

ASOCIACIÓN JOMAD

MEMORIA

VIVIENDA DE APOYO A LA REINSERCIÓN (VAR)

2017

Laura Silva Benítez

Psicóloga -JOMAD-

Málaga, a 2 de Febrero de 2018

INTRODUCCIÓN

Las Viviendas de Apoyo a la Reinserción (VAR) son centros de alojamiento y de convivencia para personas con adicciones, que se encuentran en proceso de incorporación social, ubicados en zonas urbanas, con la finalidad de ofrecerles por una temporada, una vivienda que le permita continuar su proceso de recuperación en condiciones normalizadas.

Las personas que solicitan el ingreso en una VAR suelen tener unas circunstancias personales, familiares, económicas y/o sociales muy difíciles, por lo que el retorno a su entorno habitual está desaconsejado desde el punto de vista terapéutico, debido a la alta probabilidad de recaída, ya que, vuelven a reproducir los mismos patrones aprendidos en sus lugares de origen, resultando más difícil aún para la persona con adicción, salir del "bucle". Este es el motivo por el que, en muchos casos, la persona usuaria solicita continuar su programa terapéutico en una VAR después de haber pasado por un tratamiento inicial en una Comunidad Terapéutica.

Podemos decir entonces que: nuestra VAR es un recurso especialmente adecuado para aquellas personas que carecen de un apoyo familiar o necesitan alejarse de su entorno social, por resultar este tóxico para su proceso de rehabilitación.

Es habitual encontrarnos perfiles de dependencia en los que no sólo se trata de abordar la relación problemática con la sustancia en sí, sino que también hay, otros niveles de dependencia (hablamos más del nivel afectivo). Estas dependencias afectivas son las que llamamos codependencias y suelen establecerse con familiares y/o parejas, algo que es importante abordar, si es que se da, de cara a la recuperación y reinserción de la persona. Existen también otros patrones de dependencia afectiva que influye en las relaciones que

establecen los usuarios entre sí, restándoles autonomía e independencia para moverse por sí mismos. Creándose con frecuencia patrones dependientes de relación dificultando el avance para el propio proceso.

El **objetivo principal** en la VAR es la **autonomía**, en todos los ámbitos posibles de la vida. La función de los educadores y terapeuta es la de acompañantes durante el itinerario personal, que la persona usuaria traza con la colaboración, asesoramiento y supervisión del equipo técnico.

Los usuarios de las VAR, tras haber superado la primera fase de tratamiento, han alcanzado la estabilidad suficiente para mantener la abstinencia, por lo que en la fase de reinserción social los objetivos terapéuticos son diferentes y se agrupan en tres áreas:

- Mantenimiento de los hábitos adquiridos en Comunidad (abstinencia, orden y limpieza, cumplimiento de responsabilidades, correcta gestión económica, planificación del tiempo libre, habilidades sociales, etc.)
- Reinserción laboral.
- Establecimiento de una red social adecuada.

Con el fin de alcanzar dichos objetivos, se mantiene en la VAR un ambiente favorecedor junto a un conjunto de normas necesarias para la convivencia, al tiempo que se asesora al paciente en los pasos que debe dar para avanzar en los campos mencionados anteriormente: se asesora sobre la búsqueda de empleo, se realizan controles farmacológicos de forma periódica para el control de drogas de abuso, se supervisan los gastos diarios, se organizan grupos de prevención de recaídas, se dan instrucciones de cómo hacer gestiones burocráticas, se ayuda a que los pacientes se ocupen de sus asuntos médicos,

etc. Así mismo, el ambiente de la VAR no es tan rígido como el de una comunidad terapéutica, aunque igualmente, tiene una estructura. Además, a medida que el paciente avanza en su tratamiento, se le van otorgando privilegios que normalizan progresivamente su vida. De esta forma, una persona en la fase final de un programa VAR, tiene un funcionamiento diario prácticamente autónomo, muy parecido a la vida que van a llevar una vez abandonen el recurso.

En todo este proceso se encuentran acompañados del equipo de tratamiento: educadores, trabajadora social, administración y psicóloga, además de por otras instituciones colaboradoras, con las cuales se van supervisando los objetivos propuestos y presentado nuevas metas a conseguir.

