

2015

Comisión Nacional de Formación Asociación Proyecto Hombre

PROYECTO HOMBRE: EL MODELO BIO-PSICO-SOCIAL EN EL ABORDAJE DE LAS ADICCIONES COMO MARCO TEÓRICO (MBPS)



Foto: Juan Ramón Santos Fernández

Documento de referencia teórica y funcional para la definición del modelo de intervención de Proyecto Hombre en el ámbito de las adicciones

Director Asociación Proyecto Hombre:

- Francisco Recio Martín

Elabora Comisión Nacional de Formación Asociación Proyecto Hombre:

- Yoana Granero Salas
- Reyes Heras Prieto
- Virginia Padilla Barrales
- Pedro Pedrero Lanero
- Francisco José Sainero García
- Juan Ramón Santos Fernández
- Roberto Verdugo Parra

Revisión y asesoría externa:

- Emiliano Martín González
- Antonio Jesús Molina Fernández

Índice



1. Introducción	3
2. Los Modelos de Intervención en Adicciones	5
3. El Modelo Bio-Psico-Social (MBPS)	7
4. El MBPS en el Abordaje de las Adicciones en Proyecto Hombre	10
4.1. El MBPS en el ámbito de la Prevención	12
4.2. El MBPS en el ámbito del Tratamiento y la Incorporación Social.....	13
5. El Equipo en Proyecto Hombre en el marco del Modelo Bio-Psico-Social	16
6. Referencias/Bibliografía	21

1. Introducción



El desarrollo de un modelo con capacidad explicativa y que encuadre las diferentes aportaciones metodológicas y la praxis que ha incorporado Proyecto Hombre a lo largo de su historia, ha transcurrido con una definición orientadora de una práctica común, asentada en definiciones de carácter filosófico y de componentes referidos a la tradición metodológica de las Comunidades Terapéuticas y de los grupos de autoayuda, véase a modo de ejemplo Durand-Dassier J, (1971). Estos aspectos, siendo nucleares, necesitan ser adaptados y sistematizados debido a los avances en investigación, prevención, tratamiento e incorporación social y de la evidencia científica que requiere el campo de las adicciones en el momento presente.

La propuesta que se presenta también debe diferenciar claramente el marco teórico, esto es, el modelo de las aportaciones metodológicas (corrientes, escuelas y orientaciones) y de las técnicas, confiriendo el valor que cada nivel tiene. El modelo Bio-Psico-Social que se propone adoptar como definitorio y estable de Proyecto Hombre, no debería estar en permanente discusión aunque con el tiempo pueda entrar en crisis y necesite ser actualizado. Sí deberían revisarse periódicamente las referencias metodológicas y, continuamente, las técnicas que se aplican, debiendo ser validadas en referencia al modelo vigente.

En este sentido, debemos pensar en el modelo de Proyecto Hombre como algo perdurable en el tiempo, algo que no debemos cambiar continuamente, sino que debe mantenerse y, como en ciencia, mientras explica coherentemente lo que se pretende explicar y satisface el objetivo para el que se definió. Como plantea Khun (1962) en su definición de paradigma, buscamos adoptar una serie de compromisos que nos permitan dar soluciones concretas a problemas concretos, en nuestro caso una propuesta integral que dé respuesta al fenómeno de las adicciones.

Por otro lado, deben exponerse también los diferentes componentes constitutivos del modelo, que harán referencia a lo neurálgico de la intervención que realiza Proyecto Hombre y definirán en la práctica qué encaja y se ajusta con coherencia en el mismo.

La Asociación Proyecto Hombre ha definido para el periodo 2014-2016 un Plan Estratégico que debe estar en concordancia con el modelo propuesto, fundamentalmente en lo referido a la Visión, Misión y Valores.

De esta tarea cabe esperar para toda la Asociación y las organizaciones que la constituyen, las personas que desarrollan la tarea en las mismas, así como las destinatarias de su acción, las siguientes ganancias:

- Un marco contrastado y actualizado en relación a la práctica y la investigación en adicciones en los ámbitos de Prevención, Tratamiento e Incorporación Social.
- Integrar con coherencia la tradición metodológica y filosófica de la trayectoria de Proyecto Hombre a lo largo de más de 25 años con las innovaciones y aportaciones que, tanto interna como externamente, se han incorporado en forma de conocimiento.
- Un lenguaje que nos permita comunicarnos con los diferentes ámbitos científicos, técnicos y sociales.
- Coherencia en los contenidos de formación del Curso de Técnicos y Técnicas en Adicciones.
- Coherencia en los contenidos de la formación permanente.

- Sentirse cómodos con lo que se transmite interna y externamente desde los distintos programas, aceptando las diferencias pero en la confianza de que lo común es más potente que lo particular.
- En línea con lo anterior, integrar los saberes profesionales de quienes trabajan y colaboran en Proyecto Hombre (conocimientos, currículum, experiencia, etc.).
- Aportar un marco en el que las personas que trabajan en los diferentes programas de la organización, tengan una referencia del equipo profesional que necesita y propone la Asociación, aunando las propuestas que en la actualidad definen un equipo eficaz con los requisitos y particularidades definidas por Proyecto Hombre.
- Permitir, en definitiva, que en el presente y futuro de Proyecto Hombre encajen con coherencia las innovaciones y propuestas que se postulen, procedentes de diferentes fuentes pero resultantes de la evaluación y de la evidencia científica.

Para la realización de este trabajo se ha contado con la colaboración de cuantas personas han deseado hacerlo de todos los programas que conforman la Asociación Proyecto Hombre, que han querido participar y aportar su saber, sensibilidad y experiencia, mediante cuestionarios abiertos sobre los diferentes ámbitos que constituyen nuestras organizaciones (tratamiento, prevención, incorporación social, voluntariado y gestión), así como de consultores externos y revisores.

2. Los Modelos de Intervención en Adicciones

El referente de partida para la realización de esta propuesta nos lleva al concepto mismo de “Modelo”, que en su origen designaba “la medida arbitraria que servía para establecer las relaciones de proporción entre las partes de una obra de arquitectura” y que en la actualidad nos remite a un marco que integra las partes, les da coherencia y orienta la finalidad de las tareas.

“Se entiende por modelo la integración en una unidad de los aspectos ontológicos, epistemológicos y metodológicos de una forma determinada de práctica profesional”.

(Molina-Molina, 2004).

Por tanto, un modelo es una representación simplificada de la realidad aplicable a un contexto determinado con una población destinataria concreta. Estos modelos pueden ser teóricos o aplicados; es decir, pueden ser descriptivo-explicativo- predictivos o prescriptivo-normativos (Bisquerra y Álvarez, 1996: 332).

Un modelo de intervención, casi por definición, es prescriptivo-normativo, nos aporta una pauta de acción. Por tanto los modelos de intervención en adicciones deben aportarnos una visión general del proceso, de cómo, sobre quién, desde dónde y cuándo intervenir.

El uso del vocablo “modelo” siempre ha estado presente en la reflexión teórica y en el análisis de la práctica de la intervención en adicciones, encontrándonos que, cuando se ha tenido que dar razón, justificar o explicitar lo que se desarrolla en este campo, con frecuencia se ha hablado de diferentes modelos y sus componentes.

Los modelos, por definición, son la herramienta teórica, en sentido amplio (filosófico, científico, técnico y práctico), que articula las actuaciones, intervenciones, técnicas y evaluaciones de la parte del universo que quieren explicar. Como tales deben explicar esa parte de manera satisfactoria y están sometidos a crítica, modificación y, en el caso de no mostrar utilidad, deberán ser desechados y sustituidos por otros que asuman ese papel. Se derivan también de los mismos, “quiénes son los profesionales idóneos para actuar y por tanto los que deben tomar decisiones, cuál es la administración pública que debe gestionar los planes y programas, cuál es el perfil de las nuevas contrataciones y con qué lenguaje se va a devolver a la sociedad la información sobre lo que está ocurriendo y la respuesta que se está proporcionando”. (Comas, D. 2010).

