntariado que se podrá solicitar también a través de esta misma página web.

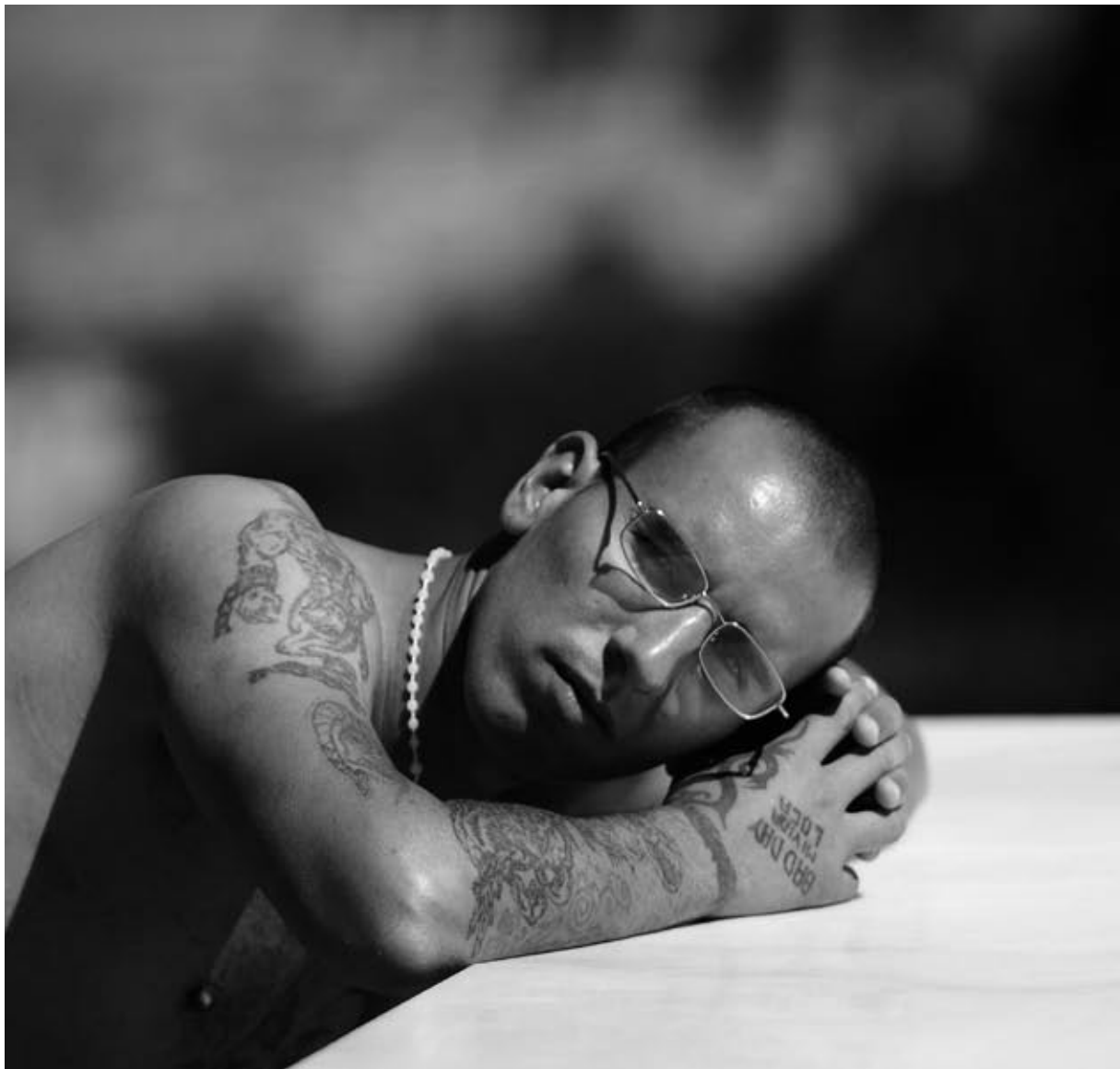
AFRONTAR EL DOLOR (II)

¿CÓMO HACER QUE EL DOLOR SE CONVIERTA EN OPORTUNIDAD?

XOSÉ MANUEL DOMÍNGUEZ PRIETO. - *Doctor en Filosofía*

El dolor no es una experiencia inútil, pues me revela quien soy de modo más nítido. “El sufrimiento hace al ser humano lúcido y al mundo diáfano” dice el psiquiatra vienés Viktor Frankl. Por eso hay que atreverse a sufrir. Se trata de asumir el sufrimiento, de afirmar el destino, de tomar postura ante él. Tratar de huir de la situación sólo nos traerá más sufrimiento.

VALORES



Autor fotografía - Daniel Pozo

Huir del dolor es perder una oportunidad única para retomar la propia vida de modo intenso

LA UTILIDAD DEL DOLOR

El dolor habla, llama, me descubre quien soy realmente, me ofrece una sorprendente claridad sobre mi propio ser y sobre mi estado, me hace volver a la realidad. No merece la pena engañarse ni engañar a nadie. El dolor hay que afrontarlo, hay que sentirlo. ¿Sufres? Luego existes. ¿Te duele? Luego tienes una oportunidad única para crecer, porque se te ha revelado quien eres, tus carencias, tus debilidades. Huir del dolor es perder una oportunidad única para retomar la

propia vida de modo intenso. Refugiarse en un mundo ideal, en consumos que me distraen momentáneamente proporcionándome un placer que enseguida se vuelve dolor, en el resentimiento, en culpabilizar a uno u a otro de lo que sucede, en el trabajo, supone dar falsas respuestas a la aparición del dolor. Hay que atreverse a experimentar el dolor, pues nadie va al oasis sino por el desierto; nadie va a la luz sino por la oscuridad. Ante el dolor que ha llegado, podremos decir 'sí' o 'no'. Pero lo tenemos que vivir. El dolor despierta el alma dormida, nos desenmascara de nuestros personajes. Por eso, no hacen bien los padres evitando cansancios y dolores a los hijos. No hace bien la sociedad evitando que los jóvenes afronten la vida, se cansen, o entren en contacto con el esfuerzo, porque afrontar el dolor es aprendizaje fundamental. Por supuesto que el dolor no es la finalidad de la existencia, es su camino. El dolor es el camino que hay que recorrer. Y hay que recorrerlo porque el dolor nos llama a encontrarnos con lo esencial de nosotros mismos. ¡Cuantas personas, tras la muerte de un ser querido o tras su propia enfermedad, han descubierto o han ganado luz sobre lo esencial de la vida! El dolor nos llama a lo más auténtico, a poner en juego lo mejor de nosotros, a crecer, a vivir desde lo esencial: nos acerca a nuestra propia llamada, disolviendo lo accidental que nos distraía. Salvo que nos dejemos vencer por la desesperanza, el dolor, en fin, es la ocasión de que existe algo más grande que el horizonte de nuestro día a día, que existe lo realmente importante, que hay un sentido profundo en la realidad.

CÓMO HACER EFECTIVA LA UTILIDAD DEL DOLOR

¿Pero cómo hacer efectiva esta utilidad? ¿Cómo vivir el dolor como oportunidad para mi felicidad? ¿No será esto una paradoja? ¿Cómo voy a poder ser feliz viendo a mi hijo, a mi esposo, a mi amigo, en la situación en la que está? Para responder a esto cada uno ha de encontrar su camino. No hay

recetas. Sin embargo, hay indicadores que ayudan a recorrer ese camino con acierto. Y algunos de estos indicadores son: descubrir y desterrar las ideas negativas, la autotranscendencia, la aceptación y la esperanza.

Descubrir y desterrar las ideas negativas

Las siguientes frases del filósofo griego Epicteto, nos ayudarán a mostrar qué disposición previa hemos de tener para afrontar de modo adecuado el camino del dolor:

- > “Las cosas, por sí mismas, no nos hacen daño ni nos ponen trabas. Tampoco las demás personas. La forma en que vemos las cosas, nuestras actitudes y reacciones son las que nos causan problemas”.
- > “No temas a la muerte y al dolor; teme al temor a la muerte y al dolor”.
- > “No exijas que los acontecimientos sucedan como deseas. Acéptalos tal como son realmente. Así te será posible la paz”.
- > “Todo acontecimiento conlleva algún beneficio para ti; basta con que lo busques”.

El filósofo parece indicarnos, que para librarnos del sufrimiento o, por lo menos, para afrontarlo sin que nos hunda, no podemos poner condiciones. No puedo decir ‘Estaré bien cuando logre esto o lo otro’ porque entonces, nunca estaré bien y cuando lo esté lo estaré por poco tiempo y temeré perderlo. Otras veces, sufro porque me veo amenazado. Pero no soy yo quien está amenazado, sino mi personaje, mis deseos, mi prestigio, mi dinero, mi imagen social. No se sufre sólo por cómo está mi hijo por su adicción, sino por el qué dirán, por vergüenza, por pensar que soy un fracasado como padre o madre, como persona. Pero si no deseásemos mantener estos personajes, no sufriríamos. Tenemos miedo al fracaso, a no conseguir lo que deseamos, a que las cosas no funcionen según mi ideal, y esto nos hace sufrir. ¿Por qué no cambiar las expectativas?



¿Por qué no abrirse a lo que te da la vida cada día? En realidad, al final toda persona descubre que ni conseguir lo que quería le dará una felicidad duradera ni lo que le pasa le podría quitar la felicidad, siempre y cuando viva desde lo que las cosas son y no sufriendo porque no son como él imagina que debieran ser.

Algunos pueden pensar: a causa de lo que me pasa, no podré llegar donde otros llegan. ¿Llegar a qué? ¿A ser titeres y esclavos de su trabajo, de su empresa, de su status, de su imagen, de su dinero? ¿A ser una “familia modelo”? ¿A sacrificar todo a una imagen ideal que me he fabricado o me han inculcado?. Es como sucede en la historia de aquel abogado que le protesta al fontanero por haberle cobrado 200 euros en media hora de trabajo, cantidad que no cobra él como abogado. A lo que el fontanero contesta: “Tampoco lo ganaba yo cuando era abogado”.

Tengo esta situación tremenda en casa, este problema que me atenaza, esta carencia. Pues bien, el engaño está en creer que para ser feliz hay que adquirir o lograr algo, hay que vivir sin problemas. En realidad, lo que hay que hacer es deshacerse de algo: de las máscaras, las etiquetas, los prejuicios, de las falsas ideas, de las falsas situaciones ideales, de pensar que la vida me tendría que haber dado esto o lo otro o no haberme situado en este o aquella situación. Me tengo que deshacer de los personajes que desempeño, pues me ahogan, de las falsas expectativas (“esto se tiene que arreglar ya”, “esto no tenía que haber ocurrido”, “hay que estar bien”, “tengo que tener esto o lo otro”. Sobre todo, hay que deshacerse de los sentimientos negativos y las ideas

negativas. Nosotros aumentamos o creamos el problema con lo que pensamos sobre lo que sucede. Es como lo que le pasa a una persona anoréxica: sufre no porque esté gruesa sino por que piensa que está gruesa. Así que... ¡buenas noticias!: para empezar a estar bien no hace falta que nada cambie inmediatamente, que mi hijo salga de la droga, que mis problemas de salud se solucionen... He de comenzar cambiando yo y el modo de percibir al otro. Así, en vez de mirar a mi hijo que tiene una adicción como un adicto, volver a mirarle con la misma ternura que cuando era un bebé. En vez de mirar a mi esposa o esposo como alguien indeseable o insufrible, volver a mirarle como cuando éramos novios. No hay que preocuparse por lo que no ocurrió en el pasado y lo que no sabe si ocurrirá en el futuro. La clave para afrontar la vida está en el día de hoy. Y lo primero que ha de cambiar es mi mirada, pues es posible que la tenga centrada en mí y en lo mucho que sufro. Sufre y se deprime quien está muy lleno de sí mismo. Si me centro sólo en mi hijo, sufro todo con él: “¿Cómo Dios puede permitir esto?”, dicen algunos. Pero, ¿por qué no preguntamos lo mismo cuando supimos que millones de vidas jóvenes morían de hambre o en

guerras en muchas partes del mundo? Echar balones fuera, culpar a Dios, a la sociedad, al hijo o a uno mismo de sus males, no arregla nada y me llena de amargura. Y, además, me equivocaré en mi afirmación dolorida.

Entonces, ¿qué hacer?: hay que mirar todo lo bueno que tengo, lo que me queda, sin acostumbrarme a nada, sin apegarme a nada. La tarea, pues, es hacer contacto con lo real, tomar conciencia de todo lo bueno que hay en mí, en mi vida, en la de mis seres queridos. Tomar conciencia cada mañana de todo lo maravilloso que también hay en mi vida. Sólo incrementando la luz se vence la oscuridad.

Autotrascendencia

Martin Gray nació en Varsovia en 1925 en el seno de una familia judía, y tenía catorce años cuando los alemanes convierten su ciudad natal en un gueto. Perdió a toda su familia y fue deportado al campo de concentración de Treblinka, aunque logra evadirse. Tras la derrota del III Reich, emigra a Estados Unidos y allí se convierte en un afortunado hombre de negocios. No obstante, su deseo más íntimo era formar una familia. Al hallar a su esposa, Dina, comprende que, por fin puede realizar su sueño. Ya casado, se instala cerca de Cannes, donde

El dolor es una oportunidad para madurar, para el crecimiento personal. Para ello hace falta encontrar un sentido

El engaño está en creer que para ser feliz hay que adquirir o lograr algo, que hay que vivir sin problemas

se construye una preciosa casa en medio de un bosque, y allí van naciendo sus cuatro hijos. Pero el 3 de octubre de 1970, Dina y sus cuatro niños mueren en un incendio forestal. Cualquiera se hubiera derrumbado. Pero Martin Gray hizo de su desventura un bálsamo curativo: primero crea una fundación para luchar contra la destrucción de la naturaleza y después escribe. Algunos amigos le proponen que abra una investigación para descubrir las causas del incendio, poder encontrar culpables y cobrar una indemnización. Pero Gray no quiere perder recursos ni energías en mirar al pasado y se propone mirar al futuro. La vida, dice, no debe ser vivida contra alguien sino para alguien y para algo. Para vivir el dolor hace falta trascenderlo: sufrir por algo o alguien, sufrir para algo, encontrarle un sentido. El dolor no tiene su fin en sí. Si así fuese, estaríamos hablando de una patología masoquista. Por el contrario, el dolor con sentido es sacrificio, donación. Si sufro junto a mi ser querido porque mi compañía puede ser camino para su recuperación, es un dolor con sentido. Si sufro por convivir con mi ser querido que no responde a mis expectativas sobre él, entonces es un sufrimiento inútil.

El psiquiatra Vienés Viktor Frankl, comenta varios casos de personas que, tras la muerte de un ser muy querido, están abatidas, deprimidas, sin sentido. En estos casos de nada vale la medicación (sirve para dilatar el problema, pero nada solución). La clave para evitar el sufrimiento, es una transformación en la forma de pensar el acontecimiento, dándose cuenta la persona de que todo lo que ha vivido con ese ser querido no se ha perdido para siempre, sino que queda vivo para siempre, queda a salvo de la contingencia. Es de agradecer el tiempo que ha vivido con esta persona. Pero esto aun no revela un para qué, pues no ayuda a nadie con su sufrimiento, no trasciende de sí y la clave del afrontamiento está en la autotranscendencia. Afirma el creador de la logoterapia: “Cumplimos el sentido de la existencia -llenamos de sentido nuestra existencia- realizando los valores. Esta realización de valores puede producirse por tres vías: la primera posibilidad de

realizar valores consiste en crear algo, en configurar un mundo; la segunda posibilidad consiste en vivir algo, asumir el mundo, asimilar la belleza o la verdad del ser [un encuentro]; la tercera posibilidad de realización de valores consiste en padecer, en sufrimiento de ser, del destino” (Frankl, Viktor E: El hombre doliente. Herder, Barcelona, 1994, p. 249.) Los primeros son los valores creativos, los segundos vivenciales y los terceros actitudinales, que son los que afrontan el dolor, la culpa, la dificultad, el problema. De los tres, el campo más amplio es el de los valores actitudinales, pues “las posibilidades axiológicas del hacer creativo y de las vivencias pueden ser limitadas, pero las posibilidades del sufrimiento son iluminadas. Ya por eso los valores actitudinales son superiores en rango ético a los valores creativos y vivenciales” (idem, 249). Es lo que puede poner en juego el ser humano cuando no puede poner en juego nada, cuando no puede actuar, sino sólo poner en juego su capacidad de sufrir, esto es, de ser sujeto pasivo, de que le suceda lo que no controla. “Cuando uno se enfrenta con una situación inevitable, insoslayable, siempre que uno tiene que enfrentarse a un destino que es imposible cambiar, por ejemplo, una enfermedad incurable, un cáncer que no puede operarse, precisamente entonces se le presenta la oportunidad de realizar el valor supremo, de cumplir el sentido más profundo, cual es el del sufrimiento” (Frankl, V.E: El hombre en busca de sentido. Herder, Barcelona, 1991, p. 110). Por tanto, junto con el sentido que encontramos en las actividades creativas, en las que ponemos en juego nuestras capacidades y encontramos con facilidad un para qué, junto con los encuentros significativos (experiencias amorosas, experiencias religiosas) y los encuentros con realidades valiosas (experiencia contemplativa; lectura de un libro, contemplar un paisaje, escuchar música, experimentar valores humanos espirituales, etc.), aparece un tercer ámbito de sentido que implica tomar una actitud ante él: el dolor, la culpa, la muerte. Se puede vivir desde múltiples sentidos: como sacrificio por otros, como forma de realización de la propia dignidad o del propio valor,

como sacrificio por una gran causa, como compensación por un daño infligido, como modo de evitar a otro el dolor, como efecto querido del cariño a otra persona, como modo de experimentar de cerca a Dios como ser cercano que nos acompaña en el dolor. Entonces la pregunta de ¿por qué yo? se torna en la de ¿y por qué no yo?

En estos casos, el dolor es una oportunidad para vivir intensamente mi propia vida, para madurar -pues es justo en estos momentos donde se dan las máximas oportunidades para el crecimiento personal-. Para ello hace falta encontrar un sentido. Por amor a alguien, como sacrificio por la colectividad, por la nación, por la ciencia o el arte, por dar respuesta a algo muy valioso, por motivos religiosos (como la purificación propia, ser ‘podado’ para dar más frutos, el sacrificio por otros o compartir el dolor de la Cruz) o por asumir el dolor de otros, llevando su carga.

Fausto, la conocida obra de Goethe, narra la historia de una persona que hastiada y frustrada, trata de llenar su vacío existencial y vende su alma al diablo, para que le ofrezca un sentido. El demonio ofrece sexo, riqueza y poder, pero sin resultado. Finalmente, cuando Fausto es capaz de experimentar y compartir el sufrimiento de la humanidad, renunciando a mirar hacia sí, se encuentra con el sentido. Saber que somos más grandes que nuestro dolor y que es camino de maduración personal. Y que el daño es algo que me viene pero que no soy yo. No nos podemos identificar con el daño. Está en nosotros, pero somos más grandes que nuestro dolor, nuestra enfermedad, nuestra aficción. Somos luz. No nos podemos etiquetar con el dolor, porque entonces se ha convertido en un personaje, en una falsa identidad. Etiquetarnos o etiqueta a otro es impedir conocerle. Debemos poner, pues, el dolor a distancia y en su lugar. Se trata de contemplarlo, de dejar que esté ahí, de dialogar con él, de darle forma, salir de nosotros hacia aquello que nos da sentido. Por el contrario, permanecer en nosotros, rumiando el dolor, nos destruye. Es la fuente del sufrimiento.

Aceptar el dolor

La aceptación de la situación conflictiva y dolorosa constituye el supuesto fundamental de todo progreso personal. Crecer como persona es caminar hacia donde estamos llamados, desde lo que somos y desde lo que hay en nuestra vida, es decir, partiendo de

que las cosas están como están y son como son. Para esto se ha de admitir que la realidad es como es, asumiéndola consciente y voluntariamente, sin ocultarla, sin huir de ella ni eludirla, afrontándola y, en caso de ser dolorosa, soportándola creativamente.