Definiendo algo más las funciones del **equipo de trabajo**, podemos decir que está formado por una psicóloga que lleva a cabo labores de asesoramiento terapéutico y elaboración conjunta con el paciente del PII (Programa de Intervención Individualizado), una educadora y un educador, encargados de velar por el buen funcionamiento de la VAR en cuanto a normas, cumplimiento de responsabilidades etc.... Y un trabajador social que realiza labores de elaboración y seguimiento del itinerario social.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Durante el año 2017 han tenido plaza en nuestra VAR un total de 27 **personas**, de las cuales 2 personas (7,4%), no llegan a realizar el ingreso, por lo que haremos el recuento estadístico sobre 25, excepto la variable de sexo y tipo de alta, que la haremos sobre 27. Actualmente, 6 de ellas (22,22%) siguen realizando su programa al comienzo de 2018, mientras que 19 usuarios, han

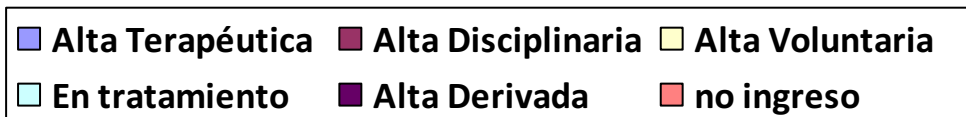
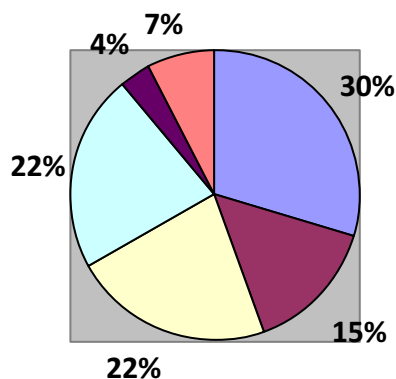
recibido algún tipo de alta a lo largo de 2017, que en su totalidad, hacen el 70,37%.

A la luz de los datos, este año podemos observar que la mayoría de los pacientes que han pasado por el recurso han obtenido un alta terapéutica. En total han sido 8, lo que corresponde a un 29,62%, a diferencia de otros años que la mayoría abandonaban voluntariamente el tratamiento o tiene alta disciplinaria al no adaptarse a la dinámica de la vivienda, no aceptar la normativa o no responder activamente ante las propuestas terapéuticas. En este año han sido 6 personas las que han decidido abandonar la plaza. Este dato corresponde a un 22,2% del total.

En muchas ocasiones los usuarios que no responden correctamente a los objetivos básicos necesarios para esta etapa de tratamiento, deben ser expulsados salvaguardando la estabilidad del resto de usuarios. Este tipo de alta es Disciplinaria y la han obtenido 4 personas a lo largo del año, un 14,81% de los usuarios.

Muchos de nuestros usuarios tienen problemas judiciales y en ocasiones vienen derivados del CIS o de Prisión para cumplir condena en nuestro centro de tratamiento. En estos casos vienen bajo unas condiciones concretas, las cuales, si quebrantan, están fuera de nuestro programa aunque hayan tenido una evolución favorable en el mismo y el vínculo establecido con el equipo sea positivo. En estos casos existe una fuerza mayor y nos vemos obligados a realizar alta derivada nuevamente a instituciones penitenciarias. Concretamente, hemos tenido un caso de este tipo que corresponde al 3,7% del total de los usuarios.