En la historia reciente, años 70-80, utilizando la referencia de Helen Nowlis (1975), al hablar de drogas se hacía referencia a cuatro modelos fundamentales sobre el uso de drogas y los tres elementos que interactúan entre sí (sustancia, persona y contexto), mencionados en todos los ámbitos relacionados con las adicciones, poseyendo cada uno de ellos supuestos distintos acerca de las drogas, los individuos y el contexto social y cultural y, por tanto, consecuencias diferentes para la prevención, el tratamiento, la legislación y la formulación de políticas sobre drogas.

Así:

El modelo ético-jurídico asigna una importancia decisiva a las drogas que pueden ser inocuas o peligrosas. Inocuas son las no calificadas de peligrosas o las que social o legalmente no están proscriptas. Su fin primordial consiste en conseguir que las drogas queden fuera del alcance de las personas.

El modelo médico sanitario considera que las drogas, las personas y el contexto se transforman respectivamente en agente, huésped y contexto, en correspondencia con el modelo de las enfermedades infecciosas. El agente es, por definición, activo, por lo que en este modelo la droga, como agente asume el papel principal de dicho trío. La mayor diferencia con el modelo anterior es que el modelo sanitario no hace distinciones entre sustancias lícitas e ilícitas abarcando también el alcohol, la nicotina o la cafeína como sustancias generadoras de dependencia.

El modelo psicosocial tiende a asignar más importancia al papel del individuo como agente activo. El uso de drogas y su consumidor son el factor dinámico y complejo y el punto principal en el que ha de centrarse la intervención. Este modelo tiende a referirse al significado y la función del uso de drogas por parte del individuo y al uso de las mismas como forma de comportamiento que, como otro cualquiera, no debe persistir a menos que satisfaga una función del individuo.

El modelo sociocultural concibe el uso de drogas y los problemas asociados desde un punto de vista que destaca y subraya la complejidad y la variabilidad del contexto en el trío droga-individuo-contexto. Las drogas cobran su sentido e importancia no tanto por sus propiedades farmacológicas como por el modo en que una sociedad dada define su uso y a sus consumidores y reacciona ante ellos.

En la actualidad, los modelos ético-jurídico y sanitario tradicional están superados en los debates técnico-científicos, habiendo aparecido otros que se refieren a continuación y que han quedado subsumidos, en líneas generales, en la actualidad, por los dos modelos que rivalizan y que responden a visiones, culturas e intereses diferentes: **el modelo bio-médico y el modelo bio-psico-social**.

Otros modelos de posterior desarrollo:

Modelos de Condicionamiento dentro de las Teorías del Aprendizaje: entendiendo los síntomas como respuestas condicionadas, o como la probabilidad de ocurrencia de la conducta de consumo regulada por sus consecuencias, siendo las drogas unos potentes reforzadores.

La Teoría del Aprendizaje Social: une las teorías del aprendizaje a las teorías cognitivas actuales, incidiendo en aspectos que tienen que ver con la disponibilidad de las sustancias, el entorno familiar, las habilidades de competencia social, etc. Los factores que motivan el inicio del consumo están relacionados con la familia y los grupos de pares, los modelos y las experiencias relacionadas con las drogas.

El Modelo Cognitivo Conductual: considera la adicción como un patrón de hábitos aprendidos que apuntan a la gratificación inmediata, planteando que se puede alcanzar la abstinencia construyendo un nuevo repertorio de conductas de afrontamiento. Los conceptos centrales de la teoría son autoeficacia y recaída.

Modelos de Orientación Psicodinámica, como las tipologías familiares de Cancrini o los modelos Etiopatogénico-Relacional de la heroína.

Modelos del Trauma: enfatizan los efectos del trauma psicológico, particularmente en el desarrollo temprano, como el factor causal clave en el desarrollo de algunos o de muchos trastornos psiquiátricos, además de trauma como un adulto, como en el trastorno de estrés posttraumático. Destacan factores particularmente estresantes y traumáticos en las relaciones de apego temprano y en el desarrollo de las relaciones interpersonales maduras.

La referencia obligada, exhaustiva y mejor desarrollada acerca de los modelos y teorías que se proponen explicar las adicciones, la encontramos en el trabajo desarrollado por Elisardo Becoña para el Plan Nacional sobre Drogas, “Bases científicas de la prevención de las drogodependencias” (Becoña, E. 2002).

3. El Modelo Bio-Psico-Social



El ámbito de la salud ha proporcionado una reflexión permanente y dinámica sobre los modelos explicativos más adecuados para dar razón de la intervención en la salud humana y en las variables que la determinan. En este proceso han estado, y sigue estando abierto el frente de discusión entre un modelo Biomédico y un modelo Bio-Psico-Social.

El campo de las adicciones está inmerso desde hace tiempo y en la actualidad, si cabe con más contundencia, en esta discusión. De una parte, el **modelo biomédico** centra el diagnóstico y tratamiento de las adicciones en el trastorno mental, con toda la potencia que ha desarrollado de dispositivos, profesionales y tratamientos psicofarmacológicos. De esta visión se derivan las clasificaciones de drogodependencia recogidas en los sistemas psicopatológicos CIE y DSM. Y la misma noción de “dependencia de una o varias drogas como una enfermedad crónica de carácter recidivante” (Casas, Duro, & Pinet, 2006), con las consecuencias que de ésta se derivan para el concepto de curación, tratamiento y manejo del consumo, entendiéndose que solo y siempre es posible plantear que el objetivo sea la abstinencia.

El modelo biomédico busca evidencia de que los trastornos mentales y, por ende, las adicciones, son enfermedades del cerebro en su estructura o en el desajuste de los neurotransmisores. Algo que aún está alejado de ser probado como etiología de la adicción, ya que también puede ser considerado un efecto de la misma. Para el National Institute on Drug Abuse (NIDA), la adicción se define como “una enfermedad crónica y recurrente del cerebro que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas, a pesar de sus consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas modifican este órgano: su estructura y funcionamiento se ven afectados. Estos cambios en el cerebro pueden ser de larga duración, y pueden conducir a comportamientos peligrosos que se observan en las personas que abusan del consumo de drogas”. Definición a todas luces reduccionista en la comprensión del fenómeno, dejando de lado los aspectos psicológicos y sociales de las adicciones.

En este modelo se enmarcan diferentes teorías siendo la más potente, por referida y divulgada, la Hipótesis de la Automedicación: “La neurociencia propone que las dependencias de sustancias psicotrópicas pueden ser explicadas como una predisposición, una vulnerabilidad o un trastorno psico-orgánico, que sufren los pacientes que las padecen, aceptando que estas hipótesis no pretenden explicar la totalidad del fenómeno adictivo, ni pueden ser aplicadas sistemáticamente a todos los individuos afectados. Esta visión propone que los trastornos por dependencia de drogas son el resultado de la existencia de una alteración biológica, de origen genético o adquirido, que forzaría al adicto a consumir estas sustancias como un proceso de autotratamiento de la enfermedad que padece. Al intentar paliar con drogas los trastornos provocados por su enfermedad desarrollarían conductas de dependencia”. Entre las consecuencias que se derivan de esta visión se encuentran la cronicidad y, en muchos casos, el agravamiento de la considerada enfermedad.

Lo cierto es que, transcurridos más de 25 años, se ha avanzado muy poco en esta línea de comprensión de los fenómenos adictivos, no ha ayudado al desarrollo de tratamientos eficaces para la adicción y su impacto ha sido muy modesto en las políticas de salud pública dirigidas al conjunto de la población. De hecho, en la prestigiosa revista *The Lancet Psychiatry* este año 2015 se ha publicado un artículo de revisión llamado “The brain disease model of addiction: is it supported by the evidence and has it delivered on its promises?” (“El

modelo de enfermedad cerebral de la adicción: ¿está apoyado por la evidencia y ha cumplido sus promesas?”), que viene a criticar el excesivo reduccionismo y determinismo biologicista aplicado a las adicciones. En este artículo, el grupo dirigido por el profesor Hall de la Universidad de Queensland en Australia critica la limitación de acceso a programas psicosociales que ha supuesto la sanitización de las adicciones, así como la necesidad de recuperar el marco amplio multicomponente que incluía los aspectos psicosociales, socioeconómicos, epidemiológicos, farmacológicos, neuropsicológicos...para poder “integrar los nuevos hallazgos científicos que van surgiendo de la investigación en Neurociencia con los de la Economía, la Epidemiología, la Sociología, la Psicología y la Política para disminuir los daños causados por el consumo de drogas y de cualquier tipo de adicción”. (Hall et cols, 2015).

