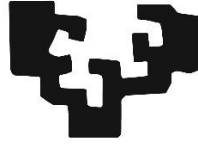


eman ta zabal zazu



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea

**DROGA MENPEKOTASUNA DUTEN
PERTSONENTZAKO BIRGIZARTERATZE ETA
BERRERORTZEAK SAIHESTEKO PREBENTZIO
ESTRATEGIAK**

Gradu Amaierako Lana

Kriminologia Gradua

2023/2024

Egilea: Noa Fonseca Gonzalez

Zuzendaria: Leire Berasaluze Gerrikagoita

Laburpena:

Droga menpekotasunaren eta adikzioen fenomeno sozialek gizartean kezka edota egonezina sortzen dute. Lan honetan fenomeno hori aztertzen da, baina, zehazki, droga menpekotasuna duten pertsonen aplikagarri diren prebentzio eta birgizarteratze estrategiak. Birgizarteratzea, zein prebentzioa funtsezko faktoreak dira droga menpekotasunen esku hartzea burutzerakoan; izan ere, horiek eragina izan dezakete kontsumotik urrundutako bizitza garatzerakoan. Hori dela eta, lanaren helburu nagusia menpekoei aplikatu ahal zaizkien birgizarteratze eta berrerortzeak saihesteko prebentzio estrategiak aztertzea eta kritikatzeko da. Horretarako, ez dira bakarrik estrategiak aztertuko, hala nola menpekotasuna gainditzeko eskuragarri dituzten programak edota tratamenduak ere ikertuko dira.

Hitz gakoak: berrerortzea, birgizarteratzea, laguntza sarea, prebentzioa, menpekoa

Resumen:

Las adicciones y las drogodependencias son fenómenos sociales que crean cierta preocupación en la población. En el presente trabajo se analiza dicho fenómeno, pero se centra esencialmente en las estrategias de prevención y de reinserción aplicables a personas drogodependientes. Tanto la prevención como la reinserción son factores clave a la hora de tratar cualquier drogodependencia, ya que pueden llegar a favorecer el desarrollo de una vida alejada del consumo. Por ello, el principal objetivo de trabajo es analizar y criticar las estrategias aplicables a estos. Para ello, no solo se analizarán las estrategias, sino que también se analizaran otros factores como los programas o tratamientos que pueden realizar para superar la dependencia.

Palabras clave: recaída, reinserción, red de apoyo, prevención, dependiente

AURKIBIDEA:

I. SARRERA	5
II. MARKO TEORIKOA	7
1. Droga menpekotasunaren inguruko hainbat definizio.....	7
1.1. Drogak.....	7
1.2. Erabilera eta abusua.....	9
1.3. Menpekotasuna.....	10
1.4. Abstinentzia.....	11
1.5. Tolerantzia.....	12
2. Droga menpekotasunaren bilakaera historikoa Espainian.....	13
2.1. Heroina Euskal Autonomia Erkidegoan	17
3. Arrisku eta babes faktoreak.....	21
3.1. Arrisku faktoreak.....	22
3.2. Babes faktoreak	24
III. Droga menpekotasuna gaur egun	26
1. Programa mota	28
1.1. Kalteak murrizteko programak.....	29
1.2. Errehabilitazio programak	34
2. Programen aplikazio esparrua	39
2.1. Borondatezko programak	39
2.2. Agindu judizial baten ondorioz jasotako tratamendua	45
3. Prebentzio estrategiak	47
3.1. Berrerortzeak saihesteko estrategiak	48
3.1.1. Berrerortzea definizioa	50
3.1.1.1. Berrerortzea eta erortzearen arteko desberdintasunak	52
3.1.1.2. Berrerortzetan ematen den prozesua	53
3.1.1.3. Berrerortzean eragiten duten faktoreak	55
3.1.2. Berrerortzeak saihesteko estrategiak	57
4. Birgizarteratze estrategiak.....	65
4.1. Birgizarteratze prozesua	69
4.2. Birgizarteratze prozesuan eragina izan dezaketen faktoreak.....	70
4.3. Birgizarteratze estrategiak	75
4.3.1. Birgizarteratze soziala eta lan arloko programak	75
4.3.2. Laguntza sareak sustatzeko estrategiak	77