Tipos de Alta



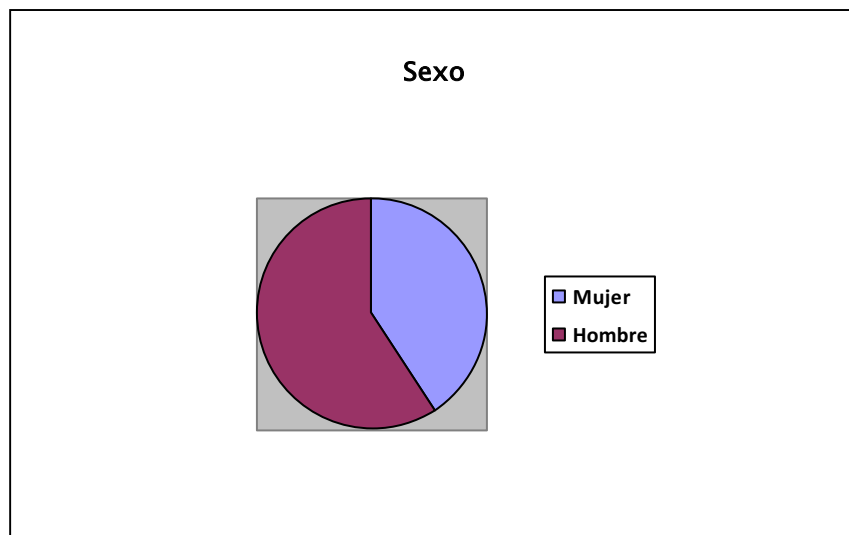
La población a la que JOMAD presta atención terapéutica en las VAR son pacientes que ocupan plazas concertadas con la *Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias e Incorporación Social (FADAIS)*. Llegan después de haber recibido alta terapéutica de alguna de sus Comunidades públicas.

Perfil de los pacientes

A continuación se presentan las diferentes variables analizadas así como la distribución de las mismas y una breve interpretación:

- **Sexo:**

La mayoría de las personas atendidas son hombres, siguiendo la tendencia habitual en este colectivo. Cierto es, también, que empezamos a observar un cambio y se ve que empieza a estar equiparado el número de hombres y mujeres atendidas. Han sido 16 hombres de los cuales 14 han sido atendidos, y 11 mujeres. Existe una diferencia tan solo de 3 personas, que corresponde a un 11,11%, cuando en años anteriores, ha sido mucho mayor.

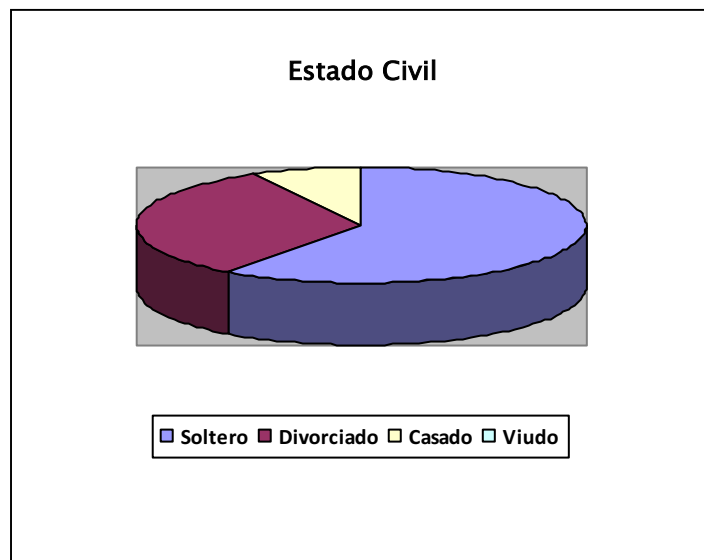


- **Edad:**

El promedio de edad de los pacientes de nuestras Viviendas de Apoyo a la Reinserción durante el año 2017 ha sido de 44,4 años, siendo acorde a la media en consideración a períodos anteriores. El paciente más joven tenía 24 años y el mayor 63.

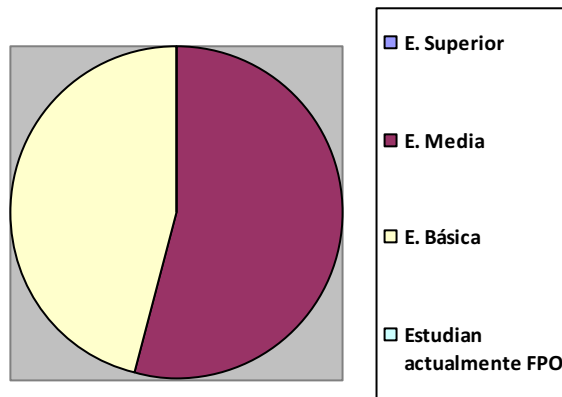
- **Estado civil**

Durante 2017 predominan las personas solteras (15). Este dato es muy representativo del perfil que suelen presentar los usuarios de este recurso, lo que nos indica que el nivel de deterioro social es más elevado en los usuarios de las VAR que en el recurso de tratamiento ambulatorio. Hemos tenido a 8 personas con estado civil separado, 2 casadas, y este año, no ha habido ningún caso de viudedad.