Frente al anterior, encontramos el **modelo Bio-Psico-Social** como resultante de la aplicación y evolución de la Teoría General de Sistemas en el ámbito de la salud.

Esta teoría, que tuvo como uno de sus principales iniciadores al biólogo alemán Ludwin von Bertalanffy, elimina el reduccionismo del pensamiento lineal causa-efecto, añadiendo un nuevo nivel de complejidad: el concepto de sistema. Un sistema es un conjunto de elementos que interactúan entre sí, y en el que se establece una relación de interdependencia entre las partes. Para esta teoría, todos los organismos están organizados en sistemas.

La Teoría General de Sistemas aplica mecanismos interdisciplinarios, que permiten estudiar a los sistemas, no sólo desde el punto de vista analítico o reduccionista (estudiando un fenómeno complejo a través del análisis de sus partes), sino también con un enfoque sintético e integral, que ilustre las interacciones entre las partes.

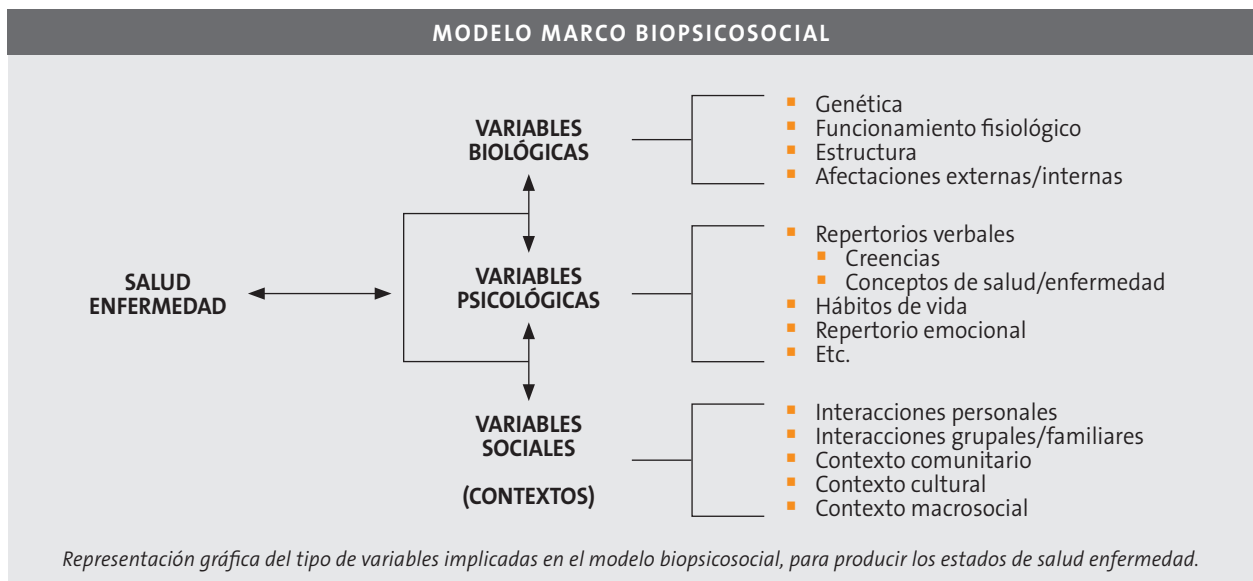
A partir de esta teoría, el psiquiatra norteamericano George L. Engel, 1977, postuló un modelo médico holístico que llamó biopsicosocial iv como respuesta al otro modelo, el biomédico, dominante en las sociedades industrializadas de mediados del siglo XX. Engel indicaba, entre otras afirmaciones críticas, que la biomedicina era dualista, con un enfoque que separaba mente y cuerpo de la biografía y las emociones de la persona, sin establecer puentes entre ambas esferas. Por otro lado, señalaba que la biomedicina defendía un modelo causal clásico de “causa-efecto”, afirmando por el contrario que la realidad es mucho más compleja y en ella interactúan, unos con otros, una serie de sistemas.

El modelo o enfoque biopsicosocial es un modelo general, que plantea que los factores biológicos, psicológicos y sociales, juegan un papel importante en el funcionamiento humano en el contexto de la enfermedad y de la percepción de la misma: en este caso de las adicciones. Implica que hay determinantes generales que influyen en la salud y en el desarrollo humano, incluidos sus determinantes sociales. La salud y la enfermedad se transmiten en red.

Los elementos de la red de relaciones entre los determinantes de la salud están interactuando de forma continua y simultánea. Cualquier factor relativo a la salud se transmite por la red compleja de elementos interconectados.

Desde esta perspectiva, los seres humanos son contemplados como sistemas complejos. Llevado al ámbito de las adicciones, éstas vienen causadas por múltiples factores y no por un factor único. Desde este punto de vista, hablaríamos de una causalidad multifactorial del consumo de drogas, combinando la *causalidad circular* que considera que los factores se influyen mutuamente para dar lugar a una situación concreta y ayuda a realizar una buena descripción de un fenómeno complejo como la adicción, en los niveles de consumo, abuso o dependencia, y la *causalidad estructural*, que diferencia las causas de los fenómenos de manera jerarquizada entre necesarias, desencadenantes, coadyuvante y asociada, permitiendo decisiones y propuestas pragmáticas. Ambas deben combinarse en el abordaje del análisis y de la intervención de los problemas relacionados con las drogas.

El componente biológico del modelo biopsicosocial busca entender cómo la causa de la adicción se deriva del funcionamiento del organismo. El componente psicológico encuentra causas psicológicas, como la falta de auto-control, confusión emocional, y los pensamientos negativos, entre otras. El aspecto social investiga cómo los diferentes factores sociales, como el nivel socioeconómico, la cultura, la pobreza, la tecnología y la religión, pueden influir en las conductas adictivas.



La referencia ajustada hoy del MBPS, está en la versión abierta del mismo, conectando con las intervenciones basadas en la evidencia, que trasladada al campo de las adicciones podemos entender de este modo, según Borrel i Carrió (2002):

1. El objetivo es lograr establecer una adecuada relación terapéutico-educativa.
2. Está legitimado cualquier motivo de demanda, tanto problemas biomédicos como psicosociales o de la vida cotidiana.
3. Se distingue entre demanda y necesidad. Eso supone a veces tener en cuenta aspectos no valorados por la persona demandante: «Usted está preocupado por su consumo de drogas, pero también tendría que estarlo por su cardiopatía que le resta movilidad y de la que debe revisarse».
4. Frente a un problema diagnóstico de cierta complejidad como la adicción, se debe evitar inicialmente tomar posición hacia hipótesis exclusivamente biológicas o psicosociales, es decir, evita focalizarse: Todo es más complejo y aparecen continuamente nuevos datos.
5. Disponer, cuando sea posible, de una perspectiva sociofamiliar de las personas, valorando y contando con la red social de apoyo de que se dispone.
6. El equipo de trabajo aplicará técnicas de decisión racionales, basadas en evidencias pero también en el conocimiento de los sesgos que introducen las propias emociones.
7. Validar lo orgánico incorporándolo al diagnóstico, al mismo nivel que las esferas psicológica y social.
8. Trabajar con la incertidumbre, no cediendo a la tentación de dar significado a los síntomas a partir de los datos iniciales.
9. Identificar los factores de riesgo y de protección, detectando los estilos de vida que hay detrás de ellos.
10. No hay «casos cerrados». Cada persona es una realidad en constante evolución que debe tener la oportunidad de sorprendernos «ahora», para evitar que nos sorprenda mañana.