IV. DROGA MENPEKOTASUNAREN ESPARRUAN APLIKAGARRI DEN LEGE TESTUINGURUA.....	81
V. DROGA MENPEKOTASUNA ETA HORREN TRATAMENDUAREN PERSPEKTIBA ENPIRIKOA.....	85
1. Birgizarteratzearen inguruko elkarrizketa.....	85
2. Prebentzio estrategien inguruko elkarrizketa	91
VI. ONDORIOAK	95
VII. BIBLIOGRAFIA.....	108
VIII. ERANSKINAK.....	119
1. Burututako elkarrizketen transkripzioak	119
1.1. Birgizarteratze Estrategiak (elebiduna)	119
1.2. Prebentzio Estrategiak (Gaztelerazkoa).....	128
2. Elkarrizketetarako baimen sinatuak	135
IX. TXOSTEN TEKNIKOA.....	137

I. SARRERA

Droga menpekotasuna ez da fenomeno berri bat, nahiz eta denborarekin eraldatuz joan den, urteetan zehar belaunaldiz belaunaldi pasa izan den kezka soziala da. Hori dela eta, gure gaur egungo gizartean, hainbat telesail eta filmei esker, ezagunak egin dira drogaren ondorioz galdu edota desagertu diren belaunaldiak edo lagun-taldeak, baita denboran zehar fenomenoaren aurka lan egiteko sortutako mugimendu sozialak edota estrategia planak.

Hori dela eta, lan honen helburua droga menpekotasuna pairatzen duten pertsonentzako prebentzio eta birgizarteratze estrategiaren analisi bat burutzea da. Gaur egun, droga edota sustantzia batekiko menpekotasuna duten pertsonak horren kontsumoa eta menpekotasuna gainditzeko hainbat baliabide dituzte. Hain zuzen ere, zerbitzu horietako batzuk dohainik eskaintzen dira; beraz, teoriarik, edonork izan beharko luke droga menpekotasunari aurre egiteko aukera edo baliabide nahikoak.

Hala ere, droga menpekotasuna landu ostean birgizarteratzerako momentuan hainbat arazori edo oztopori aurre egin behar diete, ez soilik beraiek izan dezaketen erronka edo muga pertsonalak, baita gizarteak era batera edo bestera jartzen dietenei ere. Izan ere, gizarteak ikertuz gero ikus daitezke gizartean estereotipo desberdinak daudela droga menpekotasunaren inguruan eta bereziki hura jasaten duten pertsonengan.

Droga menpekotasunari aurre egiteko prozesu zabal bat burutu behar da, baina prozesu hori ez zaio amaiera ematen pertsona hori birgizarteratzen den arte, berriro gizartearen parte den arte. Izan ere, droga menpekotasuna zuten pertsonak bazterketa bat jasan izan behar dute denboran zehar, baita gaur egun ere. Bazterketa horrek egoera zaugarri batean kokatu ditu non birgizarteratzea aurrera eramatea zaila izan daiteke.

Bestalde, droga menpekotasuna lantzerakoan prebentzioa lantzeko beharra agerian geratzen da; izan ere, menpeko batek abstinente mantentzeko erabakia hartuz gero, berrerortzeak saihestu beharko dira, adibidez, baina berrerortzeko arriskua beti dago. Hau da, zaila izaten da menpekotasuna eragiten duten patroiekin amaitzea eta horiek ez errepikatzea, nahiz eta tratamendu psikologiko bat jaso. Berrerortzeak beraien birgizarteratze prozesua zaildu, oztopatu edo eten dezakete eta menpekotasunean zehar eramandako bizi modura bueltatu daitezke.

Era berean, berrerortzeak nahiz eta programa osoan eman ahal diren, birgizarteratze fasean beraien errealitatearekin edota beraien mugekin erlazionatutako berrerortzeak izan daitezke. Ondorioz, birgizarteratzean ere prebentzioa landu beharko da; beraz, ikertu nahi diren gaiak erlazionatuak daude.

Hori dela eta, lanean zehar prebentzio eta birgizarteratze estrategiak aztertuko dira. Estrategien bitartez berrerortzeak saihesteko metodoak edota gizarteratzeko erabili daitezkeen metodo desberdinak aurkeztuko dira. Azterketa hori ikerketa edota gaien inguruan aurkitu daiteke bibliografiaren berrikusketaren bitartez burutuko da.