- **Nivel de estudios**

El nivel de formación académica es sensiblemente más bajo en los pacientes de este recurso con respecto a los que han recibido tratamiento a nivel ambulatorio, teniendo la mayoría estudios básicos o primarios:



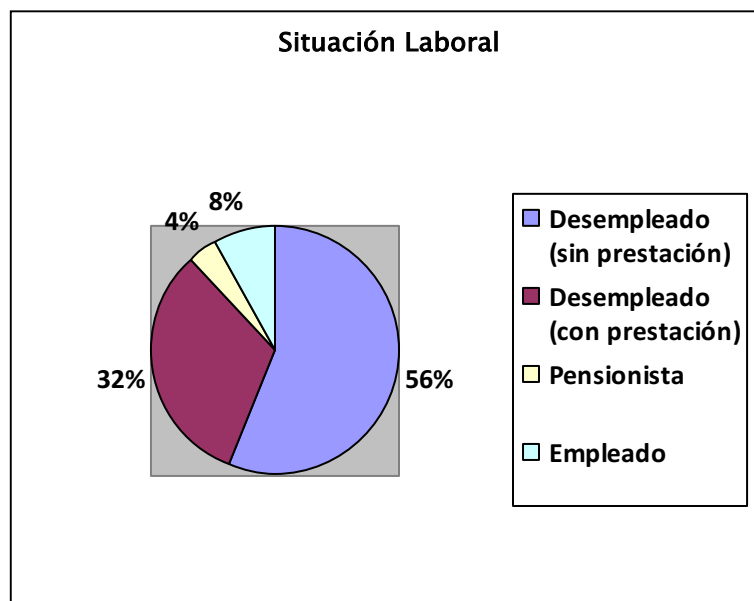
- **Nivel socio económico:**

Se aprecia año tras año un empobrecimiento general de la población, más aún en colectivos de origen humilde y que en estos tiempos ven acrecentada sus diferencias tanto sociales como económicas. Cada año se atiende a personas procedentes de un entorno más desfavorecido y con diversas problemáticas asociadas (desestructuración familiar, escasa cualificación, falta de recursos económicos, desempleo de larga duración, empobrecimiento, personas sin hogar, historia vinculada a ambientes de delincuencia y/o prisión, distanciamiento familiar, etc.)

- **Situación laboral**

Acorde al nivel de deterioro social de los pacientes de las VAR, se observa que la mayor parte de dichos pacientes durante 2017 se encontraban en situación de desempleo, mientras que una pequeña proporción contaron con un puesto laboral durante alguna parte del programa. A esta situación se le añade otra dificultad: la alta tasa de desempleo en nuestro país durante este largo período de crisis, hace que las empresas contratantes tengan más opciones a la hora de seleccionar empleados, y dado que nuestro perfil de paciente tiende, como hemos visto, a no haber recibido una buena formación profesional, escasa experiencia o inestabilidad laboral, son los que experimentan más dificultades en su proceso de reinserción laboral.