La aceptación es la virtud por la que acogemos cómo son las cosas, cómo es la realidad, cómo son las personas que nos rodean e, incluso, cómo somos nosotros mismos, lo que somos y nos sucede. No consiste en dejarse llevar, sino en aceptar y en tener claridad sobre cómo son las cosas. Sólo partiendo del estado de cosas, es posible caminar hacia donde estamos llamados. De lo contrario, puede que actuemos sobre falso terreno, sobre la imaginación, huyendo así de la realidad.

La aceptación comienza por uno mismo: por quien soy, por mi temperamento y carácter, mis capacidades y limitaciones, mi propia historia... ¡y mi llamada! De lo contrario, viviré desde las máscaras, desde los personajes que represento.

La aceptación también abarca la situación en la que se está, no para conformarse con ella, si es que puede ser cambiada, sino para caminar hacia el futuro a partir de ella. Si mi hijo tiene un problema, lo tiene. Si hay esta situación en casa, la hay. Nada puede cambiar si no reconozco en qué situación estoy y dónde estoy.

En tercer lugar, es necesario aceptar a los otros con los que estoy, que son como son y no como yo quiero que sean. Aceptar que mi hijo, mi amigo, mi vecino, es como es y está como está, es comienzo para toda actividad terapéutica. El engaño nunca será terapéutico. Por último, ha de aceptarse el dolor. La huida del dolor inevitable bloquea el

propio crecimiento, porque es huida de la realidad. Incluso el alivio del dolor inevitable puede pasar por su aceptación y por la libre entrega a él. Sólo atreviéndonos a caminar por las sombras vaguadas del dolor es posible caminar hacia la alegría, sólo por la oscuridad vamos a la luz.

Vivir con esperanza

El dolor nos enfrenta a la propia pobreza, a nuestra propia limitación, a nuestra situación real. Es entonces, cuando, más allá de un optimismo gratuito e infundado, llega el momento de la esperanza. La esperanza no es un 'todo se arreglará' infundado, sino un estado de inseguridad pero con paciencia activa y valiente, que no cede al desánimo. La esperanza se traduce en paciencia, lo que no significa quietud o pasividad. Significa saber abandonarse activamente al tiempo, saber apreciar en el presente los signos de lo positivo que puede venir. Estos signos son lugar de apoyo para vivir el presente, sin evadirse, pero abriéndose a lo que vendrá, sin seguridades falsas, pero con la tranquilidad de saber que siempre tras las tinieblas llega la luz.

Por supuesto, ha de ser una espera activa: espero que llegue la mejoría, pero pongo los medios para procurar que así sea. Es bueno responsabilizarnos del dolor: una vez que ha llegado, si es que lo ha hecho sorpresivamente, tomarlo como una tarea propia. La clave no es preguntarse "¿por qué a mí? Sino preguntarse qué puedo hacer para afrontarlo y desde qué sentido vivirlo. Para cultivar la esperanza es bueno descubrir y hacer memoria cada día de todo lo bueno que nos ocurre, escribir (y luego comunicar a otros) todo lo que hay en nuestra vida actual por lo que tenemos que estar agradecido. También lo que hemos recibido últimamente de otras personas por lo que tenemos que estar agradecidos. En tercer lugar, escribir una carta a alguien agradeciendo lo que nos ha dado.

Por tanto, más que centrar la vida en lo que va mal, lo que hay que arreglar o compensar, se trata de pensar, escribir, tomar conciencia y comunicar todo lo bueno que hay en ella y qué hábitos de vida o medidas hay que desarrollar ahora para una vida más plena, qué competencias o capacidades puedo poner ahora en juego. •

El dolor nos llama a lo más auténtico, a poner en juego lo mejor de nosotros, a crecer, a vivir desde lo esencial: nos acerca a nuestra propia llamada disolviendo lo accidental que nos distraía

Algunas frases que pueden iluminar tu vida

1. LA FELICIDAD ES UNA DIRECCIÓN, NO UN LUGAR.
2. VIVIR FELIZ ES VIVIR DESVIVIÉNDOSE POR OTROS.
3. POR MUY LARGA QUE SEA LA TORMENTA, EL SOL SIEMPRE VUELVE A BRILLAR ENTRE LAS NUBES. (*Khalil Gibran*)
4. PARA QUE SUCEDA LO POSIBLE, ES PRECISO INTENTAR UNA Y OTRA VEZ LO IMPOSIBLE.
5. VIVIR ES IR DE FRACASO EN FRACASO SIN DESANIMARSE. (*Churchill*)
6. EL SUFRIMIENTO DEPENDE NO TANTO DE LO QUE SE PADECE CUANTO DE NUESTRA IMAGINACIÓN, QUE AUMENTA NUESTROS MALES. (*Fenelon*)
7. DEJEMOS QUE EL PASADO SEA EL PASADO (*Homero*)
8. NO HAY DESDICHA MAYOR QUE PASARSE EL DÍA ESPERANDO LA DESDICHA (*Pedro Calderon De La Barca*)
9. EL ARTE DE VIVIR CONSISTE MENOS EN ELIMINAR NUESTROS PROBLEMAS QUE EN APRENDER A CONVIVIR CON ELLOS. (*Bernard M. Baruch*)
10. NO MIRES HACIA ATRÁS CON IRA NI HACIA ADELANTE CON MIEDO, SINO A TU ALREDEDOR CON ATENCIÓN.
11. ALGUNOS DE LOS MAYORES ÉXITOS DA LA HISTORIA SE PRODUJERON DESPUÉS DE UNA PALABRA DE ESTÍMULO O DE UN ACTO DE CONFIANZA POR PARTE DE UNA PERSONA QUERIDA O UN AMIGO FIEL.
12. TODO ES POSIBLE HASTA QUE SE PRUEBE QUE ES IMPOSIBLE Y AUN ENTONCES, LO IMPOSIBLE PUEDE SERLO SÓLO POR AHORA.

PLAN DE ACCIÓN SOBRE DROGAS 2009-2012

COMPARECENCIA DE LA DELEGADA DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS ANTE LA COMISIÓN MIXTA CONGRESO SENADO PARA EL ESTUDIO DEL PROBLEMA DE LA DROGA

MADRID, 30 DE NOVIEMBRE DE 2009, 12 HORAS

Comparecencia de la Delegada del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (713/000039), a solicitud del Grupo Popular para informar sobre la política en materia de drogas que piensa impulsar desde su Delegación.

Sus Señorías conocen, por supuesto, la respuesta a la cuestión que el Grupo Popular me plantea. La política de drogas española se contiene y define en las Estrategias Nacionales.

La Estrategia Nacional sobre Drogas, actualmente vigente es la aprobada para el periodo 2009-2016, que la Comisión ya conoce, que ha sido consensuada entre todos los agentes implicados en el Plan Nacional sobre Drogas.

Como he dicho muchas veces, la elaboración de esta Estrategia ha sido una tarea ardua, no exenta de dificultades, pero al mismo tiempo lo ha sido muy satisfactoria.

Creo que todos podemos sentirnos legítimamente orgullosos, no sólo porque

el resultado del proceso haya sido un buen documento y haya sido bien acogido, sino sobre todo porque el mismo proceso ha puesto de relieve la capacidad de trabajar juntos, dejando de lado las diferencias, para buscar lo que nos une. Y este es un elemento fundamental en el abordaje del problema de las drogas.

La Estrategia es un documento magnífico, según reconocen muchos, que, sin embargo, necesita desarrollarse en medidas y acciones concretas. La Estrategia es sólo y nada menos que un documento relevante, que no puede quedar en papel mojado ni limitarse a figurar en una bibliografía sobre política de drogas. A una buena idea como es la Estrategia, resulta obligado que siga una buena puesta en práctica. Esta puesta en práctica se va a llevar a cabo en dos periodos temporales, lo que permitirá hacer operativa y evaluable la Estrategia en el escenario real. La finalidad del primer Plan de Acción elaborado para el periodo 2009-2012, es la de desplegar un elenco de acciones y medidas concretas dirigidas al cumplimiento de los objetivos generales señalados en la Estrategia Nacional sobre Drogas.

Por lo tanto, este Plan de Acción supone la aplicación a la práctica de los principios políticos recogidos en la Estrategia Nacional que se expresa en un catálogo de medidas concretas, medibles y evaluables, que los agentes que intervienen en el Plan Nacional sobre Drogas desarrollarán en el cuatrienio 2009-2012, para contribuir a la realización de los trece objetivos generales marcados en la Estrategia Nacional.

Este Plan de Acción ha sido elaborado siguiendo una metodología semejante a la de la Estrategia, a lo largo de un proceso de más de nueve meses en el que se ha primado la participación de todos los agentes y se ha procurado la mayor sintonía con el Plan de Acción de la Unión Europea para el mismo periodo. Las aportaciones, las sugerencias y los comentarios de las Administraciones y de las entidades, también de los profesionales, han resultado fundamentales para su elaboración. La Comisión Interautonómica aprobó el Plan el pasado mes de octubre.

Se trata pues de una auténtica novedad y aunque no disponemos todavía de una edición impresa que ya está encargada, he traído para Sus Señorías unos ejemplares para que puedan consultarlo. Les ofreceré ahora detalles sobre las características de este Plan y sobre el contenido de las acciones que incluye.



| 1. COORDINACIÓN | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETIVOS | ACCIONES | AGENTES IMPLICADOS | INDICADORES DE EVALUACIÓN | |
| | | | Definiciones | Fuentes de información |
| 1. Optimizar la coordinación y cooperación en el marco del Estado español. | 1. Optimizar la coordinación y cooperación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas con otros departamentos y organismos de la Administración General del Estado, potenciando el trabajo desarrollado en el seno del Grupo Interministerial y de la Conferencia Sectorial. | Delegación, CCAA y Ciudades Autónomas, Sociedades Científicas y ONGs. | Nº de proyectos finalizados y en curso. Nº de publicaciones. | Informes sobre las investigaciones realizadas y las publicaciones derivadas de las mismas. |
| | 2. Impulsar la coordinación y cooperación entre la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y las Administraciones Autonómica y Local: -Realizar sesiones sobre temas monográficos en el seno de la Comisión Interautonómica. -Realizar, como mínimo, un encuentro al año con la FEMP para hacer seguimiento y mejorar la coordinación con las administraciones locales. -Potenciar la elaboración de planes municipales y supra-municipales coherentes con la Estrategia Nacional. -Realizar encuentros bilaterales entre la Delegación del Gobierno para el PNSD y los Planes Autonómicos. | Delegación, CCAA y Ciudades Autónomas, Entes Locales, FEMP (Federación Española de Municipios y Provincias) | Nº de sesiones y Nº de encuentros llevados a cabo. Número de Planes Municipales nuevos. | Documentación sobre las reuniones e informes de los agentes implicados. |
| | 3. Potenciar la relación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas con la Comisión Mixta Congreso-Senado, presentando un Informe anual sobre la situación de las drogodependencias en España, que incluirá una valoración del grado de cumplimiento del Plan de Acción. | Delegación, Comisión Mixta Congreso-Senado. | Nº de reuniones con la Comisión Mixta. | Informes de los agentes implicados y actas de la Comisión. |
| | 4. Impulsar la coordinación y cooperación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas con la sociedad civil y sus organizaciones y, en particular: - Potenciar el Foro "La sociedad ante las drogas" - Reforzar la coordinación con la Comisión Nacional de Prevención y Tratamiento de las drogodependencias en el Ámbito Laboral. - Impulsar la coordinación con las sociedades científicas del sector. | Delegación, ONGs, Sociedades Científicas, Sindicatos y Patronal. | Nº de reuniones, temas tratados, acciones conjuntas acometidas. | Informes de los agentes implicados y documentación sobre los asuntos tratados. |
| | 5. Realizar, con carácter bienal, un encuentro nacional con el objeto de abordar los temas más relevantes en el ámbito de las drogodependencias. | Delegación, CCAA y Ciudades Autónomas, Entes Locales, ONGs, Sociedades Científicas, etc.. | Realización de 2 congresos a lo largo de los 4 años de vigencia del Plan. | Informe de la Delegación y documentación relativa a los congresos. |

Legislación y Planes Estratégicos de las Comunidades Autónomas son los límites necesarios que el Plan de Acción respeta. La singularidad de nuestra estructura político-administrativa y la distribución competencial a que da lugar, marcan límites imprescindibles que no pueden sobrepasarse sin invadir competencias autonómicas. De ahí que, en ocasiones, el Plan no descienda hasta el detalle en la descripción de las acciones, para permitir que las Comunidades puedan implementarlas sin merma alguna de su autonomía. Se trata de sumar sin dividir.

Por otro lado, se ha procurado seguir una estructura semejante, prácticamente igual, a la del Plan de Acción de la UE, considerando que ello le hace más práctico y que permite mayores posibilidades de comparación y de evaluación con nuestros socios europeos.

Además, cara a la evaluación final y a la continua de la Estrategia, para cada una de las acciones descritas,

referidas a cada uno de los objetivos de la Estrategia, se definen los agentes responsables de su implementación y se establecen los indicadores de evaluación, incluyendo las definiciones y las fuentes de información de cada uno de ellos.

El Plan contiene 68 acciones, divididas en seis ámbitos de intervención: coordinación, reducción de la demanda, reducción de la oferta, mejora del conocimiento básico y aplicado, formación y cooperación internacional, ordenadas, como he dicho, a la consecución de los trece objetivos de la Estrategia Nacional.

A su vez, el ámbito de reducción de la demanda, que es el que mayor número de acciones contiene, se subdivide, siguiendo la estructura de la Estrategia, en tres apartados referidos a prevención, disminución del riesgo y reducción del daño, que son conceptos complementarios, y asistencia e integración social.

El mayor peso de las medidas contenidas

en el Plan de Acción corresponde, pues, a este ámbito de la reducción de la demanda en el que se describen 36 acciones, lo que supone prácticamente el 53% de las medidas que recoge el Plan.

Aquí estamos hablando de acciones concretas para hacer posible el primero de los objetivos de la Estrategia Nacional, el de promover una conciencia social sobre la importancia de los problemas, los daños y los costes personales y sociales relacionados con las drogas. Y de esta manera se incluyen acciones como, por ejemplo, la número 6: Realizar campañas y otras actuaciones periódicas y convergentes de sensibilización social, ámbito en el que ya estamos trabajando para poner en marcha una campaña sobre alcohol. También la acción número 8 que se refiere a potenciar la responsabilidad social corporativa de las empresas en el ámbito de las drogodependencias en el ámbito de la prevención, integración social, voluntariado, etc... o la acción número 9 que pretende establecer

| 2. REDUCCIÓN DE LA DEMANDA. PREVENCIÓN | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETIVOS | ACCIONES | AGENTES IMPLICADOS | INDICADORES DE EVALUACIÓN | |
| | | | Definiciones | Fuentes de información |
| 2. Promover una conciencia social sobre la importancia de los problemas, los daños y los costes personales y sociales relacionados con las drogas, sobre la posibilidad real de evitarlos, y sobre la importancia de que la sociedad en su conjunto sea parte activa en su solución. | 6. Realizar campañas y otras actuaciones periódicas y convergentes de sensibilización dirigidas a población general y sectores específicos de la misma. | Delegación, CCAA y Ciudades Autónomas, Entes locales y ONGs. | Nº de campañas y otras actuaciones. | Informes de los agentes implicados. Estudios sobre el impacto de las campañas en las poblaciones diana. |
| | 7. Desarrollar actividades de comunicación para mostrar cómo las actuaciones del Fondo de Bienes Decomisados revierten en actividades de reducción de la demanda y la oferta. | Delegación, Mº del Interior, Fiscalía Antidroga y demás entidades implicadas. | Nº de actividades de comunicación realizadas. | Informes de los agentes implicados sobre las actividades realizadas. |
| | 8. Potenciar la Responsabilidad Social Corporativa de las empresas en el ámbito de las drogodependencias, promoviendo su participación en el ámbito de la prevención, integración laboral, voluntariado, etc. | Delegación, CCAA y Ciudades Autónomas, Entes Locales y agentes sociales y económicos. | Nº de actividades realizadas. | Informes de los agentes implicados. |
| | 9. Establecer alianzas con los medios de comunicación y sus profesionales para incrementar la responsabilidad de la sociedad en la prevención de las drogodependencias. | Delegación, CCAA y Ciudades Autónomas, Entes locales, ONGs y medios de comunicación. | Nº de reuniones, participantes y acuerdos alcanzados. | Documentación sobre eventuales acuerdos alcanzados e Informes de los agentes implicados. |
| | 10. Informar sobre el riesgo que para los españoles que viajen al extranjero supone el consumo y tráfico de drogas. | Delegación, CCAA y Ciudades Autónomas, Mº Justicia, Mº Interior, Mº Asuntos Exteriores y Cooperación y ONGs. | Nº de campañas y otras actuaciones. | Estudios e informes sobre las campañas realizadas. |
| 3. Aumentar las capacidades y habilidades personales de resistencia a la oferta de drogas y a los determinantes de los comportamientos problemáticos relacionados con las mismas. | 11. Impulsar la aplicación de programas acreditados de prevención universal, selectiva e indicada, en los ámbitos familiar, educativo y extraescolar, mejorando la capacitación de todos los agentes implicados, especialmente en el desarrollo de factores de protección frente al consumo de drogas, la detección precoz y el abordaje de los primeros consumos. | Delegación, CCAA y Ciudades Autónomas, Entes Locales, ONGs y Asociaciones de Padres y Madres. | Nº de programas, contenido y participantes. | Informes sobre la aplicación y resultados de los programas realizados. |
| | 12. Validación y desarrollo de programas específicos dirigidos a menores especialmente vulnerables por su situación personal, familiar o social, con especial incidencia en hijos de drogodependientes y menores internos en centros de protección y reforma. | Delegación, CCAA, Ciudades Autónomas y ONGs. | Nº de programas realizados, contenido y participantes. | Informes sobre la aplicación y resultados de los programas realizados. |
| | 13. Impulsar la aplicación de programas acreditados de prevención para alumnos de ciclos formativos de Formación Profesional y Cualificación profesional inicial. | Delegación, CCAA y Ciudades Autónomas. | Nº de programas realizados, contenido y participantes. | Informes sobre la aplicación y resultados de los programas realizados. |
| | 14. Impulsar el desarrollo de programas acreditados de prevención dirigidos a estudiantes universitarios. | Delegación, CCAA y Ciudades Autónomas, Ministerio de Educación. | Nº de programas realizados, contenido y participantes. | Informes sobre la aplicación y resultados de los programas realizados. |
| | 15. Impulsar el desarrollo de programas en los centros de trabajo, en los que se incluyan actuaciones protocolizadas para iniciar tratamiento y apoyo tutelado a la reincorporación al puesto de trabajo de aquellos trabajadores con problemas de drogodependencias. | Delegación, CCAA y Ciudades Autónomas, Entes Locales y agentes sociales y económicos. | Nº de programas realizados, contenido y participantes. | Informes sobre la aplicación y resultados de los programas realizados. |
| | 16. Impulsar el desarrollo de estrategias de prevención dirigidas a minorías, adaptadas a sus características y necesidades; a población reclusa, así como a zonas de especial exclusión social. | Delegación, CCAA y Ciudades Autónomas, Entes Locales y ONGs. | Nº de actividades desarrolladas. | Informes de los agentes implicados sobre las estrategias y actuaciones desarrolladas. |
| 4. Retrasar la edad de inicio del contacto con las drogas. | 17. Impulsar el desarrollo de intervenciones de sensibilización en diversos sectores de la sociedad sobre las consecuencias del consumo de alcohol y otras drogas, especialmente en edades tempranas. | Delegación, CCAA Y Ciudades Autónomas, Entes Locales y ONGs. | Nº de intervenciones realizadas . | Informes sobre el contenido de las intervenciones realizadas. |
| | 18. Potenciar el asociacionismo juvenil y su participación en las actividades de ocio saludable e impulsar programas preventivos de mediación entre iguales y educación no formal, fomentando el uso de las tecnologías audiovisuales y nuevas tecnologías. | Delegación, CCAA, Ciudades Autónomas, Entes Locales y ONGs. | Nº de activi. desarrolladas y asociaciones juveniles constituidas. | Informes sobre el contenido de los programas y la participación de las asociaciones juveniles. |
| | 19. Potenciar la implicación de los profesionales sanitarios en la sensibilización y en la prevención de los daños ocasionados por los consumos tempranos de tabaco, alcohol, psicofármacos y otras drogas. | Delegación, CCAA y Ciudades Autónomas, ONGs, Entes locales y Asoc. del sector. | Nº de activi. desarrolladas: protocolos, guías, etc. | Informes sobre la participación de los profesionales implicados. |