Horretarako, lana atal desberdinetan banatu da. Alde batetik, droga menpekotasunaren fenomenoan kokatzeko gaiarekin lotura duten hainbat terminoren definizioa emango da, hau da, lanean zehar droga menpekotasunarekin zerikusia duten hainbat hitz erabiliko dira eta horien definizioa emango da.

Bestalde, fenomenoaren bilakaera historikoa aztertuko da, bai Espainia mailan, bai Euskal Autonomia Erkidegoan. Bilakaera historikoa aztertuz ikusi nahi da fenomenoak izan duen eraldaketa; izan ere, drogaren egoera ez da berdina 70ko hamarkadan edo azkeneko urteetan. Bilakaera historikoan zehar kontsumo patroien aldaketa antzemango da eta era berean menpekotasuna zuten pertsonen profilaren aldaketa antzemango da.

Era berean, gaur egun ematen diren programa motak aztertuko dira. Berez, programak menpekotasuna gainditzeko beharra asetzeko funtzioa dute. Hortaz, menpekotasun hori jasaten duten pertsonen profila aldatzen bada programak profil berrien behar desberdinei moldatu beharko da. Hau da, ez dira programa motak berdinak izango 80ko hamarkadan zeudenak edo gaur egun daudenak. Programak aztertzeko bereziki Euskal Herrian aurkitu daitezkeenak kontuan hartuko dira. Ildo beretik, programen aplikazio eremua aztertuko da. Izan ere, ez da berdina borondatez aurkeztea edota kartzela sistemaren erabiltzaile bezala aurkeztea.

Gorago adierazi bezala, menpekotasuna gainditzeko prozesutik prebentzioan eta birgizarteratzean jarriko da fokua lanean zehar. Horretarako, bai birgizarteratze zein prebentzio estrategiak aztertuko dira. Prebentzioari dagokionez, bereziki arreta jarriko da berrerortzea saihesteko estrategiei, nahiz eta beste batzuk garatu. Bestalde, birgizarteratzeari dagokionez, alderdi desberdinak aztertuko dira, hala nola, gizarte-laguntzako sareak sustatzeko estrategiak, adibidez.

Era berean, lanean azaldutakoa errealitatearekin alderatzeko edota errealitatean nola ematen den ikusteko alderdi enpirikoa garatuko da, non Gizakia Helburuko langileen eskutik droga menpekotasuna duten pertsonen errealitatea ezagutuko den.

Droga menpekotasunean, beste hainbat fenomenoetan bezala, lege testuinguru bat ematen da. Hau da, gure legedian era batean edo bestean arautu egiten da. Kriminologiak jakintza-alor anitzak jasotzen dituenez, fenomeno hau ikuspuntu kriminologiko batetik ulertzeko legedia kontuan izan behar dugu.

Azkenik, lanean zehar ateratako ondorioak jasoko dira. Ondorioen helburua lanean zehar landuko den gaiaren ekarpen pertsonal bat burutzeta da, Kriminologiako graduan zehar jasotako ezagutzak kontuan izanda.

Hala ere, une oro kontuan izan behar da lana soilik sustantzia batekiko menpekotasuna duten pertsonen mugatuko dela; izan ere, portaerekin erlazionatutako menpekotasunak ez dira aztertuko, nahiz eta adierazitako estrategiak horientzat aplikagarriak izan ahal diren portaeren adikzioen esku hartzea desberdina izan daiteke eta birgizarteratzea edota prebentzioa mendekotasun horrek dituen elementuei egokitua egon beharko litzateke.

II. MARKO TEORIKOA

1. Droga menpekotasunaren inguruko hainbat definizio

Nahiz eta gaur egun droga menpekotasuna ezaguna den, garrantzitsua da horren inguruan ikertzerakoan hainbat elementuren definizioa argi izatea. Atal honetan, drogaren definizioaz gain erabilera eta abusua, menpekotasuna, abstinentsia eta tolerantzia landuko dira. Termino horiek lanean zehar erabiliko dira.

1.1.Drogak

Osasunaren Mundu Erakundeak¹ honela definitzen du droga terminoa: “*organismo bizi batean sartuta, bere funtzio fisiko bat edo batzuk alda ditzakeen substantzia oro*”. Ildo beretik, droga pertsona baten funtzio biologikoa aldatzen duen substantzia kimikoa bezala definitua izan da. Hau da, bi definizioetan sar daitezke gaixotasun arruten aurka erabiltzen diren botikak (Sansinenea Mendez, Soroa Martinez , & Machimbarrena Garagorri , 2022, or. 18).