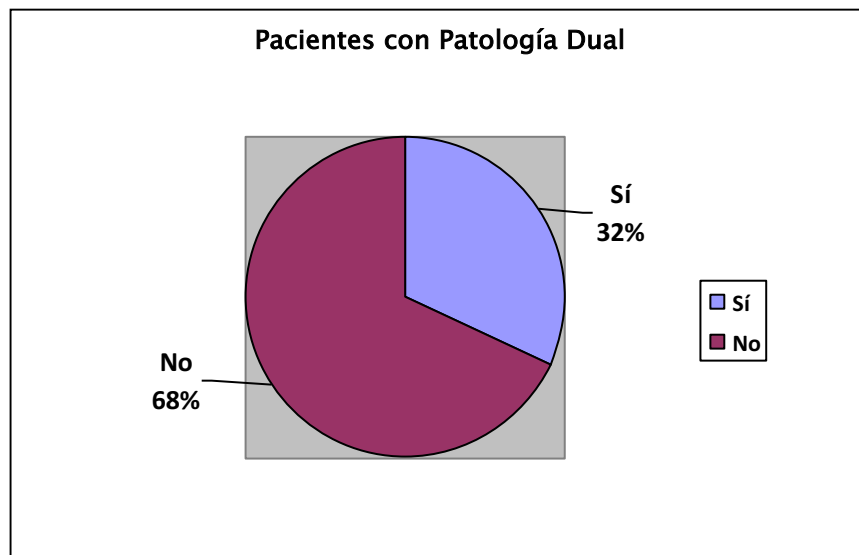
Además nos encontramos con que la mayoría de nuestros pacientes no cuentan con ningún tipo de prestación económica.



- Patología psiquiátrica. Patología Dual.

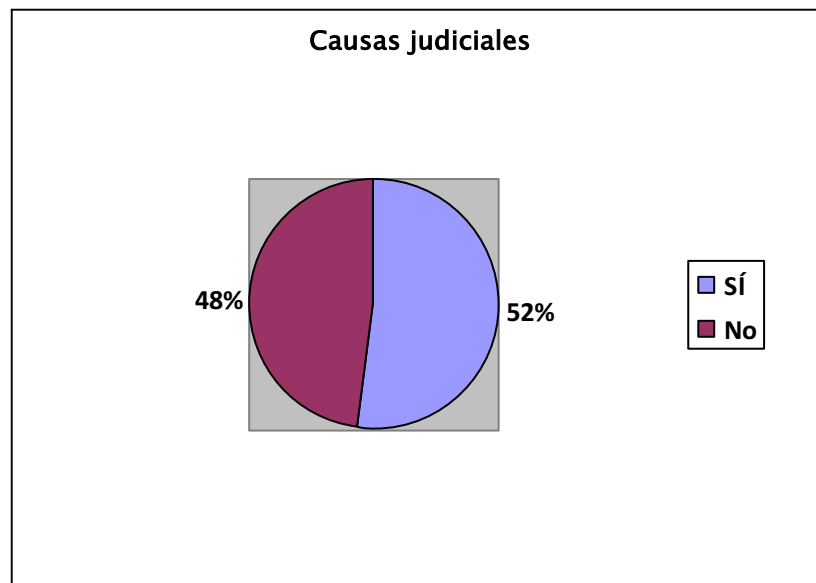
Es cada vez más frecuente que requieran los servicios de centros especializados, pacientes que, además de tener algún tipo de adicción, padecen uno o más trastornos psiquiátricos; son los llamados pacientes con patología dual.

Durante el año 2017 se ha atendido en VAR de JOMAD a 8 pacientes con este tipo de patología. Es una tendencia que se viene dando en los últimos años y que indica la necesidad de seguir abordando el estudio de estos casos para enfocar correctamente el tratamiento y la prevención.



- **Causas Judiciales**

La drogadicción es un problema muy relacionado con la actividad delictiva, dado el elevado coste de las sustancias estupefacientes y el carácter adictivo del consumo, que desemboca en la pérdida de control sobre la conducta, que puede llevar a cometer actos indeseables. En las VAR de JOMAD se ha atendido durante 2017 a 13 personas que se encontraban a la espera de juicio o que estaban cumpliendo medidas alternativas a prisión por mandato judicial, en un centro de rehabilitación, lo que supone el 52%. En muchas ocasiones, que el paciente tenga causas judiciales pendientes da un peor pronóstico al caso, ya que no hay garantía de que la motivación del paciente sea genuina y puede instrumentalizar el recurso para eludir responsabilidades legales.



- **Edad de inicio de consumo**

La edad media de inicio del consumo de las personas que han pasado por nuestras VAR durante 2017 es de 20 años, disminuyendo la media con respecto al año anterior. Las edades de inicio de consumo que más se repiten son las que van de los 15 a los 18 años. Siendo la edad más baja registrada de 9 años y la más avanzada 42 años.