→ Viene de página anterior

2. REDUCCIÓN DE LA DEMANDA. PREVENCIÓN

| OBJETIVOS | ACCIONES | AGENTES IMPLICADOS | INDICADORES DE EVALUACIÓN | |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| | | | Definiciones | Fuentes de información |
| 5. Disminuir el consumo de drogas legales e ilegales. | 20. Promover iniciativas en espacios de ocio, así como de formación de profesionales del sector para evitar el consumo de alcohol y otras drogas en menores. | Delegación, CCAA y Ciudades Autónomas, Entes Locales, ONGs y Asoc. del sector. | Nº de actuaciones realizadas: convenios de ámbito estatal, autonómico, etc. | Informes sobre las actuaciones realizadas y los convenios alcanzados. |
| | 21. Impulsar el desarrollo de actuaciones preventivas para que las mujeres se abstengan de consumir alcohol, tabaco y otras drogas durante la gestación y lactancia. | Delegación, CC.AA y Ciudades Autónomas, Entes Locales y ONGs. | Nº de actuaciones realizadas. | Informes sobre el contenido y desarrollo de las actuaciones realizadas. |
| | 22. Impulsar actividades de sensibilización para la protección de la salud y la lucha contra el dopaje en el deporte, aficionado y profesional. | Delegación, Mº Educación, Consejo Superior de Deportes, Agencia Estatal Antidopaje. | Nº de actuaciones realizadas. | Informes de los agentes implicados sobre las actividades realizadas. |

2. REDUCCIÓN DE LA DEMANDA. DISMINUCIÓN DEL RIESGO Y REDUCCIÓN DEL DAÑO

| OBJETIVOS | ACCIONES | AGENTES IMPLICADOS | INDICADORES DE EVALUACIÓN | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | Definiciones | Fuentes de información |
| 6. Reducir o limitar los daños ocasionados a la salud de las personas que consumen drogas y, en general, los efectos sociales y sanitarios indeseables relacionados con su uso. | 23. Favorecer la extensión y accesibilidad a los programas de tratamiento sustitutivo e impulsar la aplicación de otras terapias de eficacia probada por la evidencia en aquellos usuarios que no se benefician de las opciones terapéuticas convencionales. | Delegación, CCAA, Ciudades Autónomas y ONGs | Nº de programas, características y usuarios de los mismos. | Informes sobre el desarrollo de los programas y la aplicación de las terapias. |
| | 24. Potenciar el desarrollo de programas específicos de reducción de daños para evitar problemas de salud, así como intoxicaciones agudas y sobredosis. | Delegación, CCAA, Ciudades Autónomas y ONGs | Nº de progra. características y usuarios de los mismos. | Informes sobre los programas desarrollados. |
| | 25. Apoyar la realización de talleres de consumo de menor riesgo y sexo seguro, de atención a personas que ejercen la prostitución y programas de esta índole en instituciones penitenciarias. | Delegación, CCAA, Ciudades Autónomas y ONGs | Nº de talleres, características y usuarios de los mismos. | Informes sobre el contenido y desarrollo de los talleres realizados. |
| | 26. Facilitar y potenciar la implicación de las oficinas de farmacia y de los farmacéuticos en los programas preventivos de información y consejo, dispensación de tratamientos sustitutivos e intercambio de jeringuillas y provisión de material de inyección seguro. | Delegación, CCAA, Ciudades Autónomas y Colegios Farmacéuticos. | Nº de oficinas de farmacia implicadas. Nº de programas o actividades desarrollados. | Informes sobre las actividades desarrolladas por las oficinas de farmacia y los agentes implicados. |
| | 27. Desarrollar programas de reducción de daños en personas con problemas de consumo de alcohol, con especial hincapié en la prevención de los accidentes de tráfico relacionados con éste, por sí solo o junto a otras sustancias. | Delegación, Ministerio del Interior (Dirección General de Tráfico), CCAA y Ciudades Autónomas, Entes Locales y ONGs. | Indicadores web Dirección General de Tráfico (DGT). | Informes sobre el contenido y desarrollo de los programas realizados. |
| | 28. Promover el desarrollo de intervenciones específicamente orientadas a la reducción de riesgos y daños asociados al consumo de alcohol y otras drogas, tanto en entornos de ocio como en entornos institucionalizados. | Delegación, CCAA y Ciudades Autónomas, ONGs y Entes Locales. | Nº de programas y otras intervenciones. | Informes sobre los programas e intervenciones realizadas. |

alianzas con los medios de comunicación para incrementar la responsabilidad de la sociedad en la prevención de las drogodependencias.

En este mismo ámbito de la prevención dentro de la reducción de la demanda, se incluyen acciones que atañen al objetivo tercero de la Estrategia, que es el de aumentar las capacidades y habilidades personales de resistencia a la oferta de drogas. Acciones como la 11, la 12, la 13, la 14 y la 15 se refieren al impulso de los programas de prevención tanto de carácter universal, selectivo o indicado en los

diferentes ámbitos, familiar, educativo y extraescolar dirigidos a distintas poblaciones diana pero también se persigue la validación y la acreditación de estos programas como medio para garantizar su eficacia.

El gran objetivo de la Estrategia, retrasar la edad de inicio del contacto con las drogas es la razón de acciones como la 18 que pretende potenciar el asociacionismo juvenil y las actividades de ocio saludables fomentando también el uso de las nuevas tecnologías o la número 19 que se refiere a potenciar la implicación de los profesionales sanitarios en

la sensibilización y prevención de los consumos tempranos, evidente punto de conexión con la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.

La acción número 20 para promover iniciativas en espacios de ocio, así como de formación de profesionales del sector para evitar el consumo de alcohol y otras drogas o la 21, dirigida a la prevención del consumo en mujeres embarazadas, desarrollan medidas para alcanzar el objetivo de disminuir el consumo tanto de drogas legales como ilegales. Las acciones, 23 y 26, 27 y 28 entran dentro del ámbito de la

2. REDUCCIÓN DE LA DEMANDA. ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL

| OBJETIVOS | ACCIONES | AGENTES IMPLICADOS | INDICADORES DE EVALUACIÓN | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | Definiciones | Fuentes de información |
| 7. Garantizar una asistencia de calidad y adaptada a sus necesidades, a todas aquellas personas directa o indirectamente afectadas por consumo de drogas. Norma- lizar la asistencia sanitaria a los drogodependientes en base a la evidencia científica mediante la elaboración de protocolos, guías y catálogos de intervenciones.” | 29. Promover la extensión y accesibilidad de los tratamientos en drogodependencias sobre la base de la evidencia científica, adaptándolos a los nuevos patrones de consumo. | Delegación, CCAA y Ciudades Autónomas, ONGs y Sociedades científicas. | Nº de programas y características de los mismos. | Informes sobre la aplicación de los tratamientos. |
| | 30. Impulsar la elaboración de catálogos de intervenciones terapéuticas, que se hayan demostrado eficaces, efectivas y adecuadas, en los diferentes ámbitos de la asistencia a los drogodependientes. | Delegación, CCAA y Ciudades Autónomas, ONGs y Sociedades científicas. | Catálogos y protocolos elaborados. | Textos de los catálogos y protocolos e informes de los agentes implicados. |
| | 31. Colaborar al desarrollo de programas específicos de atención a las drogodependencias en jóvenes y mejorar su acceso a un tratamiento de calidad, con especial atención a los jóvenes internados en centros de menores o que hayan tenido problemas con la justicia. | Delegación, CCAA, Ciudades Autónomas y ONGs. | Nº de programas y características de los mismos. | Informes sobre la aplicación y resultados de los programas realizados. |
| | 32. Potenciar el desarrollo de los programas destinados a población con patología dual. | Delegación, CCAA, Ciudades Autónomas, ONGs y Sociedades Científicas. | Nº de programas y características de los mismos. | Informes sobre los programas realizados. |
| | 33. Potenciar la aplicación de programas de asistencia atendiendo a la especificidad del género, favoreciendo un mejor acceso por parte de las mujeres a los centros y programas existentes, e impulsando el desarrollo de protocolos para mejorar la atención de las mujeres consumidoras de drogas y de aquéllas con personas dependientes a su cargo. | Delegación, CCAA, Ciudades Autónomas y ONGs. | Nº de programas y características de los mismos. | Informes sobre el desarrollo de los programas y el contenido de los programas. |
| | 34. Desarrollar programas de asistencia a las familias de los afectados por las drogodependencias reforzando su papel en el tratamiento y la reinserción, incluyendo, en su caso, la constitución de grupos de autoayuda. | Delegación, CCAA, Ciudades Autónomas y ONGs. | Nº de programas y características de los mismos. | Informes sobre el contenido de los programas y el funcionamiento de los grupos de autoayuda. |
| | 35. Potenciar el papel, tanto de los servicios de Atención Primaria como de los de Atención Especializada y de Urgencias, en la detección precoz, el consejo sanitario y la realización de intervenciones breves en pacientes fumadores, que abusen del alcohol, de los psicofármacos o consuman drogas ilegales. | Delegación, CCAA y Ciudades Autónomas. | Nº de actuaciones, características de las mismas y perfil de usuarios. | Informes de los agentes implicados sobre la mejora del funcionamiento de los servicios. |
| | 36. Implantar protocolos de detección precoz e intervenciones breves sobre el consumo de sustancias psicoactivas en los servicios de salud laboral. | Delegación, CCAA y Ciudades Autónomas, Comis. Nal. Prev. y Asist. Ámbito Laboral, organizaciones sindicales y patronales. | Nº de protocolos y actuaciones realizadas. | Informes sobre el desarrollo y aplicación de los protocolos. |
| 37. Analizar las características de los diversos tipos de centros, servicios y unidades que integran la red de asistencia a los drogodependientes, buscando criterios para su armonización. | Delegación, CCAA y Ciudades Autónomas y Sociedades Científicas. | Tipología de centros y criterios de acreditación consensuados. | Informes elaborados sobre los recursos que integran la red asistencial. | |
| 8. Facilitar la incorporación a la sociedad de las personas en proceso de rehabilitación, a través de programas de formación integral y de preparación e inserción laboral. | 38. Impulsar el desarrollo y puesta en marcha de nuevos programas que favorezcan la integración social y laboral de los drogodependientes en proceso de inserción con diversas medidas. | Delegación, CCAA y Ciudades Autónomas, ONGs y agencias de empleo. | Nº de programas y actuaciones realizadas. | Informes sobre la aplicación y resultados de los programas realizados. |
| | 39. Impulsar la mejora de la calidad y la extensión de los programas de tratamiento y reinserción dirigidos a la población penitenciaria, así como las medidas alternativas a la prisión, haciendo especial hincapié en el seguimiento posterior a la excarcelación. | Delegación, Ministerio del Interior (Instituciones Penitenciarias), CCAA y Ciudades Autónomas, ONGs, Sociedades Científicas y agencias de empleo. | Nº de programas y actuaciones realizadas. | Informes sobre la aplicación de los programas y de las medidas alternativas a la prisión. |
| | 40. Colaborar al desarrollo de programas, especialmente en dependencias judiciales y policiales, que ofrezcan apoyo jurídico, administrativo y social a las personas que han cometido delitos como consecuencia de su adicción a las drogas. | Delegación, CCAA y Ciudades Autónomas, ONGs, Entes Locales, Administración de Justicia y Fuerzas y Cuerpos de Seguridad. | Nº de programas desarrollados. | Informes sobre la aplicación y resultados de los programas realizados. |
| | 41. Promover la creación de un catálogo de servicios y programas de reinserción a nivel nacional, autonómico y local. | Delegación, CCAA y Ciudades Autónomas, Entes Locales y ONGs. | Catálogo de servicios y programas. | Informes sobre la elaboración y contenido de los catálogos. |

| 3. REDUCCIÓN DE LA OFERTA | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETIVOS | ACCIONES | AGENTES IMPLICADOS | INDICADORES DE EVALUACIÓN | |
| | | | Definiciones | Fuentes de información |
| 9. Incrementar la eficacia de las medidas dirigidas a controlar la oferta y los mercados ilegales de sustancias psicoactivas. | 42. Impulsar medidas para limitar la accesibilidad a drogas legales e ilegales y reforzar el cumplimiento de la normativa vigente en las Administraciones estatal, autonómica y local, haciendo especial hincapié en la publicidad de alcohol y tabaco. | Administración General del Estado, CCAA, Ciudades Autónomas y Entes Locales. | Nº de actuaciones realizadas y características de las mismas. | Informes sobre las medidas llevadas a cabo. |
| | 43. Potenciar los Planes estratégicos y operativos para la lucha contra el tráfico minorista en los centros escolares y sus entornos, así como en las zonas de ocio. | Mº del Interior (CICO), Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Policías Locales. | Nº de operaciones y características de las mismas. | Informes sobre los resultados de los Planes estratégicos y operativos realizados. |
| | 44. Potenciar la coordinación entre las unidades especializadas en la lucha contra las drogas y las unidades de prevención de seguridad ciudadana. | Mº del Interior (CICO), Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado. | Nº de actividades y características de las mismas. | Informes sobre las actuaciones de coordinación realizadas. |
| | 45. Profundizar en las relaciones internacionales con las fuerzas policiales que tienen asignada la lucha contra el tráfico de drogas en otros Estados, incrementando la cooperación y la coordinación. | Mº del Interior (CICO), Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, otros Departamentos Ministeriales. | Nº de actuaciones y características de las mismas. | Informes sobre las actuaciones de cooperación y coordinación realizadas. |
| | 46. Incrementar las inspecciones y el control a los operadores de sustancias químicas catalogadas, y mejorar los canales de información y comunicación de carácter nacional e internacional sobre precursores. | Mº del Interior (CICO), Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado. | Nº de inspecciones y controles. | Informes sobre el desarrollo de los programas y el contenido de los programas. |
| 10. Aumentar los mecanismos de control económico sobre los procesos de blanqueo de dinero, profundizando la colaboración con las autoridades administrativas competentes en materia de prevención del blanqueo de capitales, y de acuerdo con los criterios establecidos con carácter general en este ámbito por la Comisión de Prevención del Blanqueo de Capitales e Infracciones Monetarias. | 47. Intensificar las investigaciones de delincuencia económica y financiera, con especial atención a las investigaciones patrimoniales y de blanqueo de capitales asociado al tráfico de drogas. | Mº del Interior (CICO), Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Fiscalía Antidroga. | Nº de investigaciones y otras actividades. | Informes sobre las actuaciones llevadas a cabo. |
| | 48. Reforzar las relaciones bilaterales con países de especial relevancia para España en el tráfico de drogas y blanqueo de capitales. | Mº del Interior (CICO), Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Fiscalía Antidroga, otros Departamentos Ministeriales. | Nº de actividades. | Informes sobre las relaciones establecidas |
| | 49. Favorecer el intercambio de herramientas y productos para la elaboración de Inteligencia Estratégica y la lucha contra las organizaciones criminales dedicadas al tráfico de drogas y blanqueo de capitales. | Mº del Interior (CICO), Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Fiscalía Antidroga, otros Departamentos Ministeriales. | Nº de actividades. | Informes sobre las actividades realizadas. |

disminución del riesgo y de la reducción del daño, que como saben Sus Señorías, reúne un elenco de actividades y programas que desde hace años han experimentado un elevado nivel de desarrollo tanto en España como en otros países, que tienen una finalidad recogida en uno de los objetivos generales de la Estrategia. Estas acciones, como por ejemplo, la 27, “desarrollar programas de reducción de daños en personas con problemas de consumo de alcohol haciendo especial hincapié en la prevención de accidentes de tráfico”, han sido diseñadas para las poblaciones dianas y en los contextos de actuación que señalan la Estrategia en este tema.

También el gran objetivo de garantizar una asistencia de calidad está contemplado en una serie de acciones, como por ejemplo la 29 y la 32, que promoverán la extensión y accesibilidad de los tratamientos sobre la base de la evidencia científica y potenciarán el desarrollo de programas destinados a población que presenta patología dual. Son acciones que persiguen también la normalización de la asistencia sanitaria a los drogodependientes en base a la evidencia científica mediante la elaboración de protocolos, guías y catálogos de intervenciones, cuestión que como Sus Señorías saben ha sido debatida en el seno de un Comité Institucional del Pacto por la Sanidad.

Naturalmente, el Plan de Acción no se limita al ámbito de la reducción de la demanda, aunque reitero que es el más importante y el que tiene mayor peso específico en el catálogo de medidas que contiene, por lo que diseña acciones también para otras áreas. Así, el área de reducción de oferta supone casi el 12% de las acciones del Plan (8 acciones), peso similar al concedido al área de mejora del conocimiento básico y aplicado, le siguen las áreas de cooperación internacional (6 acciones, 8,82%), formación (5 acciones, 7,35%) y por último el de coordinación (5 acciones, 7,35%). Por cierto, tengo que señalar que la Acción 3 dice textualmente:

| 4. MEJORA DEL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO BÁSICO Y APLICADO | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETIVOS | ACCIONES | AGENTES IMPLICADOS | INDICADORES DE EVALUACIÓN | |
| | | | Definiciones | Fuentes de información |
| 11. Incrementar y mejorar la investigación, con el fin de conocer mejor las diversas variables relacionadas con las drogas, su consumo, así como su prevención y tratamiento. | 50. Impulsar proyectos de investigación en los ámbitos epidemiológico, clínico, básico y social. | Delegación, CCAA y Ciudades Autónomas, Sociedades Científicas y ONGs. | Nº de proyectos finalizados y en curso. Nº de publicaciones. | Informes sobre las investigaciones realizadas y las publicaciones derivadas de las mismas. |
| | 51. Impulsar la elaboración y difusión de Guías de Práctica Clínica para la atención y el tratamiento de las drogodependencias, basadas en la evidencia científica. | Delegación, CCAA y Ciudades Autónomas, ONGs y Sociedades Científicas. | Nº de guías elaboradas. | Informes sobre la elaboración y contenido de las Guías. |
| | 52. Fomentar la realización de estudios sobre las causas sociales del consumo de drogas y la morbi-mortalidad causada por el mismo. | Delegación, CCAA y Ciudades Autónomas, Observatorio Español sobre Drogas, Observatorios autonómicos, ONGs y Sociedades científicas. | Nº de estudios y publicaciones. | Informes sobre la elaboración y contenido de los estudios realizados. |
| | 53. Fomentar investigaciones dirigidas tanto al conocimiento de nuevas opciones terapéuticas y su posible aplicación a la clínica, como al conocimiento de patrones de consumo de sustancias con efecto psicoactivo que puedan ser susceptibles de abuso. | Delegación, CCAA, Ciudades Autónomas y Sociedades Científicas. | Nº de proyectos y Nº de publicaciones. | Informes sobre las investigaciones realizadas y las publicaciones derivadas de las mismas. |
| | 54. Potenciar la actividad de la Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. | Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. | Nº de informes y Nº de publicaciones. | Informes sobre los trabajos llevados a cabo por la Comisión. |
| | 55. Optimizar el desarrollo, cobertura y representatividad de los indicadores del Sistema Estatal de Información Permanente sobre Adicciones a Drogas (SEIPAD), con desarrollo de nuevos indicadores de interés. | Observatorio Español de Drogas de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, CCAA y Ciudades Autónomas. | Nº de informes elaborados, Nº de publicaciones y Nº de estudios. Nuevos indicadores. | Informes sobre el desarrollo de los indicadores y su aplicación. |
| | 56. Adecuar los sistemas de información para que permitan la recogida de datos relacionados con nuevos patrones de consumo y perfiles sociodemográficos, epidemiológicos y clínicos de los consumidores de drogas. | Delegación, CCAA y Ciudades Autónomas, Entes Locales, ONGs y Sociedades Científicas. | Definición y recogida de nuevas variables. | Informes sobre el desarrollo de los sistemas de información y su aplicación. |
| 12. Potenciar la evaluación sistemática de programas y actuaciones, como instrumento que permita validar las actividades realizadas. | 57. Potenciar la evaluación de procesos y resultados, la valoración de la satisfacción de los usuarios y la validación de los instrumentos utilizados para la evaluación de programas y servicios. | Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, CCAA y Ciudades Autónomas, Entes Locales, Sociedades Científicas y ONGs. | Instrumentos de evaluación validados. Informes de evaluación. | Informes sobre las actuaciones de evaluación, valoración y validación llevados a cabo. |

“Potenciar la relación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas con la Comisión Mixta Congreso-Senado, presentando un informe anual sobre la situación de las drogodependencias en España, que incluirá una valoración del grado de cumplimiento del Plan de Acción”.