¹ Aurrerantzean OME

Hala ere, droga terminoa errealitatea aldatzeko gaitasuna duen substantzia gisa ere definitu da; hau da, giza fantasiari mesede egiten dion edo gizaki baten eguneroko existentziatik ihes egiten duen substantzia gisa (Fernández & Martín del Moral, 2009, or. 3). Gizakiak, bere bilakaeran zehar, bere nortasun propioa eratzen du, eta, neurri batean, une horretan bizi duen errealitateak baldintzatzen du; definizio horren arabera, droga pertsona baten errealitatea aldatzeko gaitasun nahikoa duen substantzia da, pertsona horren existentziatik eta aurkitu ditzakegun zailtasunetatik ihes eginez. Ramosek (2010, or. 8) honela definitzen du droga terminoa: *“edozein bide erabiliz organismoan sartzen den substantzia oro, gizabanakoaren nerbio-sistema zentralaren funtzionamendu naturala aldatzen duena eta, gainera, mendekotasun fisikoa, psikologikoa edo biak sor ditzakeena”*.

Droga mendekotasunari dagokionez, Fernandezek eta Martin del Moralek (2009, or. 3) honela definitu dute droga terminoa: *“ekintza indartu positiboa duten substantzia psikoaktiboak, mendekotasun psikologikoa eta fisikoa sortzeko gai direnak eta, kasu askotan, narriadura psikoorganiko eta portaera sozial larria eragiten dutenak”*. Hau da, droga menpekotasunaren esparruan, drogatzat hartzen dira sari-sisteman errefortzu positibotzat hartzen diren substantziak, kontsumo hori atsegintzat hartzen dutenak eta, horregatik, ekintza errepikatzen dutenak; mendekotasun fisikoa edo emozionala izateko puntu bat iristen da, eta, horrela, haien gizarte-jokabidea hondatzen da eta haien bizitza baldintzatzen da.

Drogen inguruan hitz egiten dugunean garrantzitsua da gaur egun drogen inguruan erabiltzen den sailkapena argi izatea. Alde batetik drogak instituzionalizatuak eta instituzionalizatu gabeak bezala sailkatu ahal ditugu, baina orokorrean, azkenaldiko literaturan hiru talde nagusietan sailkatuak izan dira (Molina Mansilla, 2008, or. 16)

Lehenengo taldean, droga lasaigarriak daude Sistema Nerbioso Zentralean depresioa sustatzen dutenak. Horien barruan, alkohola, opiazeoak (morfina, heroina eta metadona) eta lasaigarri txikiak (barbiturikoak, benzodiazepinak eta hipnotikoak) daude. Ondoren, bigarren taldea, estimulagarriak, Sistema Nerbioso Zentralea estimulatzen egiten da. Horien artean, kokaina, anfetaminak edota nikotina aurkitzen dugu. Azkenik, hirugarren taldean droga psikodelikoak kokatzen dira, horiek gizakia bere ohiko kontzientzia egoeratik ateratzen ditu, askotan haluzinazioak eraginez. Horiek THCa (edo cannabisa), MDMA, LSDa, psilozibina edota ketamina dira (Sansinenea Mendez, Soroa Martinez , & Machimbarrena Garagorri , 2022, or. 63-81).

1.2. Erabilera eta abusua

Erabilera eta abusuaren artean desberdintasun argi bat izatea guztiz beharrezkoa da; izan ere, erabilerak ez du zertan ondorio negatiboak sortu behar kontsumitzailean edota sortutako ondorio negatiboak ez dira zertan nabarmenak izan behar, baina abusuaren, aldiz, kontsumoaren ondorioz agertzen diren ondorio negatiboak nabarmenak izaten dira (Becoña Iglesias, et al., 2011, or. 24).