Los aspectos que caracterizan la perspectiva biopsicosocial son:

- Se busca un desarrollo completo de la persona, estimulando un conocimiento integral de la misma y su entorno, en las tres esferas: biológica, psicológica y social.
- Reconoce el papel central que desempeña la relación personal (terapéutico-educativa) en el curso de los acontecimientos.
- Se acompaña a las personas en todas las fases del proceso sin dar más importancia a unas sobre otras.
- Se trabaja sobre las propias necesidades y deseos de las personas acordando en común los objetivos.
- Optimiza el trabajo en equipo.
- Incorpora al personal técnico/voluntariado como una pieza más del sistema.

4. El Modelo Bio-Psico-Social en el Abordaje de las Adicciones en Proyecto Hombre

Cuatro son los factores que se pueden identificar como provocadores de la reflexión sobre la necesidad de repensar el modelo de la organización:

1. Las representaciones sociales sobre las adicciones han cambiado de manera notable en los últimos años, jugando éstas un papel determinante en el desarrollo de las políticas, en las actitudes y comportamientos hacia las mismas y en el abordaje del fenómeno de las drogodependencias, y por tanto, en la adecuación y el ajuste de los recursos de respuesta.
2. La incorporación al quehacer de Proyecto Hombre en el campo de la Prevención. Tras años de puesta en marcha de programas de tratamiento con una metodología de intervención proveniente de las Comunidades Terapéuticas, se generan dos visiones dentro de las organizaciones que han provocado desacuerdos teóricos entre los y las profesionales, más allá del acuerdo genérico y compartido de que Proyecto Hombre es una organización “centrada en las personas”.
3. La incorporación de personas a los equipos con una formación teórica alta (graduados, graduadas, técnicos y técnicas de diversos campos de lo social), que devuelven una reflexión crítica sobre la visión de Proyecto Hombre en el campo de las adicciones, su modelo formativo y el estilo de trabajo en equipo, generando importantes aportaciones y reflexión interna.
4. Lo que podemos llamar “eclecticismo desordenado”, en dos sentidos. El primero, respecto a los contenidos formativos propuestos por el Centro de Formación, algunas con escasa o poco contrastada validez. El segundo, respecto a los objetivos de los programas como: abstinencia, reducción del daño, etc. Se ponen en marcha en los diferentes centros, sin un acuerdo ni discusión previa sobre si se ajustan a la propuesta del modelo de Proyecto Hombre, respondiendo en algunos casos a una demanda local o de la administración autonómica, sin una justificación adecuada, generando en ocasiones confusión interna y externa.

El modelo de Proyecto Hombre ha tenido referentes de calidad en autores internos de la propia organización, pero sin duda son escasas y no se han sometido a una discusión amplia, resultando las más interesante y vigentes hasta el momento las siguientes referencias:

Pérez del Río señala, a la hora de referir *el marco teórico* en Proyecto Hombre de Burgos, que son cinco los elementos y principios estratégicos que, a su juicio, “desde una óptica particular”, considera que funcionan adecuadamente con personas dependientes y que se entiende que considera integrados en el actuar de Proyecto Hombre: El trabajo por objetivos, los modelos transteóricos (Prochaska y Di Clemente), los modelos “motivacionales” (EM), el trabajo en grupo y, por último, la intervención con las familias.

Esta exposición, en su desarrollo, es una de las más ordenadas que podemos encontrar a la hora de definir los elementos del modelo que se define inicialmente como Biopsicosocial, añadiéndosele a continuación otros elementos que se corresponden más con aspectos de la misión y los valores que con el modelo de intervención.

Por otro lado, encontramos otra referencia teórica muy interesante, publicada en Adicción y Ciencia (2011), de Molina Fernández, en la que analiza el método de la Comunidad Terapéutica, recurso por excelencia desarrollado en los diferentes programas de Proyecto Hombre desde su implantación en España. En este texto, no escrito intencionalmente para describir un modelo general, se señalan acertadamente las diferencias entre modelo y método, indicando y definiendo la Comunidad Terapéutica como un modelo Biopsicosocial+cultural+existencial, analizando la presencia de las ciencias sociales en la Comunidad Terapéutica.

En estos años han aparecido en las publicaciones referidas a Proyecto Hombre otras referencias, que sin hacer una mención explícita al modelo de Proyecto Hombre, sí han sido un intento de sistematización de los supuestos que soportan el método de intervención. La más reseñable es el publicado en la Revista Proyecto titulado “Corrientes Psicológicas en Proyecto Hombre” viii en la que se señalan elementos de las escuelas o corrientes psicológicas desarrolladas hasta aquel momento entre las que los autores señalan: Corrientes Humanistas y Existencialistas, La Psicoterapia de Grupo, la corriente Cognitivo-Conductual, la Terapia Familiar Sistémica e Influencias Psicoanalíticas, indicando, a su vez, las que no consideran presentes, pero no hay una formulación clara de un modelo al que Proyecto Hombre pueda estar referido en su intervención en adicciones, resultando a su favor una exposición ordenada y fundamentada de las diferentes orientaciones que aparecen en PH, sin indicarse otros aspectos más allá de lo psicológico. Este material ha resultado sin duda muy útil a lo largo de los años en la propia explicación que Proyecto Hombre ha realizado de sí mismo y que expone un eclecticismo metodológico variado y guiado por la búsqueda de herramientas y métodos útiles en la intervención, procedentes de las diferentes escuelas, centrando la reflexión en gran medida en el ámbito del tratamiento terapéutico y la incorporación social, con un menor desarrollo hasta hace pocos años del abordaje de la prevención.

Expuesto lo anterior, **el modelo de referencia de Proyecto Hombre debe expresarse con claridad como un modelo Bio-Psico-Social en su versión abierta, señalada en el apartado 2, con sus elementos clave, fáciles de asimilar en la visión que Proyecto Hombre ha desarrollado en estos años, por la naturalidad conceptual con la que se integran en nuestra práctica, que referida al ámbito de la salud, tienen un correlato claro en nuestra intervención en adicciones.**

Asumida la propuesta anterior, deben desarrollarse los elementos que lo constituyen y que tienen vigencia y evidencia, incorporando los componentes de lo biológico, lo psicológico y lo social de forma integrada y en los ámbitos de la intervención, la incorporación social, la prevención y la investigación de las conductas adictivas.

De manera general, la adopción del modelo biopsicosocial aplicado a Proyecto Hombre, está constituido por los siguientes elementos:

- Incorpora el enfoque de reducción de riesgos y daños, pretende una intervención sanitaria, psicológica, social y comunitaria, requiriendo una coordinación de recursos que trabajan estas áreas e incorporando actividades preventivas y asistenciales.
- Da cabida a los programas generales de prevención y educación para la salud, destinados a frenar tanto la magnitud de los problemas adictivos como la de cualquier otra conducta desadaptativa.
- Desfocaliza de la sustancia la intervención preventiva incluyendo las necesidades psicológicas y sociales de las personas.
- Integra el enfoque comunitario.
- Incorpora el área existencial, entendida como los valores, creencias y estilos de vida de las personas.
- Contempla la inclusión de la perspectiva de género.
- Posibilita el trabajo en equipo multidisciplinar, constituido por profesionales y voluntarios.
- Aborda la intervención terapéutica y preventiva teniendo en cuenta la red social y familiar de las personas.
- Proporciona información y orientación a las personas y a su entorno.
- Favorece que las personas expliquen sus creencias y expectativas sobre su adicción.
- Facilita a los usuarios y usuarias expresar sus preocupaciones más importantes y la expresión de sus emociones.