Me gustaría resaltar a Sus Señorías, que es un Plan de Acción representativo de todos los actores del Plan Nacional sobre Drogas y respetuoso con las competencias de cada uno de ellos, que tiene carácter integral, pues recoge medidas en todas las áreas clásicas de intervención, que se basa en la situación actual de los consumos de drogas pero es perfec-

tamente adaptable a la evolución de los escenarios que pueda producirse, y que permite desarrollos o actuaciones concretas para casos determinados que lo requieran, una manera específica de aproximación a problemas emergentes. De hecho, como Sus Señorías saben, ya estamos trabajando en un Programa Específico de Actuación sobre el Consumo de Alcohol entre menores de edad. En definitiva, es un Plan factible y ajustado a la realidad y es, finalmente, y este es un extremo muy relevante, un Plan evaluable.

La evaluación es sobre todo el instrumento necesario para mejorar el conocimiento sobre los efectos de las acciones implementadas y de los me-

canismos que los explican. Incrementando este conocimiento podremos mejorar la efectividad y la eficiencia de las actuaciones emprendidas. En este sentido como he dicho, el Plan de Acción 2009-2012 incluye indicadores de evaluación para cada una de las acciones definiéndolos y citando las fuentes de información a partir de las cuales se construyen. Así se ha optado por una evaluación prácticamente continua al posibilitar, y esto es verdaderamente importante, la adaptación a las correcciones puntuales que resulten necesarios en cualquier momento de aquel periodo.

Pero es que, además, el Plan de Acción 2009-2012 ha tenido en cuenta, a su

| 5. FORMACIÓN | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETIVOS | ACCIONES | AGENTES IMPLICADOS | INDICADORES DE EVALUACIÓN | |
| | | | Definiciones | Fuentes de información |
| 13. Mejorar y ampliar la formación de los profesionales que trabajan en este campo, así como la dirigida a personas que colaboran voluntariamente en el mismo. | 58. Incrementar la oferta de programas de formación actualizados con inclusión de las nuevas tecnologías, dirigidos a los profesionales de la sanidad, de los servicios sociales, de la educación, de los medios de comunicación, de las ONGs, de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado y al personal de la Administración de Justicia, así como a los responsables de los servicios de salud laboral. | Delegación, otros ministerios, CCAA, Ciudades Autónomas y ONGs. | Nº de programas y usuarios. | Informes sobre el desarrollo, contenido y destinatarios de los programas realizados. |
| | 59. Fomentar la aplicación de programas de formación dirigidos a voluntarios que desarrollen su actividad en el sector de las drogodependencias. | Delegación, CCAA, Ciudades Autónomas y ONGs. | Nº de programas y usuarios. | Informes sobre el desarrollo, contenido y destinatarios de los programas realizados. |
| | 60. Realización y puesta en marcha de programas de formación de madres y padres para mejorar su capacitación como agentes de prevención, y actuaciones dirigidas a las asociaciones de madres y padres (AMPAS) de alumnos. | Delegación, CCAA, Ciudades Autónomas y ONGs | Nº de programas y actuaciones. | Informes sobre los programas y actuaciones realizadas. |
| | 61. Promover el desarrollo de programas de formación sobre la seguridad vial en relación con el consumo de drogas legales e ilegales en diferentes ámbitos (autoescuelas, profesionales del sector...). | Delegación, Dirección General de Tráfico, CCAA y Ciudades Autónomas. | Nº de programas y usuarios. | Informes sobre el desarrollo, contenido y destinatarios de los programas realizados. |
| | 62. Promover la inclusión de materias relacionadas con las drogodependencias en el curriculum de los estudios sanitarios, sociales y educativos. | Delegación, otros ministerios, CCAA y Ciudades Autónomas. | Actividades con responsables de dichos programas. | Informes sobre las aportaciones de estas materias a los currícula correspondientes. |



vez, los resultados que hemos ido conociendo de la evaluación de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008. Además de atender a la continuidad de las acciones que ya hemos emprendido, que están en marcha y se desarrollan satisfactoriamente, el Plan de Acción es consciente de los objetivos a mejorar. Conocer y evaluar, repito, son los instrumentos necesarios para mejorar la eficacia de nuestras acciones. En definitiva, Señorías, el Plan de Acción incluye una serie contrastada de medidas que inciden en intervenciones de prevención en diferentes sectores y en diferentes grupos de riesgo, en reforzar las actuaciones de información, educación y sensibilización a distintos grupos de población, de las consecuencias del consumo nocivo y peligroso de drogas y en fomentar actividades que ayuden a profundizar en el conocimiento de los problemas vinculados al consumo de riesgo, Todo ello, sin obviar temas de gran importancia en la lucha contra las drogas y la drogadicción, tales como la coordinación entre las diferentes administra-

ciones y los diferentes sectores dentro de cada administración, las medidas de reducción de la oferta que llevan a cabo las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, la mejora del conocimiento científico sobre las drogas y sus efectos, la formación de los profesionales y de todos los involucrados en el problema de la drogadicción y el área de cooperación internacional, de importancia clave y creciente y que durante los próximos meses va a ocupar buena parte de nuestros esfuerzos con la presidencia española de la Unión Europea. Todos estos son objetivos específicos en el abordaje del problema de las drogas incluidos en el Plan de Acción 2009-2012, que desarrolla la Estrategia Nacional sobre Drogas y cuyas dimensiones y características están exigiendo una respuesta práctica por parte de las Administraciones. Y todo ello concreta la política en materia de drogas que va a desarrollar la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, a que hace referencia su pregunta y a la que espero haber dado adecuada respuesta. •

| 6. COOPERACIÓN INTERNACIONAL | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETIVOS | ACCIONES | AGENTES IMPLICADOS | INDICADORES DE EVALUACIÓN | |
| | | | Definiciones | Fuentes de información |
| 14. Optimizar la coordinación y cooperación en el marco europeo e internacional en general. | 63. Intensificar la participación española en el marco europeo, contribuyendo al desarrollo del Plan de Acción de la Unión Europea 2009-2012 a través de la participación en las actividades y Grupos de Trabajo y ejecutando el Plan de Trabajo correspondiente al período de la Presidencia Española de la Unión Europea (enero-junio 2010). Asimismo, participar activamente en las iniciativas desarrolladas por otros foros distintos a la Unión Europea (Consejo de Europa, Grupo Dublín, etc.) | Delegación, Departamentos Ministeriales, Representación Española Permanente. CCAA y Ciudades Autónomas. Órganos responsables de otros foros. | "Nº de reuniones de los Grupos de Trabajo. Actuaciones realizadas. | Informes sobre las investigaciones realizadas y las publicaciones derivadas de las mismas. |
| | 64. Potenciar la actuación de España en el seno de Naciones Unidas, impulsando acciones dirigidas a la reducción de la oferta y la demanda en el ámbito internacional y liderando el grupo de la UE durante el período correspondiente a la Presidencia Española (enero-junio 2010). | Delegación y Representación Permanente ante Naciones Unidas. | "Nº de reuniones y Nº de actuaciones realizadas. | Informes sobre la elaboración y contenido de las Guías. |
| | 65. Cooperar con la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el desarrollo de la Estrategia y el Plan de Acción de control de las drogodependencias. | Delegación, CC.AA. Y Ciudades Autónomas y expertos nacionales. | Nº de actividades realizadas. | Informes de los agentes implicados sobre el desarrollo de la Estrategia y el Plan de Acción. |
| | 66. Reforzar la presencia española en Iberoamérica, potenciando la cooperación en este área geográfica a través de programas y actuaciones bilaterales o en las estructuras regionales existentes. Impulsar actuaciones dirigidas a la reducción de la demanda, en coordinación con la Organización Panamericana de la Salud. Desarrollar Planes Anuales de Formación en colaboración con la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo. | Delegación, Departamentos Ministeriales, CC.AA y Ciudades Autónomas y redes existentes. | Nº de programas y Nº de actuaciones realizadas. | Informes sobre las actividades de cooperación llevadas a cabo. |
| | 67. Cooperación con otras áreas geográficas de atención preferente (cuena mediterránea y otras) en el desarrollo de actividades orientadas a la reducción de la oferta y la demanda. | Delegación, Departamentos Ministeriales, CC. AA y Ciudades Autónomas, y redes existentes. | Nº de programas y Nº de actuaciones realizadas. | Informes sobre las actividades de cooperación llevadas a cabo. |
| | 68. Identificar áreas de trabajo con proyección internacional, fomentar la participación en grupos de trabajo y foros internacionales, e impulsar el intercambio de conocimientos y experiencias de prevención, asistencia e integración, así como la colaboración entre profesionales. | Delegación, CCAA y Ciudades Autónomas, Entes Locales y ONGs. | Nº de actividades realizadas. | Informes sobre las actividades de cooperación llevadas a cabo. |

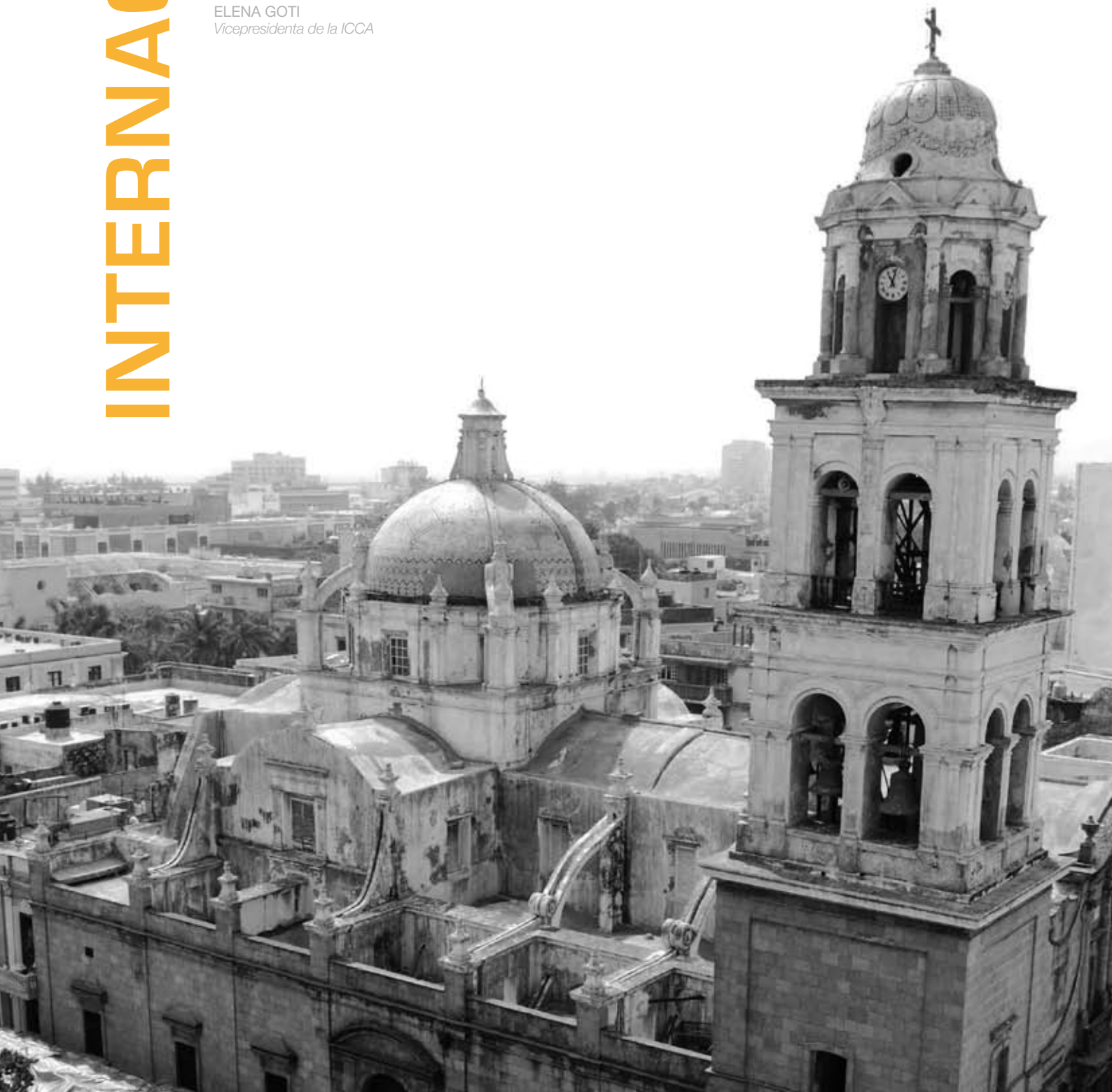
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL PLAN DE ACCIÓN 2009-2016 ENTRE LOS DISTINTOS ÁMBITOS

| | Nº Acciones | | % Total Acciones | |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----|------------------|--------|
| | | | | |
| Nº acciones del Plan de Acción 2009/2016 | 70 | | 100% | 100% |
| Área de Coordinación | 5 | | 7,14% | 7,14% |
| Área de Reducción de la Demanda | Prevención | 16 | 22,85% | 52,85% |
| | Disminución del Riesgo y Reducción del Daño | 7 | 10% | |
| | Asistencia e Integración Social | 14 | 20% | |
| Área de Reducción de la Oferta | 8 | | 11,42% | 11,42% |
| Área de Mejora del Conocimiento Científico Básico y Aplicado | 9 | | 12,85% | 12,85% |
| Área de Formación | 5 | | 7,14% | 7,14% |
| Área de Cooperación Internacional | 6 | | 8,57% | 8,57% |

RESUMEN Y CONCLUSIONES DEL XII CONGRESO LATINOAMERICANO DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

Veracruz, Méjico, noviembre 2009

ELENA GOTI
Vicepresidenta de la ICCA



Ha llegado el momento de hacer un alto en este XII Congreso Latinoamericano de Comunidades Terapéuticas para revisar, para hacer balance y para revivir más detenidamente momentos que hemos compartido estos últimos días.

La ciudad y puerto de Veracruz nos recibió con cordialidad, con sonrisas, nos sentimos bienvenidos. Hicimos paseos, disfrutamos de su naturaleza generosa, del cielo, del mar, y ¡de su comida!. Es verdad que algún delegado más osado tuvo alguna sorpresa inesperada al probar sus salsas y enrojéció súbitamente y no fue precisamente por vergüenza, ¡créanme!.

Desde el primer momento los organizadores nos dijeron “les presentamos Veracruz” y lo hicieron a través de una muy interesante incursión en la arqueología local. Enseguida nos sedujeron con su música, a veces alegre, a veces nostálgica, pero siempre con un toque de humor.

La convocatoria fue a ‘Crear Sinergias por un mundo sin drogas’ y nos pusimos en marcha.

Trabajamos largas horas durante las cuales dimos y recibimos, nos dieron y recibieron de parte nuestra en un intercambio continuo y generoso que es la esencia, el alma, la marca de fábrica de los congresos de la FLACT.

DATOS

Hubo 621 asistentes registrados provenientes de 19 países; México convocó delegados de 18 estados y desde aquí, hacemos llegar nuestra solidaridad a los de Tabasco y a los del sur del estado de Veracruz, que no pudieron llegar y que están sufriendo por las terribles lluvias. El trabajo se organizó en 3 sesiones plenarias durante las cuales se ofrecieron 23 presentaciones.

Hubo 25 sesiones ordinarias, 8 talleres con un total de 119 ponentes!!! Qué productividad, no es cierto?.

Agregaremos la presentación de 4 libros

y aquí sí que diré “para el próximo congreso, queremos más, muchos más,,,” Nos recibió Fidel Herrera Beltrán, Gobernador del Estado de Veracruz, quien nos dijo que el consumo había aumentado en México y que desde su lugar de gobierno, reconocía que debían incrementar la colaboración y los aportes al sector Sin Fines de Lucro y que así lo harían.

SOBRE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Los ponentes afirmaron que es un ambiente vinculante que genera cambios positivos y que si no hay ambiente vinculante o si no genera cambios positivos, no es realmente una Comunidad Terapéutica (CT); agregaron que todo el proceso de CT va dirigido a lograr la autonomía de los usuarios.

Sabemos que la CT funciona, hemos comprobado que funciona, pero nos falta profundizar en por qué funciona.

LOS NIÑOS

Los niños fueron los grandes protagonistas de este Congreso. Cada vez que nos hablaron sobre ellos, las caras de los ponentes, su tono de voz, su energía cambiaba, había pasión y urgencia en lo que decían y nos dijeron que el acoger al niño, darle casa, comida, tratamiento no es un privilegio, sino que es darle condiciones que deben ser normales. Un muchacho no es un problema, es una posibilidad, es una oportunidad, es una posibilidad abierta.

A los niños les debemos respeto y con ellos queremos educadores y no guardianes, ni policías. Nos presentaron detenidamente el modelo de intervenciones Pedagógico-Terapéuticas.

LAS MUJERES

También las mujeres ocuparon un lugar central y los ponentes afirmaron que cuando llegan a pedir ayuda tienen baja su autoestima, una imagen personal



deteriorada y son víctimas de violencia familiar; por eso nos llamaron a fortalecer los servicios con perspectiva de género y a trabajar con las mujeres.

FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN

Desde todos los ámbitos nos hablaron de Formación, de Capacitación y nos dijeron que una Certificación es sólo una consecuencia, un testimonio escrito, ya que toda Certificación debe certificar un saber y una experiencia y que si no es así es sólo un papel sin contenido.

BUENAS PRÁCTICAS

En el capítulo de las Buenas Prácticas, aseguraron que una Buena Práctica siempre está ligada a la Ética.

Y que lamentablemente todavía hay en México y probablemente en otros países de la región, centros, lugares



La Comunidad Terapéutica contiene, protege, cuida y sana

llegue ni espontánea ni naturalmente. Y nos invitaron a respetar los ritmos personales de cada uno, los tiempos personales y afirmaron que son mejores los procesos a largo plazo que los quick-fix.

PATOLOGÍA DUAL

Sobre los procesos para la Patología Dual pidieron que se balanceara el abordaje del abuso a las drogas con el de la salud mental. También se recomendó que hubiera simetría de poder entre los profesionales y operadores que trabajan con las drogas y con los que se ocupan de la patología mental.

TRANSFORMACIÓN INTERIOR

Nos dijeron que la Transformación Interior es deseable y que es posible y que hay que buscarla hasta lograrla, porque que es una invitación al compromiso y la esperanza. Otra vez no dijeron Sí se puede lograr una transformación interior.

AGRADECIMIENTO ESPECIAL

Finalmente quiero hacer una mención especial sobre el equipo de jóvenes veracruzanos que nos acompañaron durante el XII Congreso, que nos guiaron y que cada vez que los necesitamos allí estaban, sonriendo, ofreciendo lo mejor de sí y que fueron solucionando con naturalidad todas y cada una de nuestras dificultades. ¡GRACIAS!. Cerraré este informe recordando algo que nos dijo uno de nuestros presentadores, concretamente una

presentadora; un mensaje sencillo y tierno que nos señala que estamos en el buen camino y que siguiendo por él llegaremos a buen destino.