Beraz, erabilera eta abusua ondo desberdintzeko kontsumoaren maiztasuna, kontsumitzen den drogaren kantitatea eta kontsumitzen duen subjektuaren egoera fisikoa eta soziala kontuan hartu behar da. Honen arabera, erabileran kontsumoaren maiztasun orokorrean noizbehinkakoa izaten da eta kantitatea drogaren arabera aldatuz joaten da; hala ere, subjektuaren egoera fisikoan edo sozialean ez dira ondorio negatiboak hautematen. Gainera, erabileran menpekotasunarekin zerikusia duten bestelako fenomenoak (tolerantzia edota abstinentsia, adibidez) ez dira ematen (Ramos, 2010, or. 9). Era berean, Fernández eta Martín del Moralen (2009, or. 4) arabera erabileran ondorengo mota desberdinak aurkitu daitezke:

- a. Erabilera ez onartua: substantzia baten kontsumoa legalki zigortuta dagoenean
- b. Erabilera arriskutsua: ez da zertan legalki zigortua egon behar, baina sustantziaren kontsumoa momentu desegoki batean ematen da (gibela gaizki izanda, alkohola edaten denean, adibidez)
- c. Erabilera mingarria: sustantzia baten erabilera pertsonak sustantzia horrekiko duen tolerantzia gutxitzea egiten du.
- d. Disfuntzio bat sortzen duen erabilera: pertsona baten funtzionamendu pertsonal, psikologiko eta soziala aldatuta suertatzen da sustantzia baten kontsumoagatik edo kontsumoaren gehiegikeriagatik.

Bestalde, abusua pertsona baten osasun mentala, fisikoa edota ongizate sozialean eragin negatiboa duen edozein kontsumo negatiboa bezala definitua izan da; hau da, abusuaren sustantzia kontsumitzen duen pertsonarengan ondorio negatiboak nabarmentzen hasten dira eta modu batera edo bestera kontsumoaren efektu negatiboak positiboak baino handiagoak dira (Fernández & Martín del Moral, 2009, or. 4-5). Abusuari dagokionez, DSM-5an sustantzia psikoaktiboen abusuaren ondorioz sortutako nahasmenduaren irizpideak jasotzen dira, baina erabileraren kasuan ez da inolako nahasmendurik aurkitu.

Bi termino horietaz gain, ohitura terminoa azaldu behar da. Izan ere, ohiturak sustantzia bat kontsumitzeko nolabaiteko patroia bat sortzen du (Fernández & Martín del Moral, 2009, or. 4). Hortaz, pertsona batek bere egunerokotasunean lanetik ateratzerakoan garagardo bat edateko ohitura hartuz gero, momentu batean garagardo horren desira garatuko du, baina desira hura ez du bere bizitza baldintzatuko. Kontsumo hori zenbat eta gehiago errepikatuz abusu bat garatzeko arriskua sortzen da, non, bertan, pertsonaren bizitza edota alderdi sozialak sustantziaren kontsumoaren inguruan baldintzatutako izaten hasiko diren Egoerak hala jarraituz gero, pertsona menpekotasun fisiko edo psikologiko bat garatu dezake sustantziarekiko.

1.3.Menpekotasuna

1982an OMEk menpekotasuna, garrantzitsuak diren jokaeren aurrean, substantzia psikoaktibo bat edo batzuk kontsumitzeko lehentasuna aurkeztzen duen jokaeran oinarritutako sindromea bezala definitu zuen. Hau da, menpekotasunean substantzia kontsumitzeko nahia edo beharrak lehentasun berezi bat jasotzen du eta lehenago horren ordezturuz zituen portaerak nolabaiteko bigarren plano batera mugitzen dira (Fernández & Martín del Moral, 2009, or. 5).

Era berean, beste aditu batzuek menpekotasuna portaera zehatz bat aurrera eramateko premia larria bezala definitzen dute, subjektuek portaera horren bitartez euforia, gozamena edota bestelako sentazio atseginak sentitzen dituzte, nahiz eta jakin portaera horrek epe luzera edota erdira efektu negatiboak sortu hainbat esparrutan (Ramos, 2010, or. 9-10). Hau da, subjektuak epe motzera efektu positiboak lortzen ditu kontsumotik, nahiz eta jakin epe luzera efektu negatiboak jasango dituela; momentuan lortuko dituen efektu positiboek denbora pasa eta gero izango dituen efektu negatiboek baino garrantzia handiagoa ematen die.

Menpekotasunaren kasuan, gerta liteke kontsumoa une zehatz batzuetara mugatuta egon izana, noizbehin kontsumitzen hastea, baina erabileraren ondorioz sortutako ohiturarengatik kontsumoaren abusu bat garatzera irits daiteke. Abusu horretan oinarrituta substantzia eta horren kontsumoa pertsonaren bizitzan geroz eta garrantzia handiagoa lortzen joan daiteke eta, ondorioz, sustantziaren kontsumoa pertsonaren bizitzako ardatz nagusia bihurtu daiteke, non bere bizitzak kontsumo horrekiko biratzen duen.