4.1. El MBPS en el ámbito de la Prevención

El encuadre de la prevención de las drogodependencias en el MBPS debe hacerse a través de un breve recorrido por las teorías o grupos de teorías como señala Becoña (2002): Un primer grupo está formado por las teorías parciales o basadas en pocos componentes, entre las que se encuentran los modelos biológicos, modelos de creencias de salud y de competencia, teorías del aprendizaje, teorías actitud-conducta y otras. El segundo grupo denominadas teorías de estadio y evolutivas constituido por el modelo evolutivo de Kandel, modelo de etapas motivacionales multicomponentes de Werch y Diclemente, y otros. Y el tercer grupo denominado teorías integrativas y comprensivas, compuesto por el modelo de promoción de la salud, teoría del aprendizaje social y teoría cognitiva social de Bandura, modelo del desarrollo social de Catalano, et al., teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor, y otras.

La prevención puede definirse en sentido amplio como la acción y el efecto de las intervenciones diseñadas para cambiar los determinantes individuales, sociales y ambientales del abuso de drogas legales e ilegales, incluyendo tanto la evitación en el inicio en el uso de drogas como la progresión a un uso más frecuente o regular entre poblaciones en situación de riesgo. En la definición propuesta por Martín (1995) la prevención de las drogodependencias “es un proceso activo de implementación de iniciativas tendentes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia ante la oferta de drogas”.

La referencia que se utiliza desde nuestra perspectiva se sitúa en el grupo de teorías llamadas integrativas y comprensivas, que fundamentalmente tienen entre sus objetivos llevar a cabo explicaciones de la conducta de consumo mediante la integración de diversos componentes de diversas teorías.

Las premisas básicas que deben orientar el trabajo preventivo son:

- Las estrategias de prevención deben ser estructuradas globalmente para reducir la influencia de los factores de riesgo individuales y ambientales, así como para aumentar los factores de resiliencia o protección.
- La implicación de la comunidad es un componente necesario para lograr una prevención eficaz.
- La prevención debe ser entrelazada con los sistemas de atención general a la salud y de servicios sociales, contribuyendo a un servicio continuado e integral.
- Las estrategias preventivas y los mensajes son más efectivos cuando están adaptados a los diferentes grupos de población.

Niveles de Prevención:

NIVELES

Prevención Universal: Es aquella que va dirigida a todo el grupo diana en general, sin distinciones (ejemplo: chicos de 12 a 14 años).

Prevención Selectiva: Es aquella que va dirigida a un subgrupo de la población diana que tienen un riesgo mayor de ser consumidores que el promedio de las personas de esa edad. Se dirige, por tanto, a grupos de riesgo.

Prevención Indicada: Es aquella que va dirigida a un subgrupo concreto de la comunidad, que suelen ser consumidores o que tienen problemas de comportamiento. Se dirige, por tanto, a individuos de alto riesgo.

Los marcos teóricos de referencia

Las iniciativas de prevención del consumo de drogas tienen como objetivo modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida. Se apoyan, principalmente, en los siguientes fundamentos teóricos:

- **Modelo multidimensional:** Desde este modelo se contempla el fenómeno de las adicciones como una interacción entre las personas, las sustancias y el contexto. Estos tres elementos se encuentran

en constante evolución y la conjunción de los mismos va a determinar la mayor o menor presencia de consumos, las características de éstos y el tipo de consecuencias asociadas a los mismos (Triángulo de Zimberg, 1984). Bajo esta perspectiva, las actuaciones en adicciones han de contemplar las tres partes del triángulo que, combinadas entre sí, pueden explicar este fenómeno: sustancia o comportamiento adictivo, individuo y ambiente.

- **Modelo general subyacente:** El modelo teórico general subyacente se fundamenta en la etiología del consumo de drogas o del comportamiento adictivo que, de manera simplificada, podría resumirse en tres ejes básicos: 1) hay factores que facilitan el inicio y mantenimiento del comportamiento adictivo o del consumo de las distintas sustancias en unas personas respecto a otras, 2) hay una progresión del consumo de las drogas legales a las ilegales en una parte significativa de las personas que consumen las primeras respecto a las que no consumen, y 3) toda una serie de variables socio-culturales, biológicas y psicológicas modulan los factores de inicio, mantenimiento y progresión o no en el consumo de una a otras sustancias.

Teniendo en cuenta las cuestiones mencionadas anteriormente, se podría decir que la probabilidad de que una persona llegue a consumir drogas y pueda acabar desarrollando un consumo problemático o un comportamiento adictivo está íntimamente relacionada con los factores de riesgo y de protección que tenga. Se entiende por factor de riesgo las variables personales y socioculturales que aumentan la probabilidad de que una persona se inicie y/o progrese en el consumo de drogas o en el comportamiento adictivo. Por factor de protección, las variables de índole personal o social que protegen a las personas, reduciendo la probabilidad de inicio y/o progresión en el consumo de drogas o en el comportamiento adictivo. (Clayton, 1992).

Desde esta perspectiva, las intervenciones deberían estar encaminadas por un lado a minimizar los factores de riesgo y por otro a aumentar lo máximo posible los factores de protección. Varias investigaciones (Arbex, C., 2002; NIDA, 1997; Hawkins et al., 1992, entre otras) han hecho grandes esfuerzos por identificar y clasificar distintos factores de riesgo y protección en las siguientes categorías: personales, familiares, escolares, relacionales y comunitarios. La intervención preventiva se diseñará, por tanto, en función de los factores de riesgo y protección identificados en cada una de estas categorías.

- **Modelo ecológico:** Este modelo sostiene que el desarrollo de las personas es el resultado de la progresiva acomodación entre éstas (que están en continua acción) y los entornos inmediatos donde se mueven. Los niveles que influyen en el sujeto son: los microsistemas, el mesosistema, los exosistemas y el macrosistema (Bronfenbrenner, 1981). La influencia de los sistemas es dinámica y, dependiendo del momento evolutivo de las personas, tienen más importancia unos contextos u otros. Esta afirmación es fundamental para el diseño de actuaciones de prevención, ya que hay que asociar el peso de los factores de riesgo y protección a las etapas del proceso de socialización concreto en que se encuentra el sujeto (Gerstein y Green, 1993; Dishion et al., 1999; Cava et al., 2008).

4.2. El MBPS en el ámbito del Tratamiento y la Incorporación Social

En estos ámbitos, en el marco del modelo Bio-Psico-Social, las personas en tratamiento son agentes activos de su proceso terapéutico. El elemento de partida es la voluntariedad a la hora de iniciar su proceso y la idea de participación activa en el mismo, en un encuadre claro y aceptado de la metodología del tratamiento, sus objetivos y el marco normativo de convivencia.

Los componentes que constituyen el modelo responden, no tanto a la aceptación rígida de determinadas teorías o escuelas psicológicas como a la incorporación de las técnicas más útiles en cada momento y para cada persona, con los criterios de ajuste al modelo y su evidencia científica. Resulta, por tanto, un eclecticismo técnico y práctico: se pueden tener diferentes orientaciones teóricas y una gama de prácticas de diversas técnicas.

A este respecto, surge un movimiento más actual, integrador de la psicoterapia, que pretende, más que generar nuevos modelos teóricos, integrar elementos de los diferentes enfoques o escuelas psicológicas (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000). Para ello se plantean iniciativas en la línea de complementar teorías y enfoques epistemológicos, mediante la aplicación de un eclecticismo técnico (usar las técnicas eficaces sin atender a su origen teórico) o incluso seleccionar directamente qué perspectivas son útiles para qué tipo de problemas o diagnósticos. En este sentido, en el ámbito de los trastornos adictivos ya han surgido algunas iniciativas dignas de consultar, como la de Sánchez-Hervás et al. (2004), sobre la estructuración del “modelo integrado de intervención en adicciones” ix.

El modelo incluye las teorías cognitivo conductuales, técnicas de prevención de recaídas, terapia motivacional, apoyo social y la educación paralela tanto del paciente como de su familia. Además puede incorporar técnicas de terapias de tercera generación: Terapia de Aceptación y Compromiso y Mindfulness, entre otras. Cualquier técnica que haya demostrado su resultado en este campo de manera empírica. Tiene en cuenta también la neuropsicología, introduciendo técnicas de evaluación del deterioro de las funciones ejecutivas y su posterior rehabilitación.