Dice así: *“La Comunidad Terapéutica contiene, protege, cuida y sana”*.

Para finalizar nuestra participación en el XII Congreso de la Flact, hemos hecho una marcha donde convocamos a los jóvenes de la ciudad de Veracruz y a varias organizaciones. Nos hemos encontrado todos en el malecón de Veracruz, que fuera la puerta de entrada de Hernán Cortes a México y desde allí hemos emprendido una marcha por el centro de la ciudad hasta llegar al zócalo, plaza central de la ciudad. Allí realizamos la ceremonia de la luz, dirigida por el P. Gabriel Antonio Mejía, reelegido presidente de la Flact.

En la oscuridad de la noche, hemos encendido cada uno una luz y renovamos nuestro compromiso de ser servidores de los niños, de las niñas, de los jóvenes y adultos hombres y mujeres que llegan a nuestras comunidades terapéuticas. Fue un evento público, lleno de esperanza, con un fondo musical precioso invocamos la presencia de Dios sobre las comunidades terapéuticas de América Latina.

Con grande alegría y con un profundo sentimiento de amistad nos abrazamos todos los participantes del congreso y la gente que estaba en la plaza, fue realmente un momento conmovedor.

Hasta el XIII Congreso de la Flact en el 2011 •

donde ocurren prácticas no éticas, hasta torturantes y que debemos trabajar mucho para que eso cambie.

Agregaron que las Buenas Prácticas no son estáticas, que son cambiantes, que evolucionan y que hay que cultivarlas porque aparecen continuamente “mejores prácticas” que deberemos tomar en cuenta.

PREVENCIÓN

Sobre la Prevención aseguraron que la Prevención sirve, que es efectiva y que hay que prevenir en la comunidad y para la vida.

Pero advirtieron que no hay que confundirse, que la verdadera prevención se hace dando oportunidades y no dando discursos, cantando slogans o poniendo lindos carteles.

TRATAMIENTOS

En cuanto a los tratamientos se pidió, se aconsejó que fueran integrales, que abarquen varias disciplinas e impacten las diferentes áreas de las personas; pero afirmaron que hay que inducir la integración y no esperemos que ésta

La transformación interior es deseable y posible, hay que buscarla hasta lograrla, porque es una invitación al compromiso y la esperanza

ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE

Escuela de Otoño de Voluntariado



Los días 23, 24 y 25 de octubre se celebró la VII Escuela de Otoño de Voluntariado, organizada por la Asociación Proyecto Hombre.

El lugar elegido para la celebración fue San Lorenzo de El Escorial, en la Residencia de los Sagrados Corazones. La participación fue un éxito, asistieron 112 voluntarios de diferentes puntos de España.

Se impartieron cursos y talleres formativos sobre distintos temas como Habilidades Sociales, Creatividad etc. Las actividades lúdicas también tuvieron presencia a través de talleres de coro, expresión corporal, Pilates, relajación etc.

Los asistentes valoraron muy positivamente la participación en la Escuela, superando la de la edición anterior. Los voluntarios valoraron, con una puntuación de 8.3, la aportación que la asistencia a la Escuela había supuesto para su labor de voluntariado. El sentimiento de haberse sentido partícipe en la Escuela, se valoró con un 8.7.

La logística, los cursos y talleres formativos y lúdicos, también obtuvieron una muy buena valoración.

ANDALUCÍA

PREMIO AL TRABAJO EN RED DEL VOLUNTARIADO DE LA ASOCIACIÓN ANDALUZA DE PROYECTO HOMBRE

Con motivo del Día Internacional del Voluntariado, la Agencia andaluza del voluntariado de la Junta de Andalucía, hizo entrega de los premios a personas y entidades que, por sus acciones en materia de voluntariado, han destacado este año.

El acto tuvo lugar el día 4 de diciembre en el Palacio de Ferias y Congresos de la provincia de Málaga, y en esta edición ha sido premiada la Comisión Andaluza de Voluntariado de la Asociación Andaluza de Proyecto Hombre por su trabajo en red.

En representación de Proyecto Hombre, estuvieron presentes Francisco Herrera, que recogió el premio como Presidente de la Asociación Andaluza; Luis Bononato, como presidente de la Comisión de Voluntariado; Juan José Soriano, Presidente de Proyecto Hombre Málaga y Anabel Hervás, de Proyecto Hombre Jaén y coordinadora de la Comisión. Además estuvieron presentes miembros de los patronatos, personal contratado y voluntarios de los distintos Centros de Proyecto Hombre de Andalucía.

La comisión de voluntariado está compuesta por los coordinadores/as de voluntariado de Proyecto Hombre de los ocho centros de Proyecto Hombre en Andalucía. Dichos coordinadores/as trabajan en red para conseguir una mejora y cuidado del voluntariado en sus respectivas entidades. Desde

sus comienzos, el trabajo en red ha sido la base fundamental como metodología de trabajo para la comisión, incluso antes de que se utilizara dicho término y se comprobara la utilidad del mismo.

La Comisión tiene dos líneas muy claras de acción. Por un lado, realiza un trabajo de forma interna, y para ello se ha creado la Escuela Andaluza de Formación para el Voluntariado, se organizan encuentros anuales y reuniones periódicas para conocer las actividades que se van realizando en cada Centro y se ha elaborado una carpeta de formación para ser utilizada en cada uno de los diferentes Centros Proyecto Hombre de Andalucía. Por otro lado, a nivel externo, se realizan colaboraciones con entidades públicas y privadas, entre las cuales se encuentran, entre otras, las universidades de las diferentes provincias, la Agencia Andaluza del Voluntariado, en sus respectivas delegaciones provinciales, otros colectivos de voluntariado...

Por todo esto, aprovechamos la ocasión para darles la ENHORABUENA a todos los miembros de la Comisión Andaluza del Voluntariado y como no, también a todas aquellas personas que han pasado por dicha comisión, y que en la actualidad ya no pertenecen a la misma, pero que también han hecho posible este reconocimiento tras años de lucha y de trabajo en equipo. •



Francisco Herrera del Pueyo, tercero por la derecha, junto a los galardonados

ALICANTE

PROYECTO HOMBRE ALICANTE EN BUSCA DE LA EXCELENCIA

Ya sabéis por crónicas anteriores que somos personas subidas al carro de la mejora constante.

Para nosotros es importante ofrecer el mejor servicio posible y por ello continuamos nuestra andadura con muchas acciones y proyectos, de los que a continuación os hacemos partícipes.

ÁREA DE FORMACIÓN

1. El pasado día 23 de octubre, contamos con la presencia de D. XOSE MANUEL DOMÍNGUEZ PRIETO, Doctor en Filosofía y Ensayista, que trabajó con todo el equipo sobre la temática "Trabajo Personal y con Otros, a través del silencio"

Al día siguiente, se trabajó con las familias, en la celebración de la 3ª Jornada para Familias (Programa Áncora) "LA AVENTURA DE AFRONTAR EL DOLOR".

Presidió el acto de apertura, Dña. Asunción Sánchez Zaplana, Concejala del Excmo. Ayuntamiento de Alicante, que participó en la misma como una integrante más.

Se trabajó sobre "Qué es el dolor, el miedo que nos produce, los falsos afrontamientos que hacemos", y además pudimos conocer nuevos caminos para desafiar el dolor y el sufrimiento. Más de 115 familiares junto a los terapeutas, disfrutamos y aprendimos, desde el primer minuto del inicio de la Jornada hasta el último, que dio paso a la comida compartida. Días como este, nos hacen disfrutar de nuestra labor.

2. Cumpliendo con el compromiso de que nuestros usuarios tengan mayores oportunidades de inserción laboral, se realizaron las siguientes acciones:

- > Visita a la Universidad de Alicante de los usuarios del Programa Mastil II: surgió la posibilidad de realizar actividades y talleres en dicha Universidad.
- > Cursos organizados por COEPA, destinados a nuestros usuarios.
- > Se inició el segundo Taller de Formación e Inserción Laboral de Jardinería, como centro autorizado por la Generalitat Valenciana. Participaron 10 personas de nuestra Comunidad Terapéutica.
- > Se celebraron las VII Jornadas de Voluntariado Universitario, organizadas por la Universidad Miguel Hernández de Elche. En esta ocasión, fue nuestra compañera Lidia Fortes Jiménez, Terapeuta Ocupacional, quien nos representó.

ÁREA SOLIDARIA

> El 6 de octubre se celebró el acto de entrega de ayudas que Caja Mediterráneo, a través del programa CAM Integra, distribuye a los programas que tengan por objeto corregir las desigualdades sociales mediante el apoyo a colectivos desfavorecidos. PROYECTO HOMBRE ALICANTE, fue seleccionado por su programa ALTAIR.

> El 14 de noviembre, se celebró la XIII Cena de carácter Benéfico, a favor de PROYECTO HOMBRE ALICANTE, que cada año organiza magníficamente la Asociación "PADRES DE AYUDA AL TOXICÓMANO" de Aspe. Una vez más dieron ejemplo de solidaridad, buen hacer, cariño y entusiasmo.

La cena congregó a gran número de asistentes. La Alcaldesa, Dña. María Nieves Martínez, y un elevado número de integrantes de la corporación local, dieron apoyo a la causa con su presencia.

> Durante este trimestre, hemos abierto las puertas de "nuestra casa" a numerosas personas que, con su visita han dado apoyo a nuestra labor diaria. Entre ellas, D. Francisco Recio, Director General de nuestra Asociación Nacional; Dña. Josefina Bueno, Vicerrectora de Extensión Universitaria de la Universidad de Alicante;

Dña. Mª Asunción Prieto, Diputada Responsable del Área de Mujer, Juventud, Residentes Europeos y Drogodependencia, acompañada por Dña. Guillermina Jover, Directora del Área de Presidencia, ambas de la Excmo. Diputación Provincial de Alicante. También recibimos la visita de los alumnos de 1º Curso de Diplomatura de Terapia Ocupacional de la Universidad Miguel Hernández; y de Dña. Vicenta Pérez González, Concejala de Acción Social del Ayuntamiento de Elche, acompañada por D. José Alemañ, Técnico.

Todos ellos, compartieron un día con nosotros y fueron testigos de nuestro trabajo, así mismo, nosotros pudimos constatar su buen hacer y su compromiso social.

ÁREA TERAPÉUTICA SIN DUDA, LO MÁS IMPORTANTE...

El 30 de septiembre se produjeron nuevamente Altas Terapéuticas. Como siempre fue un acto entrañable, lleno de emoción y esperanza, en el que tuvimos oportunidad de reunirnos más de 300 personas.

En esta ocasión, además de amigos, familiares, usuarios, voluntarios, patronos, y colaboradores, en definitiva, todos los que conformamos Proyecto Hombre, nos acompañaron las siguientes Autoridades: La Directora General de Familia de la Generalitat Valenciana, Dña. Carolina Martínez; El Alcalde del municipio de Castalla, D. José Luís Prats; El Alcalde del municipio de Santa Pola, D. Miguel Zaragoza, así como Concejales de distintos Municipios y, como ya es habitual, la Concejala de Acción Social del Excmo. Ayuntamiento de Alicante, Dña. Asunción Sánchez Zaplana.

Valores como Profesionalidad, Confianza, Compromiso, Solidaridad, Alegría, Humanidad... estuvieron presentes en el Acto, protagonizado por los 10 usuarios y sus familias que se despedían para iniciar una nueva vida autónoma y libre de cargas.

Todos los asistentes nos fuimos reforzados y llenos de ilusión por continuar nuestra labor. •

ALMERÍA



Andrés de las Heras entrega la Bandera de Andalucía a Ana Isabel Mazón, Directora de Proyecto Hombre Almería

VISITAS

A PROYECTO HOMBRE ALMERÍA UN DÍA CON LA PRESIDENTA DE LA AUTORIDAD PORTUARIA

Doña Trinidad Cabeo, presidenta de la Autoridad Portuaria de Almería, tuvo la amabilidad de visitar nuestro Centro, con el fin de conocer los programas que realizamos y darles unas palabras de aliento a nuestros chicos para que sigan adelante con su proceso personal.

Desde aquí le recordamos que prometió hacer una comida para nuestros chicos en nuestro Centro y que esperamos ansiosos que llegue ese día.

NOS VISITA EL DIRECTOR DE LA PRISIÓN DE ALMERÍA "EL ACEBUCHE"

Recibimos la visita de D. Miguel Ángel de la Cruz, nuevo Director de la Prisión de nuestra localidad "El Acebuche" y del Subdirector de Tratamiento.

Valoraron el trabajo que realizamos y nos dieron apoyo para continuar con esta gran labor.

DON MANUEL CEBA PLEGUEZUELOS (DELEGADO DE JUSTICIA DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA), TAMBIÉN NOS VISITÓ.

El Delegado de Justicia de la Junta de Andalucía en Almería, D. Manuel Ceba, nos visitó con el Jefe de Servicio de esta delegación, D. Pablo Viciano. Hicieron un recorrido por todos los programas, interesándose especialmente por Proyecto Joven, ya que la delegación tiene un convenio con este programa. En un desayuno, pudieron cambiar impresiones con nuestros chicos y les animaron a seguir adelante

BANDERA DE ANDALUCÍA PARA PROYECTO HOMBRE ALMERÍA

En el mes de febrero, en la Subdelegación del Gobierno de Almería, se entregaron los PREMIOS ANDALUCES, tanto a Instituciones como a personas físicas que han dedicado su vida por Andalucía y los andaluces.

Este año, un premio recayó en Proyecto Hombre Almería, por la labor que realizamos. Gracias a este reconocimiento, aumentan las ganas de seguir luchando por lo que queremos. Lo hacemos extensivo a todo Proyecto Hombre, pues somos conscientes de la institución de la formamos parte y nos sentimos orgullosos de ello.

CENA BENÉFICA

"La cena benéfica más emotiva de todas las que se han realizado en Almería", así la catalogaron muchos de los invitados que nos acompañaron ese día tan importante para nosotros. Se realizó un video con el testimonio de Altas Terapéuticas, Familias, Voluntarios, miembros del patronato y Terapeutas, en el que cada uno contó su experiencia y su forma de sentir Proyecto Hombre y lo que le ha reportado en su vida. Además una "madre coraje" leyó una carta que había escrito, haciendo un símil sobre su vida en Proyecto Hombre y un barco que salva vidas. Para finalizar esa noche mágica, cantamos todos juntos una canción muy querida por nosotros "Color Esperanza"

Fueron muchas las personalidades que nos acompañaron, en especial nuestro amigo y Alcalde de nuestra Ciudad, Don Luis Rogelio Rodríguez-Comendador que, como siempre, nos dirigió unas palabras de agradecimiento y de aliento para seguir en esta labor.

CAMPEONATO DE GOLF

Un año más, organizamos nuestro tradicional Campeonato de Golf. En esta ocasión, y a pesar de la situación económica, participaron un total de 70 participantes solidarios. Hubo regalos, ilusión y ganas de seguir trabajando para la próxima edición. El campeonato finalizó con la entrega de trofeos, un sorteo de regalos y un almuerzo para los participantes, sus familias y

los voluntarios organizadores. Queremos dar las gracias al Campo de Golf El Toyo por aportar su granito de arena ofreciéndonos sus instalaciones para todo lo necesitamos.

7º ANIVERSARIO PROYECTO HOMBRE ALMERÍA

El 30 de septiembre de 2002, llegó Proyecto Hombre a Almería. Hoy, ya son 7 años de vida afrontándolos con mucha ilusión y esperamos cumplir muchos más.

Además de la Cena Benéfica y Campeonato de Golf que celebramos por este aniversario, nos reunimos en el salón de la Delegación de Igualdad y Bienestar Social, acompañados por su Jefa de Servicio, Magdalena Cantero, para asistir a una conferencia sobre el tema central de nuestro día a día: el amor.

Pedro Flores, maestro de Zen, profundizó en este tema desde sus conocimientos, sabiduría y vivencia. Nos abrió los ojos a la profunda dimensión del amor y nos ofreció claves para aprender a vivir en él. •



De izquierda a derecha Francisco López, de Proyecto hombre Almería, y Pedro Flores, maestro de Zen



**CAMPEONES
POR CUARTO AÑO CONSECUTIVO**

Projecte Home Balears pertenece a la EURO TC, la cual organiza anualmente la Copa de Fútbol sin Drogas. El equipo de fútbol de Projecte Home Balears prolongó un año más su excepcional rendimiento y conquistó la Soccer Without Drugs Cup, que se celebró en la ciudad alemana de Stuttgart, el pasado mes de octubre y donde se dieron cita quince asociaciones europeas que luchan contra la droga, presentando el deporte como una alternativa terapéutica que multiplica el valor de los resultados deportivos. El conjunto balear, capitaneado por Ramón Jover y Jonathan Martínez se alzó con la victoria por cuarta vez consecutiva. En esta ocasión, como en las anteriores ha contado con el patrocinio de Última Hora y el apoyo de Air Berlin.

PROGRAMA ACTIVA

El programa Activa nace en el mes de abril 2008, para dar respuesta al aumento del número de personas adultas que acudían a Projecte Home Balears, únicamente con problemas de dependencia al cannabis. Entre el 1 de enero y el 31 de noviembre de 2009, hemos atendido a 23 personas, de las cuales 17 corresponden a nuevos ingresos. Además, en 2009 se han obtenido también las primeras 5 altas terapéuticas. El retrato robot del usuario de Activa correspondería a un hombre de 34,3 años de edad (aunque el 30% tiene 40 o más años), que llevaría 17,3 años consumiendo cannabis y, aunque la media de edad de inicio en el consumo se sitúa en 19 años, lo más común es que lo iniciara a los 14 (23% del total). •

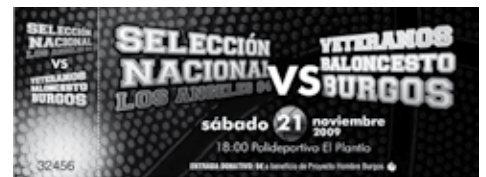
BURGOS

DOCENCIA EN EL MASTER DE SALUD MENTAL

Proyecto Hombre Burgos participa en el Master Universitario en Salud Mental Social desarrollado, en los años 2008 y 2009, en Burgos. Este Master ha sido organizado por Facultad de Humanidades y Educación, e impartido en las aulas del Foro Solidario Caja de Burgos. Los responsables de la docencia sobre adicciones, los días 22 y 23 de octubre, fueron Manuel Fuentes Gómez Director de Proyecto Hombre y el responsable de Formación del Centro Fernando Pérez del Río.

LAS LEYENDAS DEL BALONCESTO

Proyecto Hombre-Fundación Candéal y la Comisión del Partido contra la Droga, organizaron este año el partido de Baloncesto de las Leyendas. La Selección Española, que participó en el campeonato de los Ángeles 1994, se enfrentó a los ex jugadores del Baloncesto Burgos. El encuentro se celebró el día sábado 21 de noviembre de 2009, a las seis de la tarde, en el polideportivo municipal "El Plantío". El lema de este año, en referencia a la Selección Nacional que participó en Los Ángeles fue, "Esta vez no tienes que madrugar para verlos jugar".



Última Hora / Sábado, 24 de octubre de 2009

DEPORTES/49

FÚTBOL SOCCER WITHOUT DRUGS CUP | La crónica

Projecte Home conquista el tetracampeonato

Los representantes de Balears se adjudican la Copa sin Drogas disputada en Stuttgart por cuarto año consecutivo tras la tanda de penaltis

Todo Jover

El equipo de fútbol de Projecte Home Balears prolongó ayer su excepcional rendimiento y conquistó la Soccer Without Drugs Cup que se ha celebrado en la ciudad alemana de Stuttgart, donde se han dado cita quince asociaciones europeas que luchan contra la droga presentando el deporte como una alternativa terapéutica que multiplica el valor de los resultados deportivos.

Los representantes balears, que han contado un año más con el patrocinio de Última Hora, saborearon un triunfo muy trabajado, ya que decidieron la final en la tanda de penaltis tras remontar un resultado adverso de 3-1.