- **VIH**

Afortunadamente, los avances en prevención de enfermedades contagiosas y el aumento de campañas de información y prevención de los últimos años han disminuido el grado de incidencia de enfermedades como el VIH, este cambio se hace patente año tras año en el perfil de usuario de nuestros recursos: en este período ha habido una paciente con VIH, disminuyendo una vez más. Esto, además, se debe al cambio en la modalidad de consumo: cada vez menos utilizan los inyectables.

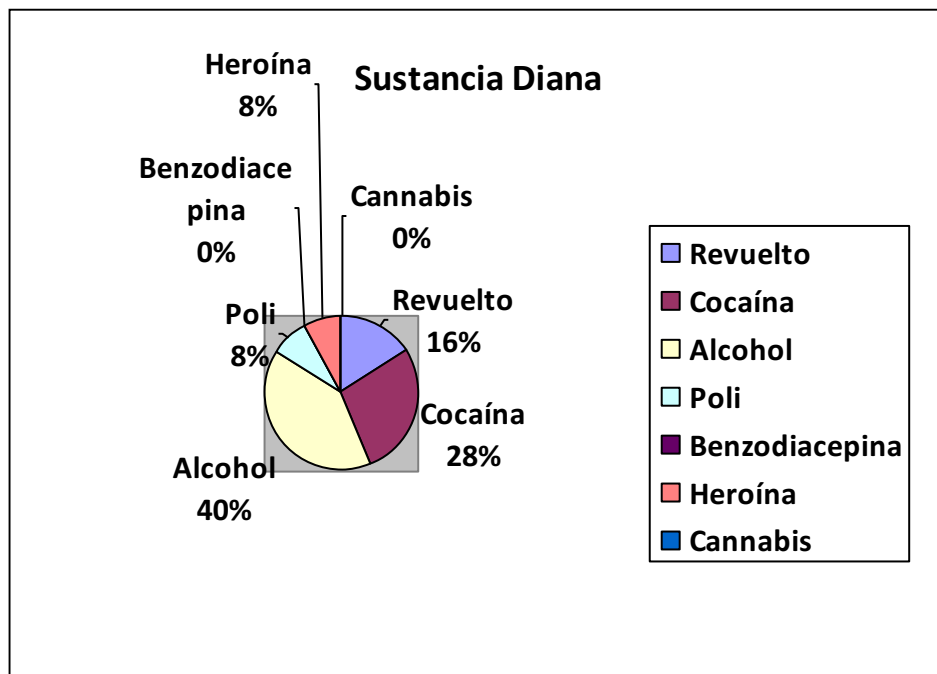
Actualmente, existen otras enfermedades que tienen más incidencia en nuestra población. Una enfermedad que padecen un gran número de nuestros usuarios es la Hepatitis en alguna de su modalidad. Para un futuro, sería conveniente tenerla en cuenta como indicador.

- **Sustancia Diana**

Este término hace referencia a la sustancia cuyo consumo es considerado problemático por el paciente, constituyendo así su abstinencia el principal objetivo a perseguir durante la estancia en la VAR. En este año, ha aumentado el alcohol como principal consumo problemático. Destaca con un porcentaje del 40%. Normalmente suele tener un alto índice como sustancia secundaria, y está

muy asociada a los principales factores de riesgo para otro tipo de consumos. En ocasiones, no se puede separar el alcohol de otra sustancia, que, sin alcohol, no es consumida. Fácilmente puede inducir a otros tipos de consumo. Lo importante es que se empieza a considerar como problemático, cuando antes, aún siendo una de las principales drogas consumidas, no se tenía esa percepción. Aunque en pocas ocasiones se da sola, normalmente, en la mayoría de los casos se da acompañada de otras sustancias. Son, tan solo, 4 personas de 10 que presentan esta adicción, las que consumen exclusivamente alcohol.

Aquí vemos cómo empieza a ganar posiciones destacando como sustancia diana, mientras que el consumidor exclusivo de heroína ha ido disminuyendo hasta su práctica desaparición durante los últimos años. Las siguientes sustancias con un alto porcentaje, son la cocaína, seguida del revuelto (cocaína + heroína).