Gainera, menpekotasunaz hitz egiterakoan mota desberdinak daudela kontuan hartu behar dugu. Orokorrean gehien ikertutakoak menpekotasun fisikoa eta psikologikoa dira; hala ere, adierazi behar da azkenaldian adituak menpekotasun sozialaren inguruan hitz egiten hasi direla (Fernández & Martín del Moral, 2009, or. 6).

Menpekotasun fisikoari dagokionez kontuan izan behar dugu, organismo bat bere barnean sustantzia bat edo gehiagoren presentzia jarraitura ohitu egiten dela eta, ondorioz, bere funtzionamendu normala aurrera eramateko sustantzia hori behar duela (Sansinenea Mendez, Soroa Martinez, & Machimbarrena Garagorri, 2022, or. 23). Hau da, alkoholiko baten kasuan bere gorputza alkohol maila zehatz bat behar du bere odolean pertsonaren funtzionamendua normala izateko. Hortaz, kontsumoa eteten denean pertsonak abstinentsia pairatu dezake edota egoera fisiko zein psikologiko jasanezinak bizi.

Menpekotasun psikologikoa droga kontsumoa burutzen duen pertsonak sustantziak kontsumitzeko duen behar psikologikoa da. Hau da, bulkada psikiko bat ematen da non sustantziaren administrazio erregularra edo jarraitua eman behar da pertsona ondo egoteko edota kontsumoaren etete laburrak sortutako ezinegona eteteko (Ramos, 2010, or. 10).

Gainera, menpekotasun fisikoa eta psikologikoa ez dira zertan batera agertu behar; pertsona batek substantzia batekiko menpekotasun fisikoa garatu dezake, baina ez psikologikoa eta alderantziz.

Bestalde, menpekotasunari dagokionez, substantziekiko menpekotasun nahasmendua aurkitu dezakegu DSM IV TR-an eta bertan irizpide diagnostikoak kokatzen dira.

1.4. Abstinentsia

Esan dezakegu abstinentsia kontsumitzen den substantziaren kontsumoa eteten denean agertzen den fenomeno dela. Hala ere, aditu desberdinek era desberdinetara definitu dute. Esate baterako, abstinentsia kontsumitzen den droga administratzen uzten denean eta, ondorioz, droga-organismo harreman hori hausten denean ematen den sindromea bezala definitua izan da (Ramos, 2010, or. 10).

Bestalde, droga menpekotasunaren inguruan literatura irakurtzen denenean ikus daiteke askotan abstinentsiaren ordeztu abstinentsia sindromearen inguruan hitz egiten dute. Sindromea sintoma fisiko eta psikikoetan osatuta dago, eta horien intentsitatea edota

iraupena subjektuak kontsumitzen zuen drogaren araberakoa da, baina, orokorrean, sindromearen koadroa kontsumoa eten eta gero ordu gutxietara agertzen da (Becoña Iglesias, et al., 2011, or. 34).

Abstinentzia sindrome desberdinak daude, baina lehenengo kontuan izan behar dugu kontsumitzen den substantzia bat batean eteten denean ematen den abstinentzia sindromea ezabatzearengatiko abstinentzia sindromea da eta, aldiz, kontsumitzen zen substantziaren substantzia antagonista bat kontsumitzen bada abstinentzia sindrome prezipitua ematen da (Fernández & Martín del Moral, 2009, or. 9).

Hala ere, mendekotasun psikologikoarekin erlazionatutako abstinentzia sindromeak abstinentzia sindrome berantiarra eta baldintzatutako abstinentzia sindromea dira. Lehenengoa, kontsumoa utzi eta egun gutxietara ager daiteke eta sintomak hilabeteak iraun dezakete, hala ere, sindrome honen ezaugarri berezia subjektuak egunero substantziaren kontsumoa gogoratzea da; izan ere, egunero gogora dezake kontsumoarekin izan dituen esperientziak eta horien falta somatu dezake, berrerortzeko arriskua handituz. Bestalde, bigarrena, kontsumitu gabe hilabeteak edota urteak daraman droga menpekotasuna zuen pertsonetan agertzen da eta horren agerpena menpekotasunarekin erlazionatuta dauden estimuluak ikusten dituelako izan daiteke eta, ondorioz, droga kontsumitzeko desira piztu egiten da berriro, batzuetan jasanezina den behar bat sentituz (Fernández & Martín del Moral, 2009, or. 13).