El conjunto alemán del Tetracampeonato se adelantó en el marcador, pero un let-trick de Juan Pedro habilitó un tiempo suplementario que culminó en una tanda de penaltis en la que Projecte Home Balears se impuso por 4-3.

La victoria del conjunto balear, que ha dispuesto del apoyo de Air Berlin, supone el cuarto título consecutivo de la iniciativa capitaneada por Ramón Jover y Jonathan Gómez. Después de ganar en las ediciones de Berlín 2006, Huelva 2007 y Viena 2008, el proyecto no sólo ha obtenido el éxito deportivo, sino que también puede presumir de una trayectoria que respalda la apuesta del deporte como vía pa-



La formación del Projecte Home Balears, tras alzarse con la victoria en la Copa sin Drogas celebrada en Stuttgart.

ra inculcar valores como el compañerismo, la disciplina, el trabajo en equipo o el compañerismo, entre otros muchos.

Y es que el buen hacer sobre el terreno de juego es posible gra-

cias al buen ambiente que ha sido en un equipo que durante un año ha preparado la cita con entrenamientos semanales en el polideportivo de Sant Bernat con el apoyo del Consell de Mallorca.

PUBLICACIÓN DEL ESTUDIO SOBRE EL OCIO Y EL TIEMPO LIBRE.

El estudio de "Ocio y tiempo libre en drogodependencias" realizado por el departamento de I+D+I de Proyecto Hombre Burgos, fue presentado en Turín, Italia, y ha sido publicado en la revista internacional "Internacional Journal of Developmental and Educational Psychology" (Año: XXI, N° 1-Vol.4-2009). Esta revista es editada por la Asociación Nacional de Psicología Evolutiva y Educativa de la Infancia, Adolescencia, Mayores y Discapacidad (INFAD). Este estudio se realizó con la colaboración del profesor Fernando Lara. •

CÁDIZ

ACTO DE ENTREGA DE CERTIFICACION DE CALIDAD ISO 9001:2008

Aunque fue en el mes de septiembre cuando nuestro Centro recibió la certificación de calidad ISO 9001:2008, el 23 de noviembre quisimos celebrar un acto público para informar sobre esta certificación y reconocer el trabajo realizado por el personal contratado y por el voluntariado.

El acto fue presentado por Antonio Navarro, presidente del Patronato de la Fundación C.E.S. Jerez. En primer lugar, dirigió unas palabras Antonio Jiménez como implantador del proceso de calidad; después, Nuria Alcón, responsable de calidad, hizo una excelente exposición del trabajo realizado; y a continuación, el director de Bureau Veritas en Andalucía, Francisco Martín, recalcó que "Proyecto Hombre ha logrado una gestión de calidad en todos sus procesos y departamentos de principio a fin, demostrando eficacia y eficiencia".

El momento más emotivo tuvo lugar cuando Francisco Martín entregó una copia del certificado a un representante de cada sector acreditado y un cuadro a nuestro director, Luis Bononato. Éste último, valorando la importancia de esta certificación, insistió en que "antes que cualquier documento, está el respeto, la corresponsabilidad y la acogida humana".



El acto finalizó con unas palabras de José Manuel Jiménez, delegado municipal de Bienestar Social, que nos dió la enhorabuena en nombre de la alcaldesa de la ciudad y en su propio nombre, expresándonos que Proyecto Hombre es "un espejo donde, durante muchos años, se ha mirado la sociedad jerezana".



DOS HORAS CON... ISMAEL JORDI

El tenor jerezano Ismael Jordi participó en la actividad que, bajo el nombre de "Dos horas con...", organiza Cristina Luque. Para la ocasión contamos con la presencia de una representación de usuarios de todos los programas de tratamiento, así como de sus familiares, voluntarios y colaboradores que no quisieron perder la oportunidad de escucharle.

Ismael Jordi compartió los momentos más importantes de su vida con estas personas, para las que oír la experiencia vital de personajes conocidos es parte de su terapia y les ayuda a superar sus problemas y ponerse metas.

El tenor mostró su lado más humano hablando de sus aficiones, sus alegrías, sus penas y respondiendo a las preguntas que los asistentes le hicieron.

Antes de irse y, aún estando de vacaciones, deleitó a los presentes con su impresionante voz.

Previamente Ismael tuvo la oportunidad de conocer y visitar la Comunidad Terapéutica, donde se desarrolló la actividad, yéndose gratamente impresionado por el trabajo y el ambiente que allí se respira. •

CANARIAS

PROYECTO HOMBRE CANARIAS LOGRA INSERTAR LABORALMENTE AL 50% DE SUS ALUMNOS

La mitad de los alumnos de la Escuela Taller de monitores deportivos comunitarios, auspiciada por Proyecto Hombre-Fundación CESICA, ha logrado una colocación laboral antes de finalizar el proyecto formativo. Las perspectivas de inserción de los nuevos mantenedores de edificios, se cifran en un treinta por ciento, y se están desarrollando estrategias para fomentar la creación de pequeñas empresas de servicios que incrementen estas cifras próximamente.

En dos años, los nuevos monitores se han familiarizado con la situación de las personas dependientes, ancianas, jóvenes y en riesgo de exclusión, y han comenzado a potenciar el fomento de hábitos saludables que mejoren su calidad de vida, mediante el ejercicio y los juegos. Sus prácticas las desarrollaron en ONG, Ayuntamientos e institutos de enseñanza, además de en los propios Centros de Proyecto Hombre.

Poner suelos, reparar paredes, pintar con calidad en diferentes técnicas, reparar instalaciones eléctricas y de fontanería, encofrar y hacer ferralla, son algunas de las habilidades que los nuevos mantenedores de edificios adquieren en este periodo formativo. Con estos jóvenes, se ha trabajado especialmente la incentivación hacia el autoempleo para lograr una inserción laboral en breve plazo.

Proyecto Hombre prevé poder reactivar y ampliar su oferta formativa en breve, con la apertura de inscripciones para nuevos proyectos de formación y empleo que faciliten la reinserción sociolaboral de las personas en riesgo de exclusión social, y para formar nuevos profesionales que trabajen en favor de bienestar integral del ser humano.

El acto de clausura de la Escuela-Taller, contó con la presencia del Director del Servicio Canario de Empleo, patrocinador del proyecto junto al Fondo Social Europeo, y el Director General de Drogodependencias del Gobierno de Canarias, además de las responsables del proyecto educativo y de la propia ONG. •

CANTABRIA

PROYECTO HOMBRE CANTABRIA Y EL AYUNTAMIENTO DE SANTANDER COLABORAN PARA AYUDAR A LAS FAMILIAS DE LA CIUDAD CON HIJOS CON ADICCIÓN A LAS DROGAS

El pasado 3 de noviembre el alcalde de Santander, Iñigo de la Serna y el director de la Fundación CESCAN, José Miguel Ruiz Baquero, firmaron un convenio de colaboración para el desarrollo de la Escuela de Padres-Madres de Proyecto Hombre.

Una de las prioridades de las políticas que lleva a cabo el Ayuntamiento de Santander, a través de la Concejalía de Bienestar Social, es precisamente la de colaborar con aquellas asociaciones y entidades de la ciudad que trabajan a favor de la recuperación e integración plena en la sociedad de personas con problemas.

Sobre ese principio se sustenta el convenio suscrito por el alcalde con Proyecto Hombre, con el objetivo de desarrollar un programa específico para padres y madres de jóvenes adolescentes de Santander, que manifiesten una problemática de consumo de drogas y comportamientos de riesgo, con el fin de ayudarles en la educación de sus hijos y poder, entre todos afrontar el problema de la mejor manera posible.

Este programa se dirige a familiares de jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y 25 años, que mantengan un consumo habitual de drogas o bien mantengan un consumo experimental. Está especialmente indicado para familias cuyos hijos tengan problemas asociados a estar integrados en grupos que presenten signos de consumo de



drogas, tengan un ocio preferentemente asociado al consumo de drogas o presenten baja motivación y rendimiento escolar y/o absentismo escolar.

Esta Escuela de Padres y Madres será también un espacio de aprendizaje para las familias que manifiesten un bajo control respecto al manejo de normas y responsabilidad de los jóvenes o bien tengan problemas en la comunicación con sus hijos o un alto nivel de conflictos.

Con esta iniciativa se quiere conseguir una mayor implicación y éxito de los padres y madres en la educación de los hijos; colaborar de manera decidida en la formación de aquellas familias preocupadas por el consumo de alcohol y otras drogas de sus hijos; ofrecer a esos padres y madres habilidades educativas que les permitan conseguir las conductas adecuadas, ante situaciones difíciles y aportar los instrumentos, los conocimientos, las herramientas y las habilidades necesarias para reducir los problemas de consumo de drogas en la familia, de manera que se pueda actuar ante los problemas incipientes, facilitando la solución e impidiendo el agravamiento de los problemas derivados del consumo.

La Escuela de Padres y Madres funcionará a través de seminarios participativos, con soportes didácticos y audiovisuales; debates y grupos de autoayuda. •

CÓRDOBA

AMPLIANDO LOS HORIZONTES DEL VOLUNTARIADO

A finales de este año 2009, la coordinación del voluntariado se replantea el buen hacer del mismo. El crecimiento del recurso y su evolución, adoptan un giro importante y positivo.

Con el fin de evolucionar, no sólo en número, sino en el tipo de actividades a asumir y desarrollar de forma autónoma y coordinada, en Proyecto Hombre Córdoba se ha establecido una estructura formada por un equipo de dos terapeutas coordinadores del voluntariado y responsables de cada uno de los servicios que se prestan. Se organizan comisiones en las que están presentes los terapeutas coordinadores y los distintos voluntarios responsables de cada área del voluntariado. En ellas se revisa la realización y necesidades de la tarea, así como el cuidado y formación del voluntario. Se proponen iniciativas dentro de las labores existentes, así como nuevas actividades o caminos desde los que expandirse para obtener mayor aportación o implicación del ciudadano.

En el breve tiempo de praxis de esta nueva estructura, observamos una notable mejoría en la comunicación con los coordinadores, y el voluntario no sólo se encuentra más realizado, sino que siente la mayor atención sobre sí. A su vez el programa está encontrando un apoyo aún mayor por parte del mismo, desde nuevas propuestas que implican actividades en relación con los vecinos de la provincia, y que dan a conocer el programa cada vez más. Además proporcionan la situación idónea para una mayor colaboración humana y económica en cuanto a Proyecto Hombre y su labor.

Esta es la línea a seguir por parte del recurso del voluntariado cara al 2010, esperando que resulte cada vez de mayor solidez y dinamismo. •

CASTELLÓN

CADENA SER PREMIA A LA FUNDACION AMIGÓ POR SU LABOR DE ACCION SOCIAL

El 22 de octubre se celebró, en el Teatro Principal de la ciudad de Castellón, la sexta edición de la entrega de los premios "Radio Castellón – Cadena SER".

El premio, una escultura conmemorativa, lo otorga un jurado entre cuyos miembros figura el Rector de la Universidad Jaume I, el Presidente de los Empresarios, el Presidente de la Cámara de Comercio, los dirigentes de diversas fundaciones y de la emisora decana de la radiodifusión castellanense.

En el apartado de Acción Social, el jurado premió a la Fundación Amigó, por su esfuerzo en la atención de adolescentes con exclusión social y que sufren alcoholismo, drogadicción y malos tratos. Recogió el premio el Director General de la Fundación Amigó en Castellón, Epifanio López.

Al acto asistieron autoridades regionales, provinciales y locales, junto a una amplia representación de la sociedad castellanense en sus vertientes social, económica, cultural, etc.

ESCUELA DE OTOÑO

A finales de octubre, la Asociación Proyecto Hombre organizó la Escuela de Otoño para voluntarios, que se celebró en San Lorenzo del Escorial. Participaron siete voluntarios de Proyecto Amigó de Castellón, que valoraron muy positivamente esta edición de las jornadas, por la calidad de las ponencias y talleres.

ACTIVIDADES DIVERSAS EN NOVIEMBRE

Proyecto Amigó ha desarrollado y ha estado presente en diversas actividades, durante el mes de noviembre, como por ejemplo:

> Operación Kilo, en el establecimiento

de Carrefour en Vila-real, en el que se consiguieron un total de 3.025 kilos de distintos productos alimenticios.

- > Jornadas de Educadores Amigonianos: siete educadores de la Fundación Amigó de Castellón, participaron en las Jornadas de Educadores Amigonianos, junto a un total de ciento cincuenta profesionales de los distintos centros educativos y sociales de dicha entidad. El objetivo de las Jornadas fue compartir experiencias del sentimiento pedagógico amigoniano. Dichas jornadas tuvieron lugar en las Escuelas Profesionales Luis Amigo (EPLA) de Godella en la provincia de Valencia.
- > XVII Edición de la Carrera Popular Contra la Droga: El día 22, el Ayuntamiento castellanense organizó la XVII edición de la Carrera Popular contra La Droga, en la que participan entidades y organizaciones que trabajan en el tratamiento de las adicciones en esta ciudad. La participación de Proyecto Amigó fue una de las más numerosas.



XXII Edición de la Carrera Popular Contra la Droga

- > La Feria de Santa Catalina reunió a cuatrocientos expositores desde las siete de la mañana a las once de la noche. Con la participación y colaboración de numerosos voluntarios, el stand de Proyecto Amigó fue muy visitado, para adquirir los productos que se ofrecían y para degustar productos típicos de la tierra, a la vez que se daba a conocer la acción que desarrolla Proyecto Amigó en la provincia castellanense. •



Stand de Proyecto Amigó

CATALUÑA

ORIO ESCULIES, NUEVO DIRECTOR DE PROYECTO HOMBRE CATALUÑA

El 19 de noviembre se celebró, en la Biblioteca Tirant lo Blanc de Montgat, una Junta especial del Patronato de la Fundació Gresol-Projecte Home, en presencia, entre otros, de sus miembros fundadores: Baltasar Garzón, Luis del Olmo, Tomeu Català, Sor M^a Cruz Arbeloa (en representación de la Congregación de la Misión de San Vicente de Paúl) y Albert Sabatés. En este acto se produjeron una serie de relevos en la Dirección y en los Órganos de Gobierno de la Fundación.

Se nombró a Oriol Esculies Plou nuevo Director de Proyecto Home Cataluña. M^a Rosa Muñoz Codina, Presidenta de la Fundación desde 1997, deja su cargo a petición propia, aunque continuará dentro del Patronato como Presidenta de Honor. Albert Sabatés Porrera, Director de Proyecto Hombre Cataluña desde su creación, asume la Presidencia de la Fundación.



De izquierda a derecha: Oriol Esculies, Tomeu Català, Baltasar Garzón y Luis del Olmo.

Autor fotografía: Pau Esculies

Entre los cambios cabe destacar la incorporación de tres nuevas patronas: Rosario Abaitua, África Cabezón y Olga Pérez, y los nombramientos de Conxita Solé como nueva Vicepresidenta y de Oriol Esculies como nuevo Secretario. Así mismo, se nombró Patrón de Honor al juez Baltasar Garzón, por su trayectoria de apoyo a la causa.

Tras este acto, tuvo lugar una pequeña celebración en el mismo auditorio de la Biblioteca Tirant lo Blanc de Montgat, población donde Proyecto Hombre

EXTREMADURA

CELEBRACIÓN
DE LA
GRADUACIÓN
Y EL ALTA
TERAPÉUTICA
DE OCHO
USUARIOS

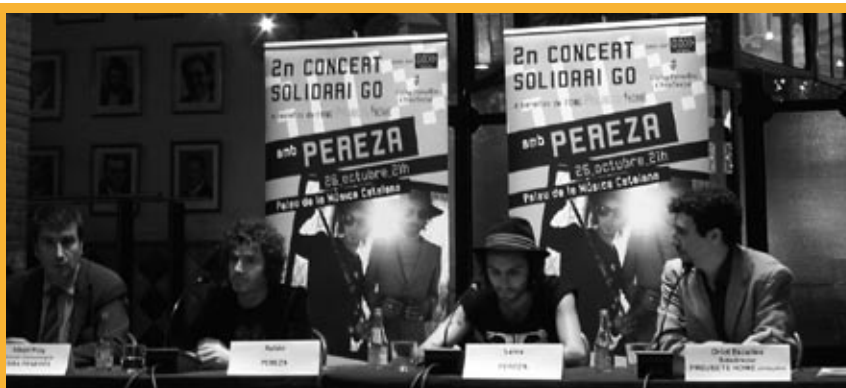
Luis del Olmo, uno de los patronos de la Fundació Gresol – Projecte Home, dirigiéndose a los voluntarios, trabajadores y representantes de familias y usuarios de Proyecto Hombre, en presencia del resto del Patronato. Autor fotografía: Pau Esculies

Cataluña tiene su Sede Social, y donde cerca de 200 personas entre voluntarios, trabajadores, representantes de familias y usuarios de Proyecto Hombre Cataluña se reunieron para celebrarlo.

Por último, Proyecto Hombre Cataluña quiere agradecer la colaboración desinteresada de las siguientes empresas y entidades que han contribuido a hacer posible este acto: *Ayuntamiento de Montgat, Biblioteca Tirant lo Blanc, Hotusa Hoteles, Manufacturas Panaderas de Montgat, Cobega y Cadbury España.*

“PEREZA” LLENA EL PALAU DE LA MÚSICA CON CAIXA PENEDÈS

El 26 de octubre tuvo lugar el concierto solidario anual organizado por La Obra Social de Caixa Penedès, que este año escogió Proyecto Hombre Cataluña como destinatario de su acción. El grupo musical “Pereza” tocó ante un Palau de la Música totalmente lleno. Se recaudaron más de 30.000 euros. ●



Rueda de prensa celebrada días antes. De izquierda a derecha: Albert Puig, director de comunicación de Caixa Penedès, los componentes del grupo “Pereza” Rubén y Leiva, y Oriol Esculies, director de Proyecto Hombre.

El pasado 20 de noviembre, en el Centro de Acogida de la calle Coria, 25 de Plasencia, Proyecto Hombre Extremadura vivió una jornada festiva en la que cuatro usuarios recibieron el Alta Terapéutica y cinco fueron Graduados. El Alta Terapéutica es la finalización del tratamiento. La Graduación es una verificación y constatación de que continúan estando bien, abstinentes al consumo, transcurrido bastante tiempo tras recibir el Alta.

Los graduados recibieron de manos del Obispo de Plasencia, un galardón realizado en bronce y mármol, que simboliza el anagrama de Proyecto Hombre. El acto fue presidido por D. Amadeo Rodríguez, Obispo de Plasencia, y estuvo también presente Monseñor Felipe Duque, el Presidente de Proyecto Hombre de Salamanca D. Manuel Muiños Amoedo, D. Antonio Cano, representante legal de la Fundación Centro Santa Bárbara., D^a. Sonia Eleno, Presidenta de Proyecto Hombre Extremadura, D. Florencio de Lama (Asociación de Familiares y Amigos de P.H.), terapeutas, usuarios y familiares.

Tras recibir el Alta y las Graduaciones, el Obispo de Plasencia quiso dirigirse en primer lugar a los chicos que actualmente están en el Centro de Santa Bárbara luchando contra la droga y después a los homenajeados del día y a sus familiares por el gran trabajo que están llevado a cabo.

Proyecto Hombre Extremadura, es un programa desarrollado conjuntamente por las Diócesis de Plasencia y Coria-Cáceres.

GALICIA

PREMIADA UNA PISCIFACTORÍA DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

El 6 de mayo recibimos la agradable noticia de que el primer premio de la Cátedra Jaime Vera de la Universidad de Santiago de Compostela, dentro de un concurso de "Acciones sostenibles de emprendimiento social"- al que habían optado 26 trabajos- le había sido otorgado a Fernando Cobo, Director de la Estación de Hidrobiología de la universidad santiaguesa, "Encoro do Con", por un proyecto de piscifactoría llevado a cabo dentro del recinto de la Comunidad Terapéutica que Proyecto Hombre tiene abierta en Cernadas, Val do Dubra. Fueron 3.000 euros que el premiado ofreció generosamente a Proyecto Hombre.