Otro de los aspectos centrales del tratamiento es entender el síntoma «adicción» desde lo funcional y relacional. Se trata de intentar explorar los motivos psicológicos que han empujado a la persona al consumo de sustancias, de manera que se pueda modificar la dinámica psíquica subyacente. Analizar lo subjetivo de la queja de las personas es fundamental, puesto que a raíz de esbozar la hipótesis de trabajo se irán estableciendo paulatinamente diferentes objetivos de trabajo.

La Neuropsicología, la Medicina, la Psicoterapia y las Ciencias Sociales (combinadas) plantean importantes aplicaciones para la Intervención de las adicciones.

En cuanto a la parte más biológica, este modelo está basado en diferentes teorías como:

- Teoría del Sistema de recompensa.
- Teoría del Marcador somático.
- Neuroadaptación.
- Disfunción ejecutiva.

La metodología del trabajo terapéutico se enmarca en dos claves centrales: la ayuda mutua y una escala de valores apoyada en el respeto, la responsabilidad, la cooperación, el voluntariado, la confianza y la necesidad de comunicar y compartir. En las primeras fases se hace necesario el alejamiento del ambiente de la conducta adictiva y la responsabilización de los aspectos esenciales de su vida. Asimismo, se realizarán aprendizajes básicos de autocontrol y hábitos de vida saludable. Todo esto se realizará entendiendo el papel de la persona a tratamiento como protagonista de su propio proceso.

Los aspectos básicos de la metodología empleada son:

- Formación integral de las personas en las distintas áreas que constituyen su proceso: comportamental, cognitiva, afectiva y existencial.
- Individualización de procesos y seguimientos de los usuarios y sus familias.
- La autoayuda como eje de las relaciones de las personas en el proceso.
- Responsabilidad: hacerse responsables de todo aquello que hacen u omiten como motor de su crecimiento personal.
- Participativa: las personas usuarias tienen una función activa en el desarrollo de las actividades.
- Implicación y protagonismo de la familia en el proceso de cambio.
- Metodología grupal: el trabajo en grupo es una de las herramientas fundamentales y en las que se apoyan gran parte de las actividades.

Es un modelo psicosocial comprensivo que incluye multitud de elementos psicoterapéuticos y de apoyo social que han hecho de él un modelo integral de tratamiento con cabida para la introducción de tratamientos médico-farmacológicos y psiquiátricos. Entre otros elementos, incluye técnicas de prevención de recaídas, técnicas cognitivo-conductuales y un estilo terapéutico motivacional, distribuidos en una terapia intensiva adaptada temporalmente a las demandas y necesidades de las personas, a la que se añade el tratamiento de continuación y seguimiento necesario.

Proporciona sesiones multivariadas (individuales, familiares y de pareja, grupales educativas, grupales terapéuticas y de apoyo social) que proporcionan la base educativa y clínica (enseñanza y práctica de habilidades de afrontamiento e inoculación de estrés para aliviar el síndrome de abstinencia y ayudar al mantenimiento de objetivos de abstinencia, y participación en grupos de auto-ayuda). Está estructurado mediante la estandarización de las sesiones pero, al mismo tiempo, con la flexibilidad de ofrecer otras adicionales según las necesidades de la persona en tratamiento.

Entre los componentes fundamentales, para el diseño y puesta en marcha de la intervención, destacamos:

- Establecer una relación terapéutica motivacional, positiva y colaboradora con la persona.
- Desarrollo de un plan de abordaje y tratamiento individualizado, integral y realista, que cuenten con la participación de todas las personas implicadas (familiar, usuario, etc.).
- Realizar un trabajo psicoeducativo con usuarios /as, sus familiares, amistades y otras personas de su red social.
- Enseñanza, modelaje y entrenamiento en técnicas específicas.
- Refuerzo positivo de conductas deseables.
- Implicación familiar en el proceso.
- Participación en grupos de autoayuda.

En el ámbito de la Incorporación Social, entendida como proceso de socialización personalizado y flexible, constituido por acciones e intervenciones que pretenden implicar activamente, responsabilizar, promover y facilitar en las personas su autonomía, desarrollo y bienestar social, participación y capacidad crítica con su entorno y dirigido a la recuperación del autoconcepto de ciudadano/a. La referencia central que se asume desde Proyecto Hombre está vinculada al modelo de “Competencia Social” (López de Dicastillo, N. et al. 2004) Este modelo considera que las personas disponen de destrezas y habilidades propias, cuando se potencian estas habilidades se facilita el desarrollo y la incorporación social de las personas.

Las variables que contempla este enfoque son:

- **Variables conductuales:** Hacen referencia sobre todo a conductas y destrezas concretas, observables y operativas que pueden ser aprendidas.
- **Variables cognitivas:** Las fases para la resolución de conflictos — El conocimiento social — La adopción de perspectiva del otro (*role taking*) — Las atribuciones — Las metas — Las creencias de la legitimidad de una acción — El autoconcepto — Las expectativas.
- **Variables afectivas:** La expresión, comprensión y regulación afectiva. Variables temperamentales como la frecuencia, intensidad y estabilidad o inestabilidad emocional — La empatía.
- **Variables contextuales:** En el estudio de la competencia social tampoco debe olvidarse el papel relevante que juega el contexto, teniendo en cuenta a los diversos agentes de socialización: familia, ámbito laboral, red social, así como el «macrosistema», es decir, el conjunto de características de la cultura, definida por su sistema de valores.

5. El Equipo en Proyecto Hombre en el marco del Modelo Bio-Psico-Social

Del mismo modo que en la atención terapéutica/educativa y preventiva, admitimos el modelo biopsicosocial como marco, en lo referente al trabajo en equipo no puede ser de otro modo.

El modelo biopsicosocial nos ayuda a desarrollar el concepto del Equipo en Proyecto Hombre. Será el encargado de diseñar, desarrollar y evaluar las intervenciones terapéuticas, educativas y preventivas.

En Proyecto Hombre, como indicábamos anteriormente, la configuración del equipo tiene una razón de ser y lo interdisciplinar y la complementariedad cobran aquí todo su sentido.

El equipo en Proyecto Hombre es un equipo interdisciplinar que se configura como un grupo humano con una formación, unos saberes comunes y compartidos, con altos niveles de coherencia interna y externa. La intervención interdisciplinar se entiende no como compartimentos estancos, o como la fabricación en línea por la que una persona va pasando por distintos niveles o profesionales, sino como la suma de formaciones, experiencias y vivencias puestas al servicio de una forma muy concreta de atender a aquellos que demandan nuestra atención.

Trabajar en equipo exige un proceso de aprendizaje que abra posibilidades y motive un crecimiento y desarrollo de las competencias profesionales. El equipo se forma con la convicción de que las metas propuestas pueden ser conseguidas poniendo en juego los conocimientos, capacidades, habilidades, información y en general las competencias de las distintas personas que lo integran.

Es labor de nuestros equipos facilitar procesos de clarificación, crecimiento, posicionamiento, colaboración, coordinación y liderazgo que ayuden a las personas que están dentro de la organización a sentir que forman parte de la misma, como una forma de trabajo enraizada en los valores asumidos por la organización:

- Transparencia.
- Solidaridad.
- Humanismo.
- Compromiso.
- Responsabilidad.
- Respeto.

(Valores del Conjunto de la Asociación Proyecto Hombre, Plan Estratégico 2014-2016).

Medsker y Campion (1.993) presentan un modelo de trabajo en equipo vinculado con criterios de eficacia. Este enfoque proporciona importantes recomendaciones útiles para gestionar el diseño de equipos en las organizaciones.

Las características del trabajo en equipo se configuran, según el modelo, en cinco grandes dimensiones.