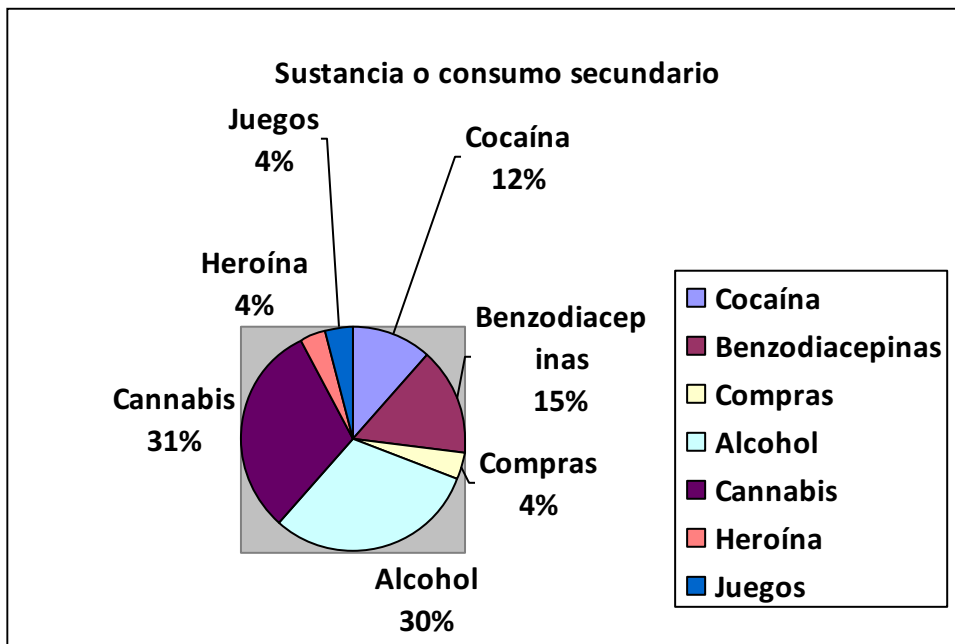


- **Otras sustancias o sustancias secundarias**

Las llamadas **sustancias de *consumo secundario*** son aquellas que no son percibidas como problemáticas por el paciente, pero la realidad es que dicho consumo en multitud de ocasiones suponen, bien el paso previo a la recaída en el consumo de la sustancia principal, o bien, son consumidas seguidamente de la sustancia diana, sin que pasen a ser más de tres sustancias distintas, ya que se consideraría, entonces, poli toxicomanía. Éste es el motivo por el que es vital la detección de estos consumos secundarios y lograr en los pacientes un cambio de actitud hacia los mismos, para maximizar las posibilidades de recuperación. Si no es así, se corre el riesgo de sustituir una sustancia adictiva, por otra socialmente mejor vista o menos castigada.

El 80% de las personas que han pasado por nuestro recurso en 2017 presentan algún otro tipo de consumo de carácter secundario, aumentando la cifra con respecto al año pasado.

A continuación se presentan los datos de las sustancias secundarias que consumían los pacientes de VAR del 2017;