La aportación económica de la Consellería de Medio Ambiente del anterior Gobierno gallego, la colaboración científica de Fernando Cobo y su equipo, conjuntamente con el trabajo realizado día a día por los residentes de la Comunidad Terapéutica de Cernadas, hicieron posible que las aguas libres de los arroyos que cruzan los terrenos de la Comunidad se pudiesen convertir en una original piscifactoría donde se crían y engordan más de un millar de truchas para abastecimiento de la propia Comunidad. El trabajo permite a los residentes adquirir conocimientos sobre la cría de truchas en cautividad, sobre el funcionamiento de las instalaciones y sobre los ecosistemas acuáticos gallegos. A su vez, la piscicultura se transforma en terapia ocupacional y en medio para crecer en motivación, en responsabilidad y en compromiso con el medio ambiente.



ENTREGA DE DIPLOMAS EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

El 2 de julio, se entregaron en la Comunidad Terapéutica, diplomas a 48 alumnos -todos ellos en proceso de rehabilitación-, que habían asistido durante meses a diferentes cursos homologados: Jardinería, Fruticultura, Horticultura e Iniciación al Adiestramiento de Caballos, todos subvencionados por la Consellería de Medio Rural de la Xunta de Galicia.

Para la entrega de los diplomas estuvieron presentes el Conselleiro de Medio Rural, D. Samuel Juárez Casado; D. Jesús García Vázquez, Gerente del Patronato de la Fundación Monte do Gozo - Proxecto Home; el Director General de Montes, D. Tomás Fernández-Couto Juana; la Directora General de Innovación e Industrias agrarias y forestales, D^a Alejandra Álvarez de Mon Rego; Ángel Espadas Escanciano, voluntario y coordinador de los cursos impartidos y del sector de huerta de la Comunidad Terapéutica; varios de los profesores que habían dirigido dichos cursos y; por supuesto, el Director del Programa, Ramón Gómez Crespo.

La jornada proporcionó una enorme motivación a los residentes en la Comunidad, al ver reconocido su esfuerzo personal y al comprobar la consideración mostrada por parte de las autoridades. Además los representantes de las autoridades presentes, comprobaron in situ, el sentido y función rehabilitadora de los medios económicos que ponen al servicio de los residentes.

EL GOLF, DEPORTE ESTA VEZ SOLIDARIO

El 4 de julio se celebró en el Club de Golf "Val de Rois" de A Coruña, un torneo benéfico a favor de Proyecto Hombre Galicia. Alrededor de 100 participantes compitieron por los 10 premios dispuestos en diversas modalidades y golpes. Se trataba en todo caso de pasar unas horas juntos, divirtiéndose y solidarizándose con personas que están deseando salir de su drogadicción y para ello no disponen de los medios necesarios.

Al presidente del Club de Golf "Val de Rois", Ramón Otero, se le veía sumamente complacido de que sus instalaciones deportivas sirviesen para este fin benéfico tan meritorio. Los mismos sentimientos embargaron el ánimo del Director del programa, Ramón Gómez Crespo, que ha descubierto tener un swing aceptable. La iniciativa fue tan satisfactoria, que ya se espera una segunda edición. •

GRANADA

RELEVO EN LA DIRECCIÓN DE PROYECTO HOMBRE GRANADA

El pasado 1 de noviembre se hizo efectivo el relevo en la dirección de Proyecto Hombre Granada. José María Tortosa, tras casi 10 años como Director Presidente de la entidad, ha cedido el testigo a Manuel Mingorance.

José María Tortosa, ha dejado el cargo para iniciar una nueva etapa como sacerdote diocesano, pero sin perder su vinculación con Proyecto Hombre Granada, donde ha estado al frente desde su fundación por parte del Obispado de Guadix, entre otros, con motivo del Jubileo del año 2000. "Cuando hago balance de esta etapa me sale suma y sigue, hay superávit de ilusión, motivación, esfuerzos, lucha, experiencias compartidas, vividas, corregidas. Mucho le debo a esta organización solidaria que no se cansa de ayudar a vivir a quien se acerca a ella por el motivo que sea y se encuentre en las circunstancias que se encuentre" dijo José María Tortosa en su despedida.

El encargado de tomar el relevo es Manuel Mingorance, sacerdote diocesano de Granada y médico, quien aseguró "me incorporo a Proyecto Hombre con una profunda ilusión. Estoy firmemente convencido de que la vida vale en tanto en cuanto se comparte, y por eso deseo compartir mi formación y mi capacidad a favor del reconocido trabajo que, en pos de la ayuda a personas con problemas de adicciones, realiza nuestra asociación en toda la provincia desde sus inicios, hace casi ya una década". El relevo es oficial desde el pasado 1 de noviembre. •



De izquierda a derecha: José M^a Tortosa, Ignacio Peláez, de Proyecto Hombre Motril y Manuel Mingorance.

HUELVA

FORMACIÓN PROFESIONAL OCUPACIONAL

Tras la reforma legislativa que está afectando a la formación profesional ocupacional, tenemos el privilegio de poder impartir, en nuestra fase de acogida y servicios centrales situada en el Pabellón "Las Acacias", un curso de Monitor Socio-cultural, homologado por la Junta de Andalucía, que dará comienzo a principios del mes de diciembre y se alargará hasta finales del mes de marzo. Dentro del colectivo que recibirá dicha acción formativa, se encuentran tanto desempleados acogidos al Plan Memta, como desempleados en general. En total, quince mujeres y hombres se beneficiarán de este curso, que llevamos realizando ya desde el año 2003.

MERCADILLO

Como es habitual, se ha celebrado nuestro tradicional Mercadillo durante

los días 25, 26, 27, 28 y 29 de noviembre a beneficio de Proyecto Hombre Huelva. En este mercadillo, ubicado en la Casa Colón, se pueden adquirir todo tipo de artículos: muebles, pinturas, bisutería, ropa, comida, belenes, accesorios... Como novedad, este año se ha montado un stand informativo sobre Proyecto Hombre. También cuenta con un servicio de cafetería y bar atendido por nuestros voluntarios.

La presidenta de la Asociación de Familiares y Amigos del Centro Español de Solidaridad (AFACES), Adela Muñoz, comentó "este año se han superado todas las expectativas con la instalación de un mayor número de puestos, treinta concretamente".

PREVENCIÓN SELECTIVA

Un año más, la Convocatoria de Ayudas a Proyectos Sociales de Caja Madrid, colabora con nuestro centro. En esta ocasión cofinanciando con 9.000 euros, el Programa de Prevención Selectiva Rompecabezas que se está desarrollando en varios centros educativos de Huelva.

Desde esta iniciativa, se están atendiendo alrededor de 250 alumnos durante el curso escolar 2009-2010. Tras detectarse algunos casos de consumo habitual de diferentes sustancias en los adolescentes, éstos se han derivado a nuestro Programa Joven, donde continuarán su proceso junto a su familia, de una forma más individualizada. •

LA RIOJA

PROYECTO HOMBRE LA RIOJA RECIBE EL PREMIO "LA RIOJA, UN ALMA SOLIDARIA" POR SUS 20 AÑOS DE ESFUERZO PROFESIONAL Y SOLIDARIO

El pasado mes de noviembre, Proyecto Hombre recibió el Premio 'La Rioja, un alma solidaria', una iniciativa que, por primera vez, llevan a cabo el Diario LA RIOJA (principal diario de la región), BBK y la Consejería de Servicios Sociales del Gobierno de La Rioja, para premiar los mejores proyectos de sensibilización y concienciación social de las ONG que trabajan en nuestra comunidad.

De los 41 proyectos presentados a esta convocatoria, el jurado se decantó por tres, especialmente destacados por el alcance de sus objetivos, así como por la implicación del voluntariado o la dimensión social de las propuestas. Conjuntamente con FEAPS La Rioja y la Asociación de Pensionistas y Jubilados de La Rioja, Proyecto Hombre La Rioja ha visto reconocida su labor realizada durante los últimos 20 años.

Y es que en 2010 Proyecto Hombre La Rioja cumple su 20º Aniversario. 20 años en los que ha favorecido el tratamiento y la mejora de multitud de drogodependientes en La Rioja. En 2008 la entidad atendió a 262 personas, de las cuales 204 fueron tratadas en los diferentes programas de ayuda. Esto supone un incremento del 13% con respecto a 2007, año en el que fueron tratadas 180 personas.

Si extrapolamos los datos de atenciones anuales, a los 20 años que lleva trabajando Proyecto Hombre La Rioja, podemos hacernos una idea de la dimensión de su contexto y de la importante labor que realizan sus integrantes. Esta labor ha podido desarrollarse gracias al trabajo y el esfuerzo de los trabajadores, pero también gracias a la voluntad de los voluntarios con los que cuenta la entidad.

Por esta razón en 2010, Proyecto Hombre La Rioja quiere desarrollar diferentes actos conmemorativos para agradecer a todas esas personas que han luchado por salir adelante, a los que han estado a su lado y, cómo no, a la sociedad riojana en general, instituciones, empresas y medios de comunicación. Este año más que nunca, Proyecto Hombre La Rioja quiere salir a la calle y alzar su voz solicitando ayuda para seguir adelante otros 20 años más. •



Inauguración del Mercadillo a cargo del Alcalde de Huelva, D. Pedro Rodríguez.

LEÓN

COLABORACIÓN CON LA FUNDACIÓN BALONCESTO LEÓN

El pasado 30 de octubre, en la Obra Social de Caja España, tuvo lugar una Mesa Redonda sobre prevención en drogas, formada por tres ponencias en las que intervinieron: Jorge Juan Peña, presidente de Fundación CALS; Ana Belén Álvarez, psicóloga de Proyecto Hombre León y M^a del Carmen Mallo, socióloga experta en Drogodependencias.

Esta conferencia estuvo organizada por Fundación Baloncesto León, dentro de su ciclo de campañas sociales englobadas bajo el nombre de 'Nueve Canastas por la Vida'. Proyecto Hombre tuvo el honor de ser la protagonista del mes de octubre, dentro de esta importante iniciativa dirigida a la sociedad leonesa. Los asistentes a estas ponencias pudieron comprobar, que el trabajo actual en prevención de drogas, es una tarea cuyos objetivos radican en que los jóvenes conozcan los riesgos del consumo de sustancias; que aprendan a tomar decisiones responsables y saludables cada día, y que a través del ejercicio de la prevención, los profesionales que se dedican a ello, tienen el difícil reto educativo que conlleva el desarrollo de habilidades individuales mediante programas terapéuticos y estrategias específicas y novedosas.

A partir de la alarma social que existe en la actualidad, programas tales como Indica.Le –una iniciativa del Comisionado Regional para la Droga de la Junta de Castilla y León–, el cual desarrolla Fundación Cals/Proyecto Hombre, trabajan con adolescentes y padres, en un entorno social en el que la edad actual de inicio en el consumo de droga se sitúa en los 13,5 años.

La campaña que realiza la Fundación Baloncesto León es muy oportuna en este sentido, puesto que es un método eficaz para sensibilizar a la sociedad frente a la problemática de la drogodependencia. Muchos conciben el deporte como una actividad preventiva a nivel individual o grupal, que favorece la aparición de habilidades en los jóvenes que hagan posible un posicionamiento ante la droga.



Por otra parte, el día 9 de noviembre nuestra compañera Silvia Muñoz, intervino con una nueva ponencia dentro de esta misma campaña, donde explicó con detalle la estructura y funcionamiento del programa terapéutico Trébol, dedicado a la violencia en el entorno familiar. Colaboraron para la realización de este evento: Obra Social Caja España, Ayuntamiento de León, Diputación de León, Fundación Fundaspe y Asociación Española contra el Cáncer.

NUEVO BLOG DE CONSULTA

Como respuesta a los nuevos medios de comunicación interactivos y a la proliferación de las nuevas redes sociales, Fundación CALS/Proyecto Hombre ha inaugurado en su página web, un nuevo y peculiar servicio al drogodependiente y a todas aquellas personas que tengan interés por preguntar cuales son los efectos que producen las drogas. Se trata de un Blog informativo-educativo (edublog) de consulta para dudas sobre las diferentes sustancias y comportamientos adictivos en el individuo. La persona interesada puede enviar su pregunta, de manera concreta, al correo electrónico proyectohombre@aol.com, y el equipo de profesionales y terapeutas especializado de Proyecto Hombre, se encargará de responder a estas cuestiones, siempre respetando el anonimato y la privacidad de la persona. Será este un nuevo modelo o herramienta terapéutica, destinada a influir de forma positiva en todos aquellos que planteen dudas sobre drogodependencias o diferentes adicciones; también para aconsejar a la persona drogodependiente el tipo de programa terapéutico de nuestra Fundación que más le conviene.

APERTURA DEL NUEVO CENTRO EN LEÓN

El pasado mes de septiembre abrimos una nueva sede Proyecto Hombre en la ciudad de León, en la calle El Torrejón número 4. Nos hemos propuesto importantes objetivos que cumplir en estas nuevas oficinas en León, ya que aparte de seguir con nuestros programas terapéuticos de siempre –entre los cuales se encuentran los programas de prevención universal y selectiva, el programa de violencia doméstica o el de ludopatía–, hemos incluido también la realización de talleres sobre técnicas y terapias para el control de la ansiedad y el estrés; así como talleres para dejar el tabaco. Disponemos de servicio de voluntariado –información básica, campos de actuación–, un departamento de administración y otros para primeros coloquios. •

MADRID

EL “SEÑOR PACO”, VOLUNTARIO DE PROYECTO HOMBRE MADRID, RECIBE LA CRUZ DE HONOR DE PLATA DE LA SANIDAD MADRILEÑA



El señor Paco en la huerta de la Comunidad Terapéutica de Madrid

El pasado 15 de diciembre, la Presidenta de la Comunidad de Madrid, Esperanza Aguirre, entregó la Cruz de Honor de Plata de la sanidad madrileña, al voluntario Francisco Santos, “Señor Paco” como se le conoce en Proyecto Hombre, “por su continuada y voluntaria aportación para la reinserción e integración de drogodependientes en la Comunidad de Madrid”.

El acto de entrega de tan distinguida mención, tuvo lugar en la Real Casa de Correos y asistieron, además de familiares de Paco, Javier Ibáñez en representación de Proyecto Hombre de Madrid.

El “Señor Paco” –que tiene 80 años y lleva 22 como voluntario encargado de la huerta de la Comunidad Terapéutica de Ugena– no ha faltado ni un solo día a su compromiso. No concibe su vida sin el trabajo y sin su aportación a la Comunidad. En todos estos años, han sido miles los drogodependientes que han pasado por la huerta del “Señor Paco”. Los residentes reconocen que sus enseñanzas, les han ayudado a su reinserción laboral y, además, muchos verbalizan que es el padre que les hubiese gustado tener o el abuelo en quien confiar. Un hombre firme, trabajador y cercano.

La condecoración a Paco es un reconocimiento a la labor de todos los voluntarios de Proyecto Hombre, pilar imprescindible en el quehacer diario de la institución. •

MÁLAGA

RESULTADOS DE LAS ACTUACIONES EN PREVENCIÓN UNIVERSAL Y SELECTIVA EN EL CURSO 2009/2010

Desde hace ocho años, en Proyecto Hombre Málaga trabajamos en la prevención como una apuesta firme, con el fin de anticiparnos a la aparición de consumos problemáticos u otros comportamientos disruptivos en los adolescentes de esta provincia. Para ello hemos ido implantando, desde el curso 2001/2002, varios programas de prevención, todos ellos realizados y evaluados por la Asociación Proyecto Hombre. En estas actuaciones, y a lo largo de estos años, hemos atendido a más de 20.000 alumnos y alumnas con sus familias en prevención universal, y a un total de 1.540 familias en prevención selectiva. Las actuaciones que estamos llevando a cabo en este curso (2009/2010) y sus resultados son los siguientes:

PREVENCIÓN UNIVERSAL "ENTRE TODOS"

"Entre Todos" es un programa de prevención universal implantado en los ámbitos escolar y familiar. Se entronca con la Acción Tutorial, en la hora semanal de tutoría que tienen los cursos de Secundaria (de 1º a 4º de la ESO). Desde el curso pasado se ha implantado en el último ciclo de Primaria (5º y 6º).

Esto implica que se forme en prevención y en su implantación a todos los tutores, agentes activos del programa en el aula. Este curso tiene 20 horas de duración. Además de las sesiones en el aula, el programa se complementa con un programa familiar, que consta de dos vertientes: actividades de refuerzo en familia y sesiones familiares, a las que acuden, en algunas ocasiones los padres e hijos; y otras para los padres únicamente.

Los resultados obtenidos con este programa a lo largo del curso 2009/2010 son:

| | |
|-------------------------------------------------------|-------|
| POBLACIONES ATENDIDAS | 3 |
| CENTROS DE EDUCACIÓN PRIMARIA Y/O SECUNDARIA | 22 |
| AULAS QUE IMPLEMENTAN EL PROGRAMA | 186 |
| ALUMNOS/AS Y FAMILIAS QUE PARTICIPAN | 5.409 |
| PROFESORES Y PROFESORAS QUE LLEVAN A CABO EL PROGRAMA | 186 |

PREVENCIÓN SELECTIVA "A TIEMPO"

"A Tiempo" es un programa de prevención selectiva en el ámbito familiar. Está dirigido a padres y madres con hijos de edades entre 12 y 17 años, que mantienen un consumo habitual de tabaco y alcohol y experimental de sustancias ilegales; o bien que estén integrados en grupos de referencia que tengan signos de consumo, con un estilo de ocio preferentemente asociado al consumo de sustancias y baja motivación y rendimiento escolar y/o absentismo laboral.

El programa tiene como objetivo facilitar recursos y estrategias para incrementar los factores de protección frente al consumo problemático de drogas y otras situaciones de riesgo.

Durante el curso 2009/2010, obtuvimos los siguientes resultados de la implantación de este programa:

| | |
|----------------------------------------|-----|
| POBLACIONES ATENDIDAS | 2 |
| GRUPOS | 11 |
| FAMILIAS QUE PARTICIPAN EN EL PROGRAMA | 165 |

FORMACIÓN EN PREVENCIÓN

Por otra parte, estamos impartiendo cursos de formación a Agentes Sociales (educadores, monitores, mediadores, orientadores y diversos profesionales que están en contacto con menores en riesgo), con el fin de crear una cultura de prevención en todas las poblaciones en las que estamos llevando a cabo la prevención.

Estos cursos facilitan un planteamiento general sobre conceptos de prevención y de cómo intervenir ante indicios de consumo de los adolescentes con los que trabajan. •

NAVARRA

CURSO SOBRE ENTREVISTA MOTIVACIONAL

El pasado mes de octubre se desarrolló una acción formativa dirigida a profesionales de la Fundación Proyecto Hombre Navarra. El curso, bajo el título, "La Entrevista Motivacional en la Normalización de los Pacientes Drogo-dependientes", se celebró en Pamplona los días 2 y 3 de octubre, con la participación de 25 asistentes. La mayor parte de ellos fueron profesionales de los programas Proyecto Hombre Aldatu y Susperu. También acudieron otros profesionales de la red de salud de Navarra, provenientes de otras comunidades terapéuticas y centros de día, así como el Director del Plan Foral de Drogodependencias.

El curso fue impartido por la doctora Mercé Balcells, psiquiatra del Hospital Clínico de Barcelona, reconocida experta en el abordaje con usuarios desde el enfoque de la entrevista motivacional y formadora de profesionales en esta disciplina. Contó con la colaboración de Joan Córdoba y Antonio Terán. Este último, presentó el tema del Tratamiento de la Dependencia a Opiáceos, proponiendo alternativas desde el punto de vista farmacológico.