1. El diseño de la tarea.
2. Interdependencia.
3. Composición del equipo.
4. Formación.
5. Proceso.

A la luz de este modelo, entendemos que hay una serie de factores clave y que se agrupan en dos ejes fundamentales:

- Eje de Tarea.
- Eje de Mantenimiento.

Parece conveniente que los equipos acostumbren a evaluarse y, de este modo, comprender qué elementos son favorecedores de su funcionamiento como equipo, y en qué aspectos son débiles.

Estos ejes hacen referencia a atributos que, por una parte, están fuertemente asociados con el trabajo que el equipo debe realizar (conocimiento, habilidades, destrezas, organización) y que hacen referencia a la tarea y a las relaciones sociales entre los miembros del equipo. Por otra, están orientados al mantenimiento o a la creación de un equipo de trabajo.

Análisis Eje de Tareas

El propósito es hallar los factores que puedan ayudar a describir la realidad del equipo en relación con la tarea. Existen en este cuestionario seis factores interpretables:

1. **Organización del trabajo en equipo:** Describe la estructuración de la organización del equipo, clarificando funciones, usando eficazmente las reuniones y progresando. Ayuda a identificar la actividad y tareas, lo que proporciona significatividad a cada miembro.
2. **Indicadores de actuación:** Describe la dimensión autoevaluada del equipo. Un equipo que desee conocer y mejorar su funcionamiento requiere indicadores de su actuación de sus procesos y de sus resultados. Este factor coincide de nuevo con dimensiones resaltadas por la investigación como claves del funcionamiento de un equipo.
3. **Liderazgo:** Este factor está resaltado como esencial en el funcionamiento de un equipo. Los roles del líder serían el de impulsor, centrado claramente en la tarea y en la consecución de resultados, y el de coordinador, que ejerce un liderazgo combinando tareas y personas, y que ayuda a centrar al equipo en los objetivos importantes. Al mismo tiempo es capaz de obtener lo mejor de cada miembro, potenciando sus capacidades hacia la misión establecida.
4. **Implicación en la toma de decisiones:** Un equipo necesita sentirse implicado en la toma de decisiones. Para ello, tiene que participar en la misma y asumir lo decidido como propio.
5. **Consistencia del equipo:** Los miembros del equipo se sienten parte importante del mismo, hacen suyos los objetivos, valoran lo que hacen y su repercusión. Este tipo de conductas ofrecen al equipo consistencia.
6. **Responsabilidad compartida:** Recoge aspectos importantes como es la delegación por parte de la o las personas que sustentan el liderazgo de favorecer y potenciar al personal, compartir y tomar decisiones, distribuir el poder en lugar de concentrarlo en una única persona. En definitiva, de implicar a todos los miembros asumiendo y compartiendo las responsabilidades.

Análisis Eje de Mantenimiento

En toda actividad grupal, no sólo es necesario controlar los factores que hacen que las conductas del equipo en relación a la tarea se cumplan y se potencien, sino que también es necesario actitudes y conductas que promuevan las relaciones interpersonales, lo que se ha dado en denominar, mantenimiento del equipo.

1. **Implicación afectiva y disponibilidad hacia el equipo:** Es la disposición de los miembros a pertenecer al equipo, mostrando su ilusión, sus ganas de pertenecer al equipo, sintiéndose parte de una unidad mayor, creando un clima de escucha y resolución compartida en bien de un plan común. Un alto índice de un equipo en este factor es un indicador de su disposición y espíritu para trabajar en equipo.
2. **Clima estimulante y abierto:** Una elevada puntuación en este factor indica un equipo en el que existe entusiasmo por aquello que hacen, por los proyectos comunes, se sienten estimulados en decir lo que piensan, donde se afrontan abiertamente los conflictos, en síntesis, un clima donde existe la posibilidad de desarrollarse.
3. **Identificación con el equipo:** Una puntuación alta reflejaría que el equipo se percibe con estabilidad, que su acción tiene su razón de ser y que lo distingue de otros equipos, que muestra una actitud favorable hacia la tarea común, que percibe un estilo propio y un modo de actuar con el que se identifica.
4. **Apertura al diálogo:** Una puntuación elevada en el factor indica un equipo en el que se puede decir abiertamente las cosas que se deseen, en el que los diferentes miembros del equipo se sienten escuchados incluso en situaciones de conflicto, en definitiva, un equipo en el que sus miembros se sienten cómodos y reconocidos como personas.
5. **Vivencia y proyección como equipo:** Este factor sintetiza la idea de sentirse como equipo y vivenciarlo. A la par, existe la necesidad de tener impacto social, proveniente de su actividad, lo que refuerza y da sentido a sentirse miembro de un equipo.
6. **Identidad del equipo:** Podríamos definir la identidad en este caso como la igualdad entre lo que se es y lo que se busca. En otro factor hemos enunciado el término "identificación" como el proceso a través del cual cada miembro se sitúa o adhiere al equipo. La identidad diríamos que es previa. Los miembros perciben al equipo con identidad, es decir, lo distinguen de otros grupos y equipos sintiendo que tienen unidad y como tal actúan.
7. **Receptividad y reconocimiento:** Este factor recoge dos aspectos o matices distintos del mantenimiento de grupo. El primero hace referencia a la receptividad del equipo para escuchar verdaderamente a cada uno de sus miembros. Nos referimos a la empatía, al sentimiento de sentirse realmente escuchado. Los demás son capaces de comprender el punto de vista desde el que uno se expresa, independientemente de que no se esté de acuerdo. El segundo aspecto está vinculado con la motivación y el desarrollo profesional, que consiste en sentirse reconocido.
8. **Mejora continua:** La mejora continua se centra en el perfeccionamiento del equipo como tal y de sus miembros como personas, manteniendo el interés permanente por la formación y el desarrollo de las capacidades individuales y colectivas.

El proceso de asimilación e integración en el equipo de trabajo pasa por unas fases determinadas en las que se forma a las personas que se incorporan a la organización. La incorporación del personal que constituyen los equipos suele hacerse entre personas que conocen el método y el funcionamiento de los centros y que comparten la filosofía de los mismos. Este proceso incluye el paso por la formación común que permite que todas las personas compartan una misma visión.

La forma de participación en las tareas de equipo es democrática, aportando cada cual su formación, experiencias y capacidades. Esto se extiende también a la elección de las personas más adecuadas para ocupar los roles que implican mayor responsabilidad. Ésta se hace en base a la idoneidad de la persona para un puesto en un momento determinado, teniendo en cuenta no solo la formación, sino también las habilidades, liderazgo y relaciones establecidas dentro de los equipos y de la organización.

En nuestros equipos existen unas grandes líneas que podríamos resumir en:

- **Visión clara:** La visión ha ido en la prevención, intervención, rehabilitación e investigación de las adicciones, trabajando como una red de centros y programas, adaptando las actividades a las necesidades de cada contexto social. Para eso, ha sido fundamental en desarrollo de equipos conectados con sus diferentes realidades sociales y con sensibilidad ante los cambios y evoluciones.
- La organización y los centros han ido desarrollando planes y metas estratégicas al tener que adaptarse a las necesidades cambiantes de la población que atendemos.
- **Clima:** El clima que se promueve en Proyecto Hombre es cálido, de acogida y bienvenida a las personas que se acercan: personal técnico, usuarios y usuarias, voluntariado y familiares.
- **Interdependencia:** los equipos ofrecen un apoyo indispensable, un continente para las ansiedades y dificultades que maneja cada persona. En este sentido debe existir reciprocidad y deseo de compartir. El equipo genera sinergias y capacidades que cada cual por separado no podrían movilizar. La ayuda mutua y el compartir experiencias se convierten aquí en factores clave.
- **Complementariedad:** las capacidades de las personas que componen el equipo son complementarias, los trabajadores, colaboradores externos y voluntariado de Proyecto Hombre provienen de áreas diversas como la psicología, el trabajo social, la medicina, la educación social, la pedagogía, la abogacía, la administración; todo ello desde la perspectiva de que todos y todas tienen el mismo derecho a participar a ser escuchados/as y ser tenidos y tenidas en cuenta.
- **Base común:** todas las personas, a través de una formación como técnicos/as en adicciones deberán compartir las mismas premisas teóricas y metodológicas.
- **Comunicación Interna:** tiene un carácter transversal, implica a todas las personas, niveles y estructuras de la organización.
- **Visibilidad:** Como objetivo es importante trabajar la comunicación con los agentes externos a Proyecto Hombre, siendo prioritaria la proyección de una imagen congruente al trabajo que realizamos y a nuestra identidad como organización, imagen basada en la profesionalidad, la dedicación, la seriedad en los planteamientos, así como el trato dispensado a las personas usuarias. El trabajo en red, desde la perspectiva comunitaria, está integrado en la cultura de trabajo del equipo de Proyecto Hombre.
- **Liderazgo y Dirección:** el estilo de dirección en Proyecto Hombre ha ido evolucionando, desde el modelo tradicional fuertemente jerárquico, a una estructura más democrática y horizontal. La toma de decisiones se hace en reuniones en las que existe una persona responsable de la coordinación, con la tarea de asegurar el funcionamiento y de compartir la información. Podríamos hablar de responsabilidad compartida, ya que las personas del equipo toman la iniciativa en las partes del trabajo en la que se perciben más capaces y en la que los equipos cuentan con autonomía suficiente para tomar decisiones.
- **Roles:** en Proyecto Hombre hay una clara estructura y diferenciación de roles. El equipo entiende la necesidad de establecer diferentes puestos para repartir las funciones y responsabilidades. El establecimiento de roles permite que cada persona se perciba con mayor precisión y valore su aportación al centro. La participación y la aceptación por parte del equipo son importantes a la hora de establecer la idoneidad de las personas que ocupan esos roles.

Los criterios de constitución de los equipos, se mueven entre las exigencias planteadas por las administraciones y los criterios de idoneidad de los perfiles profesionales definidos por la organización.

- **Motivación del Equipo:** tiene que ver con el reconocimiento del buen hacer en la tarea, la participación, la propuesta de nuevos retos, la formación, la atención a los aspectos personales y al cuidado que el personal recibe de la organización y del resto de personas que la integran.
- **Formación:** es conveniente recordar que este proceso de revisión del Modelo de Proyecto Hombre, viene de la necesidad de establecer y redirigir los procesos formativos que tradicionalmente se han ofrecido. Desde Proyecto Hombre se busca una formación puntera en el campo de las adicciones desde la fundación de la Escuela de la Asociación Proyecto Hombre. En los últimos años, el Centro de

Formación plantea objetivos más ambiciosos, tanto en formación como investigación y gestión de la información, generada por el bagaje de 25 años de funcionamiento a la vanguardia del tratamiento y prevención de las adicciones.

En la formación es fundamental equilibrar el trabajo científico y técnico con los procesos de conocimiento y crecimiento personal.

Las personas que configuran los equipos de Proyecto Hombre, estarán en unos procesos de trabajo y de formación que propicien lo que recogió acertadamente Paulo Freire: “Formación científica, corrección ética, respeto a los otros, capacidad de vivir y de aprender con lo diferente, no permitir que nuestro malestar personal o nuestra antipatía con relación al otro nos haga acusarlo de lo que no hizo, son obligaciones a las que debemos dedicarnos humilde pero perseverantemente”. (Paulo Freire).

6. Referencias y Bibliografía

- Álvarez, J. N., Esteban R. y Sauvagnat, F. (2004). Fundamentos de Psicopatología psicoanalítica. Madrid, España: Ed. Síntesis.
- Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional de Drogas.
- Bertalanffy, L (1976). Teoría general de los sistemas. Ed: Fondo de Cultura Economica.
- Bisquerra, R (1998) Modelos de orientación e intervención psicopedagógica. Barcelona, Praxis.
- Borrell i Carrió, F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. Medicina Clínica; 119(5): 175-9.
- Casas, M., Duro, P., & Pinet, C. (2006). Otras Drogodependencias. En J. Vallejo Ruiloba (Ed.), Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría. Barcelona: Elsevier-Masson
- Casas, M. (2007). Hipótesis de la automedicación en drogodependencias. Psiquiatría. com, 2007. 11 (4).
- Comas, D. Rodríguez, G., Rodan G. (2010). La Metodología de la Comunidad Terapéutica. Fundación Atenea.
- Comas, D. (2010). Modelos de Intervención en Adicciones: La Lógica de las Políticas sobre Drogas. Revista Proyecto. 72: (15-21).
- Comisión de Prevención de la Asociación Proyecto Hombre (2013). Apuntes de prevención del consumo de drogas para el curso de Formación de Terapeutas.
- Desviat, M. (2007). Vigencia del modelo comunitario en Salud Mental: Teoría y práctica. Salud mental, comunitaria y cultura. Átopos. 3: 88-96.
- Durand-Dassier J, (1971). Psicoterapia sin psicoterapeuta. Madrid, España: Marova SI
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science, 196, 129-136.
- Engel G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry, 137, 535-43.
- Hall, W., Carter, C., & Forlini, C. (2015). The brain disease model of addiction: is it supported by the evidence and has it delivered on its promises? Lancet Psychiatry, 2, 105-110.
- Higgins, S.T., Heil, S. H. y Plebani, J. (2004). Clinical implications of reinforcement as a determinant of substance use disorders. Annual Review of Psychology, 55, 431-461.
- Juárez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. International Journal of Psychological Research, 4 (1), 70-79.
- Kuhn, T.S. (1962). The Structure of Revolutions. Chicago, IL: University of Chicago Press. Traducción de A. Contín (1971): La estructura de las revoluciones científicas. México D.F.: F.C.E.
- Larousse (2003). Diccionario de Psicología. Barcelona, España: RBA editores.
- Leshner AI. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. Science; 278 (5335): 45–47.

- López de Dicastillo, N., Iriarte, C. y González M. C. (2004). Aproximación y revisión del concepto «competencia social». *Revista española de pedagogía*, 62(227): 143-156.
- Marcelo, A. (1998) *Introducción a los Conceptos Básicos de la Teoría General de Sistemas*. Cinta de Moebio. Nº3. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile.
- Martín, E. (1995). De los objetivos de la prevención a la “prevención por objetivos”. En E. Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar (coord.), *Drogodependencias. 4. Prevención* (pp. 51-74). Santiago de Compostela: Servicio de publicaciones e intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Márquez, I. y Pérez del Río, F. (2012.). Atención al problema de las toxicomanías, pp 635. En. M. Desviat, A. Moreno (Eds.). *Acciones de Salud Mental en la Comunidad*. Madrid, España: Asociación Española de neuropsiquiatría.
- Champion, M. y Medsker, G. (1992). Job and team design. En Salvendy, G (Ed.), *Handbook of Industrial Engineering: Technology and Operations Management*. New York: Wiley.
- Champion, M., Medsker, G. y Higgs A. (1993). Relations between work group characteristics and effectiveness: Implications for designing effective work groups. *Personnel Psychology*, 46, 823-850.
- Molina Fernández, A. J. (2011) El método de Comunidad Terapéutica para drogodependientes: un análisis desde las Ciencias Sociales. *Adicción y Ciencia* (1)-4.
- Molina Molina, M^a L y Romero Saint Bonnet, M^a C (2004) *Modelos de intervención asistencial, socioeducativa y terapéutica en Trabajo Social*.
- Nowlis, H. (1975). *La verdad sobre la droga: la droga y la educación*. París: Unesco.
- Peña Delgado, J.I., Cortés Robres, L. (1999). Corrientes Psicológicas presentes en Proyecto Hombre. 29: 8-14
- Pérez del Río, F. (2011). Estudios sobre adicciones. (119-120).
- Sanchez-Hervás E., Tomás Gradoli V., Morales Gallis E. (2004). Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Revista Trastornos adictivos*. 6 (3), 159 – 166.
- Urien, B. & Osca A. (2013). *Competencias para el trabajo en equipo*. UNED.