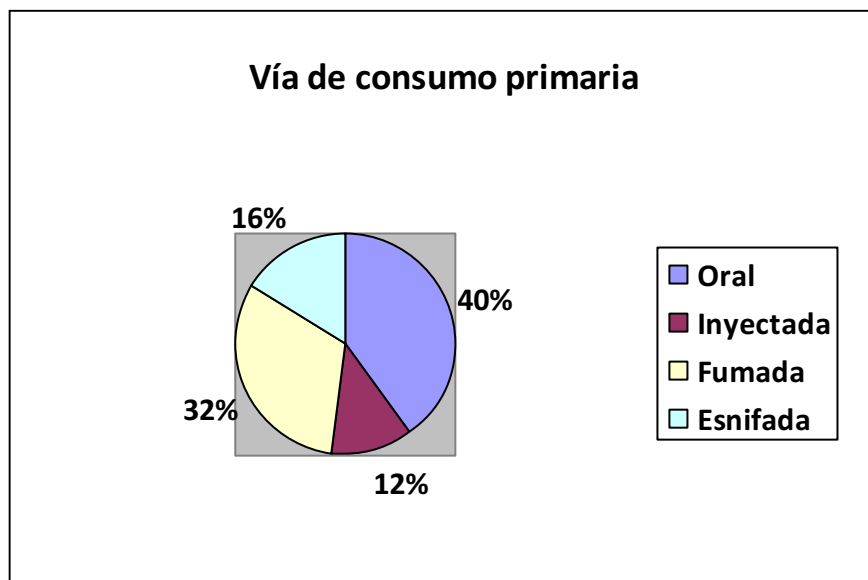


Estos datos ponen de manifiesto que el alcohol sigue siendo la principal droga consumida por personas drogodependientes, en muchas ocasiones, sin que éstas, califiquen dicho consumo como problemático. Por otro lado, los datos en este año, introducimos las compras como otro de los problemas de consumo que presenta nuestra población afectada por las adicciones. Este indicador ha sido ligeramente menor que en el año 2016.

- **Vía de consumo primaria**

Una misma sustancia puede ser consumida por diferentes vías de introducción en el organismo, este factor está relacionado con la fase de la adicción en la que se encuentra el paciente, ya que a medida que su situación económica se hace más precaria, recurre a métodos más potentes de consumo para rentabilizar al máximo el coste de dicha sustancia.

El mayor grado de deterioro de los pacientes en los que se hace necesario el programa en una VAR después de Comunidad Terapéutica, frente a aquellos que afrontan su reinserción o incluso tratamiento en régimen ambulatorio, se hace también palpable en la modalidad de consumo de unos y otros. Concordando con los datos anteriores, la modalidad más extendida durante este año en VAR ha sido la oral, a junto con el consumo fumado de la sustancia.



- **Programa de Metadona**

En los últimos años ha disminuido el consumo de heroína, por consiguiente el uso terapéutico de Metadona también se ha reducido notablemente, sin embargo aún acuden a nuestras VAR pacientes adscritos al programa de Metadona, concretamente durante 2017 se atendió en dicho recurso a 4 personas, lo que supone el 16 % del total de personas atendidas, aumentado el porcentaje ligeramente con respecto a 2016, pero sin ser un porcentaje elevado en comparación a los años del boom de la heroína, manteniéndose en un porcentaje disminuido. Se observa en algunos de los casos el largo período de tratamiento con esta sustancia produciendo una gran dependencia.

CONCLUSIONES

En este año, se han dado algunos cambios con respecto a años anteriores, tanto en el tipo de alta recibida para nuestros pacientes, como en la sustancia problemática principal. Ha habido un mayor número de personas que reconocen tener un problema con el alcohol. Igualmente, esta sustancia socialmente aceptada y como uno de los principales inhibidores de la conducta, ha estado muy asociada a otras drogas y sigue estándolo.

La persona que acude a reinserción, ya ha pasado por un proceso de comunidad y no se percibe el deterioro físico tan importante que deja en el organismo. Por suerte, se pueden ir revertiendo síntomas derivados de un consumo abusivo de alcohol, para llegar a tener una vida normalizada una vez pasado el proceso de comunidad terapéutica.

La entrada en reinserción supone un mantenimiento de los hábitos aprendidos en comunidad afrontando situaciones reales, que pueden suponer riesgo de consumo, o no. Empiezan a activarse y ponerse en marcha estrategias de afrontamiento adaptativas para resolver los problemas desde las circunstancias personales de cada uno.

Este año, también **ha habido más altas terapéuticas, siendo estas, en algunos de los casos, por objetivos mínimos.** Algo que, no garantiza la recuperación del paciente, o la maduración de un proceso, ya que durante el mismo, han cubierto una serie de objetivos básicos por un lado, y un criterio temporal de estancia por otro, pero se han quedado estancados sin avanzar en objetivos como realizar una búsqueda de red social positiva o disfrutar de un ocio saludable.

Memoria elaborada por:
Laura Silva Benítez
Psicóloga -JOMAD-

Málaga, 2 de Febrero de 2018