La experiencia resultó enriquecedora, y sirvió para reforzar un estilo de relación profesional con nuestros/as usuarios/as, basado en proporcionar a los usuarios el protagonismo de sus procesos. Sentó las bases para futuras acciones formativas. •



MURCIA

XII CONGRESO ESTATAL DE VOLUNTARIADO

Los días 3 y 4 de diciembre se celebró en Murcia el XII Congreso Estatal de Voluntariado. El resultado fue un éxito, ya que participaron casi mil personas de diferentes organizaciones de voluntariado. El Congreso fue inaugurado por los Príncipes de Asturias, que además de participar en el acto inaugural, recorrieron los stands de las diferentes organizaciones que participábamos en el mismo. Durante este recorrido, los Príncipes se detuvieron en el stand de Proyecto Hombre Murcia, donde charlaron con nuestro director y con voluntarios que estaban presentes, interesándose por el trabajo que llevamos a cabo y por la participación del voluntariado.

En el Congreso se trataron diferentes temas de interés tanto para los voluntarios, como para las entidades que trabajan con ellos. Algunos de los temas más interesantes fueron: Universidades y voluntariado, Administración pública y gestión del voluntariado, voluntariado en personas mayores, etc.

Uno de nuestros compañeros participó en una de las mesas redondas

del Congreso, titulada “Calidad y Buenas Prácticas en Gestión del voluntariado”, en las que se discutió acerca de la gestión de calidad en instituciones de voluntariado, y se presentaron varias iniciativas en el ámbito. Desde Proyecto Hombre Murcia presentamos los resultados y conclusiones de los cuestionarios de satisfacción que facilitamos habitualmente a nuestros voluntarios. •



Javier Pérez Cuzó. Proyecto Hombre Murcia

VALLADOLID

VIII JORNADAS DE MENORES EN SITUACIÓN DE RIESGO

Fundación Aldaba - Proyecto Hombre celebró el 23 y 24 de octubre, por octavo año consecutivo, las Jornadas Regionales de Menores en Situación de Riesgo. Esta edición bajo el título “¿Y a mi quién me educa? Los entornos de socialización y sus respuestas educativas”, se celebró en el Edificio de Servicios Administrativos de Usos Múltiples II, de la Junta de Castilla y León en Valladolid.

La inauguración de la Jornadas contó, un año más, con la participación y el apoyo de Rosa Isabel Hernández del Campo, Concejala Delegada General de Bienestar Social, Empleo y Familia del Ayuntamiento de Valladolid; M^a Ángeles Cantalapiedra Villarreal, Diputada Delegada del Área de Acción Social de la Diputación de Valladolid; M^a Isabel Vicente Maroto, Vicerrectora de Estudiantes y Empleo de la Universidad de Valladolid y M^a Paz de la Puente Martín, Directora de Fundación Aldaba - Proyecto Hombre. La Conferencia Inaugural, a cargo de Emiliano Martín, Jefe del Departamento de Familia de la Dirección General de Familia, Infancia y Voluntariado del Ayuntamiento de Madrid, presentó los distintos entornos y respuestas educativas que se están ofreciendo a los menores.

Los temas que se trataron en las jor-

nadas estuvieron organizados en tres bloques. En el primero de ellos, se debatió, en una mesa redonda, sobre los contextos y formas de socialización de los menores: qué características tienen, qué buscan y qué encuentran en ellos y qué efectos y consecuencias tienen en sus procesos de desarrollo personal y social. Las pandillas y tribus urbanas, las relaciones sociales afectivas y sexuales y las nuevas tecnologías como instrumento de relación, fueron los temas que se plantearon en dicha mesa redonda.

El segundo bloque se dedicó a las experiencias de programas, acciones e intervenciones educativas concretas. Se presentó un programa de competencias familiares para familias en riesgo de exclusión, una experiencia de prevención de drogodependencias con personas sordas en Valladolid, un programa para la mejora del pensamiento optimista con adolescentes, y otro de educación en el consumo responsable. Por último, en el tercer bloque, a través de cuatro talleres, se presentaron propuestas metodológicas prácticas con el objetivo de ofrecer herramientas y estrategias de trabajo con los menores. La inteligencia emocional con el fin de mejorar sus competencias para ser felices, el uso de la televisión y la música al servicio de la educación de nuestros jóvenes, el trabajo con adolescentes y jóvenes con patología psiquiátrica y las estrategias para educadores “en situación de riesgo”, fueron los títulos de los cuatro talleres.

El Catedrático de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Salamanca, Félix López, clausuró las Jornadas con la conferencia que llevó por título “Me gusto, te gusto, el gusto...”, donde trató la importancia para los jóvenes de la imagen, la necesidad de gustar y gustarse, la presión del consumo y el peso de los valores sociales actuales que les estamos ofreciendo y cómo influyen en el proceso de definición de su identidad propia. De nuevo, los más de 130 profesionales del ámbito de la educación y de la intervención social que participaron en estas jornadas, han valorado muy positivamente la organización y los temas planteados. En sus evaluaciones, nos animan a continuar convocando este espacio de reflexión, para poder analizar y compartir la labor que se está desarrollando con los menores desde distintas áreas y puntos de vista. •



Inauguración de las VIII Jornadas Regionales de menores en situación de Riesgo.

De izquierda a derecha: M^a Paz de la Puente, M^a Ángeles Cantalapiedra, Rosa Hernández y M^a Isabel Vicente

SEVILLA

APERTURA DE UNA NUEVA CASA DE ACOGIDA EN EL SEVILLANO BARRIO DE "EL CERRO DEL AGUILA"

El 2 de noviembre, con motivo de la Festividad de Todos los Santos, se abrió la nueva casa de acogida para mujeres que carecen de apoyo familiar, en el sevillano barrio de El Cerro del Águila. Anteriormente, este servicio estaba ubicado en el pueblo de Umbrete, en la comarca del Aljarafe, cercano a la ciudad. Desde aquí queremos agradecer al Ayuntamiento de esta localidad, a su Alcalde y a todas las personas y



Grupo de Voluntariado que participa en la casa de Acogida

entidades de la misma, que han estado colaborando en estos últimos seis años en el sostenimiento de esta casa.

Ahora se abre otra etapa, con idéntica finalidad: Posibilitar la realización del tratamiento en Proyecto Hombre a mujeres maltratadas, no sólo por la droga sino por la soledad, la pérdida de vínculos familiares, y la vida en la calle, que es el último eslabón de la pobreza y la exclusión.

Este es, fundamentalmente, un proyecto de la asociación AFACES, colaboradora de Proyecto Hombre Sevilla, cuyo voluntariado da vida y eficacia a la casa, junto a Rosa, la coordinadora de ésta y a Encarni y Chari las educadoras. En su gestión económica, participan personas y entidades del barrio, como la Hermandad de Penitencia de Nuestra Señora de los Dolores de El Cerro, y a través de ésta, la Bolsa de Caridad de las Hermandades del Martes Santo.

La casa materializa la ampliación y mejora del servicio, tanto en número de residentes, como en organización del mismo. La implicación y la labor del grupo de voluntarios y voluntarias es de gran importancia. Aportan, no sólo dinamidad y eficacia a las tareas de acompañamiento, actividades lúdicas y necesidades diversas, sino también calor y calidad humana a unas mujeres

que han decidido dar un giro a sus vidas y salir del infierno de la droga.

Nunca mejor que en otro sitio, los valores de solidaridad, gratuidad y disponibilidad que vertebran toda actividad del voluntariado, adquirieron en nuestra casa de acogida significado e importancia.

IMAGEN NUEVA PARA WEB DE PROYECTO HOMBRE SEVILLA

Este mes de diciembre hemos cambiado la imagen de nuestra web www.proyectohombresevilla.com

Hemos ampliado la información, diversificado su contenido y modernizado su estructura y esperamos que sea la marca de Proyecto Hombre Sevilla en la Red.

En un tiempo donde las tecnologías de la información y la comunicación tienen un papel tan importante y prioritario en la vida de las personas, queremos seguir abriendo y actualizando nuestra oferta de ayuda. Una ayuda destinada especialmente a cuantas personas y familias se sienten perjudicadas o amenazadas por el uso de drogas. Pero también una llamada de anuncio a cuantos hombres y mujeres, empresas y entidades, desde el voluntariado y la responsabilidad social corporativa, quieran unirse al proyecto de construcción de una sociedad más justa, más libre y más solidaria. ●

SALAMANCA

NUEVAS ALTAS TERAPÉUTICAS

La comunidad de Proyecto Hombre de Salamanca ha celebrado tres altas terapéuticas en los últimos dos meses. La celebración fue muy entrañable y emotiva, ya que siempre es una satisfacción para todos celebrar el fin del programa. Contó con la asistencia de las familias, voluntarios y amigos de Proyecto Hombre.

Enhorabuena a ellos y al equipo terapéutico.

ENTRE LA COCINA Y LA BÚSQUEDA DE EMPLEO

Aprender a cocinar y conocer herramientas para encontrar un empleo, fueron los dos objetivos de los talleres que han tenido lugar en el Centro de Proyecto Hombre Salamanca. Por un lado, el "Taller de Cocina" ha formado a varios jóvenes del Centro, que aprendieron desde técnicas de cocina a conservación de alimentos. Una formación que, no sólo les servirá para su vida privada, sino que también aporta conocimientos específicos válidos a la hora de enfrentarse al mercado laboral. El otro curso, fue el de "Búsqueda de empleo" y participaron diez chicos que aprendieron diversas técnicas de ayuda a la hora de enfrentarse al mercado laboral. Los dos talleres fueron financiados por la Diputación de Salamanca. ●



Manuel Muñíos, Director de Proyecto Hombre Salamanca, celebrando las Altas Terapéuticas con los protagonistas



Entrega de los diplomas del "Taller de cocina"

REDES

ECETT

**EVALUACIÓN FINAL DEL PROYECTO PILOTO DE ECETT (2006-2008)
REALIZADO POR LA AGENCIA LEONARDO DA VINCI (BRUSELAS, 2009)**

La innovación de ECETT, se basa en transmitir e intercambiar formación metodológica a nuevos grupos, como responsables de equipos educacionales, profesionales en adicciones, trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas etc. ECETT les ayuda a encontrar su homólogo en otros países europeos, para que conozcan cómo desarrollan su trabajo y qué soluciones de las que aplican localmente, pueden beneficiar a todos. En otras palabras, el objetivo no es adquirir nuevos conocimientos teóricos, sino desarrollar conocimientos prácticos.

En el método “formación a través del viaje”, dos aspectos son particularmente interesantes:

- > Aprender cómo otras instituciones resuelven problemas similares
- > Compartir el modo en que las nuevas ideas pueden ser desarrolladas en la institución de origen

PRODUCTOS: ECETT cuenta con una gran variedad de productos complementarios. Éstos presentan el método y las buenas prácticas en tratamiento de adicciones. Todos los productos son de calidad en términos de contenido y usabilidad. Están accesibles a todos los grupos y disponibles en varios idiomas.

PROCEDIMIENTO: La colaboración entre los participantes es fuerte y pro-

metedora. Las relaciones se construyen durante la implantación del proyecto, y el intercambio de buenas prácticas ayudará a perpetuar el proyecto.

IMPACTO EN HABILIDADES: El impacto del proyecto en los profesionales en drogodependencias, está demostrado y muy bien considerado. La aplicación del método en su actividad profesional, facilitará su perpetuación.

RECOMENDACIONES

- > Análisis comparativo de Buenas Prácticas: El proyecto mejora desarrollando fórmulas para integrar y hacer público este proceso de intercambio y comparación de prácticas en diferentes contextos de la adicción.
- > Divulgación: La traducción de las Buenas Prácticas a más idiomas, facilitaría el intercambio con más compañeros y ayudaría a la divulgación, proporcionando más valor a los resultados.

CONCLUSIÓN DEL PROYECTO PILOTO

En este proyecto, la innovación es fuerte, las actividades en red son numerosas y están bien respaldadas. Es un éxito. Se trata de un prometedor proyecto que necesita algún ajuste para mostrar su potencial. •

FORMACIÓN EUROPEA DE PROFESIONALES DE PROYECTO HOMBRE EN EL ÁMBITO DE LAS DROGODEPENDENCIAS: PROYECTO DE MOVILIDAD

El objetivo del Proyecto de Movilidad -Formación europea de profesionales de Proyecto Hombre en el ámbito de las drogodependencias (FEP-PH)-, es ofrecer a nuestros profesionales, una experiencia formativa en Europa que refuerce sus conocimientos en el campo de las adicciones. El resultado será la mejora de nuestros tratamientos y de los resultados terapéuticos, el aumento de la calidad de la formación, la estimulación de una cultura de desarrollo de habilidades de intervención y el incremento de la capacidad de los individuos para adaptarse a los cambios sociales, terapéuticos y tecnológicos.

El proyecto enriquecerá cualitativa y cuantitativamente la formación de nuestros profesionales, y les permitirá aprovechar las oportunidades de aprendizajes novedosos que nos brinden otras organizaciones europeas con amplia y reconocida experiencia en el campo de drogodependencias. De esta forma, se facilitará el desarrollo de prácticas innovadoras en diferentes ámbitos: prevención, tratamiento y reinserción. Será posible replicar en los Centros de nuestra red (local, regional y nacional), algunas de las buenas prácticas visitadas. Por último, reforzará un trabajo en red a nivel europeo que permitirá abordar, de una manera sólida, eficaz e innovadora, nuevas metodologías y estrategias de intervención con drogodependientes.

Para el período 2009-2011, Proyecto Hombre cuenta con una subvención para 40 movibilidades. Se beneficiarán de ella, el 85% de los terapeutas de nuestros Centros. •



La Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas, celebró su XII Congreso, en el mes de noviembre en Veracruz, Méjico. Proyecto Hombre asistió como invitado y estuvo representado por Albert Sabatés.

El congreso se desarrolló con gran éxito de asistencia, cerca de 700 matriculados, y con muy buen nivel organizativo.

Los asistentes fueron testigos de interesantes exposiciones entre las que destacamos, las relacionadas con el trabajo con menores, las diversas experiencias de los Terciarios Capuchinos, y la intervención de Julius Lang, de la organización norteamericana “Centre for Court Innovation”, que trabaja en la búsqueda de alternativas a la prisión. •

LISTADO DE CENTROS

DIRECCIONES
DE PROYECTO
HOMBRE ESPAÑA

PROYECTO HOMBRE

ALICANTE

Partida de Aguamanga S/N
03008 Alicante
Tfno: 965 11 21 25
Fax: 965 11 27 24
e-mail: info@proyctohombrealicante.org
www.proyctohombrealicante.org

ALMERIA

Calle de la Almedina, 32
04002 Almería
Tfno: 950 26 61 58
Fax: 950 27 43 07
e-mail: phalmeria@yahoo.es

ASTURIAS

Pza del Humedal, 5- Entlo. 2ª
33207 Gijón
Tfno: 98 429 36 98
Fax: 98 429 36 71
e-mail: phastur@proyctohombrestur.org
www.proyctohombrestur.org

BALEARES

Oblates, 23
07011 Palma de Mallorca
Tfno: 971 79 37 50
Fax: 971 79 37 46
e-mail: info@projectehome.com
www.projectehome.com

CATALUÑA

Riera de Sant Jordi, 151
08390 Montgat (Barcelona)
Tfno: 93 469 32 25
Fax: 93 469 35 28
e-mail: info@projectehome.org
www.projectehome.org

BURGOS

Pedro Poveda Castroverde, 3
09007 Burgos
Tfno: 947 48 10 77
Fax: 947 48 10 78
e-mail: proyctohombreburos@sarenet.es
www.proyctohombreburos.com

CÁDIZ

Lealas, 6
11404 Jerez - Cádiz
Tfno: 956 18 32 74
Fax: 956 18 32 76
e-mail: sede@proyctohombrepvinciacadiz.org
www.proyctohombrepvinciacadiz.org

CANARIAS

Pedro Doblado Claverie, 34
38010 Ofra (Tenerife)
Tfno: 922 66 10 20
Fax: 922 66 15 68
e-mail: administracion.tfe@proyctohombrecanarias.com

CANTABRIA

Isabel La Católica, 8
39007 Santander (Cantabria)
Tfno: 942 23 61 06
Fax: 942 23 61 17
e-mail: phcantabria@inicia.es

CASTELLÓN

Avda. Enrique Gimeno, 44
12006 Castellón
Tfno: 964 20 52 55
Fax: 964 25 00 46
e-mail: fundación@proyctoamigo.org
www.proyctoamigo.org

CASTILLA-LA MANCHA

Bolarque, 3
19005 Guadalajara
Tfno: 949 25 35 73
Fax: 949 25 35 66
e-mail: info@phcastillalamancha.es

CÓRDOBA

Abderramán III, 10
14006 Córdoba
Tfno: 957 40 19 09
Fax: 957 40 19 26
e-mail: phcordoba@phcordoba.com
www.phcordoba.com

EXTREMADURA

Coria, 25 Bajo
10600 Plasencia (Cáceres)
Tfno: 927 42 25 99
Fax: 927 422599
e-mail: phextrem@hotmail.com

GALICIA

Virxe da Cerca, 6
15703 Santiago de Compostela (A Coruña)
Tfno: 981 57 25 24
Fax: 981 57 36 06
e-mail: fmg@proxectohome.org
www.proxectohome.org

GRANADA

Avda. América, 28. Edificio A.
18006 Granada
Tfno: 958 29 60 27
Fax: 958 80 51 91
e-mail: ph@proyctohombregranada.org
www.proyctohombregranada.org

HUELVA

Pabellón de las Acacias.
Ctra de Sevilla Km.636
21007 Huelva
Tfno: 959 23 48 56
Fax: 959 22 77 31
e-mail: info@proyctohombrehuelva.es
www.proyctohombrehuelva.es

JAÉN

Menéndez Pelayo, 21 bajo
23003 Jaén
Tfno: 953 27 62 29
Fax: 953 29 12 35
e-mail: phjaen@angaro-phjaen.com
www.angaro-phjaen.com

LA RIOJA

Paseo del Prior, 6
(Edif. Salvatorianos)
26004 Logroño - La Rioja
Tfno: 941 24 88 77
Fax: 941 24 86 40
e-mail: phrioja@proyctohombrelarioja.es
www.proyctohombrelarioja.es

LEÓN

Médicos sin Fronteras, 8
24411 Fuentes Nuevas.
Ponferrada-León
Tfno: 987 45 51 20
Fax: 987 45 51 55
e-mail: coordinacion@proyctohombreleon.org
www.proyctohombreleon.org

MADRID

Martín de los Heros, 68
28008 Madrid
Tfno: 91 542 02 71
Fax: 91 542 46 93
e-mail: proyhomb@cesphmad.com
www.proyctohombremadrid.org

MÁLAGA

Eduardo Carvajal, 4
29006 Málaga
Tfno: 952 35 31 20
Fax: 952 35 32 25
e-mail: central@proyctohombremalaga.com

MURCIA

San Martín de Porres, 7
30001 Murcia
Tfno: 968 28 00 34
Fax: 968 23 23 31
e-mail: general@proyctohombremurcia.es
www.proyctohombremurcia.es

NAVARRA

Avda Zaragoza, 23
31005 Pamplona . Navarra
Tfno: 948 29 18 65
Fax: 948 29 17 40
e-mail: phnavarra@jazzfree.com
www.proyctohombrenavarra.org

SALAMANCA

Huertas de la Trinidad, 2
37008 Salamanca
Tfno: 923 20 24 12
Fax: 923 21 99 80
e-mail: phsalamanca@proyctohombresalamanca.es
www.proyctohombresalamanca.es

SEVILLA

Virgen del Patrocinio, 2
41010 Sevilla
Tfno: 95 434 74 10
Fax: 95 434 74 11
e-mail: ces@phsevilla.org
www.proyctohombresevilla.com

VALLADOLID

Linares, 15 - 47010 Valladolid
Tfno: 983 25 90 30
Fax: 983 25 73 59
e-mail: proyctohombre@proyctohombrevla.org



www.formacionph.es

Un espacio formativo a distancia, dirigido a aquellas personas interesadas en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias.

Una plataforma de e-learning que permite desarrollar cursos de formación on line, guiados por un Tutor, y disponer de herramientas colaborativas como foros, chats, actividades en grupo etc.

Persigue el desarrollo de habilidades, capacidades y estrategias que mejoren la formación e información de los usuarios, favoreciendo así su competencia en materia de drogodependencias.

Visita www.formacionph.es para ampliar la información