1.5.Tolerantzia

Tolerantzia substantziaren efektuen txikiagotzea bezala definitua izan da, hau da, droga baten kontsumo errepikakorren ondorioz pertsonaren gorputzak substantziaren efektuetara ohitu egiten da eta ondorioz dosiak pixkanaka igotzen ditu desiratutako efektuak lortzeko (Becoña Iglesias, et al., 2011, or. 34). Beste modu batera esanda, tolerantzia organismo batek substantzia batera duen ohikuntza prozesua da (Ramos, 2010, or. 10).

Tolerantzia kontsumitzen den substantziaren, kontsumo patroien eta pertsona bakoitzaren banakako ezaugarrien arabera aldatu egiten da; beraz, pertsona orok ez du tolerantzia bera substantzia berarentzat (Sansinenea Mendez, Soroa Martinez , & Machimbarrena Garagorri , 2022, or. 20).

Tradizionalki tolerantzia fisikoaz eta psikologikoaz hitz egiten da. Hala ere, lanean tolerantzia motak azaltzerakoan banakako eta substantziaren ikuspegitik egingo da. Banakako ikuspegitik bereziki jatorrizko tolerantzia, subjektuak substantziarekiko duen sentsibilizazioa lehenengo administratziotik gutxitzen denean da; eta eskuratutako tolerantzia daude. Eskuratutako tolerantziari dagokionez hura farmako-zinetikoa, tolerantzia drogaren kontsumo errepikatuaren ondorioz substantziaren metabolismoaren ematen diren aldaketen ondorioz agertzen da; farmako-dinamikoa, substantziaren kontsumoaren ondorioz eragin negatibo bat jasan duten sistema biologikoetan aldaketa bat ematen denean agertzen da; eta, azkenik, ikasia, mekanismo orekatzailak sortzen dira drogaren efektuak organismoan erregulatzeko eta ondorioz tolerantzia agertzen da, ematen dira (Fernández & Martín del Moral, 2009, or. 14-15).

Substantziaren ikuspegian, tolerantzia akutua, denbora tarte labur batean droga baten kontsumo errepikatuaren ondorioz hartzen den dosi bakoitzean erreakzioa txikiagoa izaten da; alderantzizko tolerantzia, kontsumo errepikatu batean ohiko tolerantzia garatu ordez kontrakoa gertatzen da eta dosi txikiekin efektu handiagoak lortzen dira; edota tolerantzia gurutzatua, kontsumitu ez den substantzia batekiko tolerantzia garatzea da hura normalean kontsumitzen den substantziarekin antzekotasun kimikoak dituelako; agertzen dira (Sansinenea Mendez, Soroa Martinez , & Machimbarrena Garagorri , 2022, or. 21).

2. Droga menpekotasunaren bilakaera historikoa Espainian

Drogen kontsumoa gizakiak agertu baino lehenagora mugatu daiteke, hau da, landare batzuk harrapakariengan eragina izan ahal zuen sustantziak botatzen zituzten haietatik defendatzeko, baina harrapakariengan zuten eragina gustukoa zenez substantzia horiekiko erakarpina garatzen amaitu zuten eta hori gaur egungo errealitateraino garatzen joan da (Sansinenea Mendez , Soroa Martinez , & Machimbarrena Garagorri, 2022, or. 11).

Hala ere, atal honetan drogen kontsumoa eta droga menpekotasunak azken ehun urteetan, gutxi gorabehera, izan duen bilakaeran jarriko dugu arreta. Izan ere, drogen kontsumoa, historikoki, onartua izan da gizartean, baina XX mendetik aurrera kontsumoaren edota menpekotasunaren beste ikuspegi bat garatu da (Molina Mansilla , 2008, or. 2). Hau da, Espainiako gizartean hainbat drogen kontsumoa onartua izan da,

tabakoaren kasuan adibidez, baina azken urteetan drogen kontsumoari edota menpekotasunari eman zaion ikuspegia aldatzen joan da arazo bat bezala ikusi arte.

Hori dela eta, hasteko, 20. hamarkadan jada kokainaren kontsumoa ezaguna zen goi mailako talde artistiko edota intelektualen artean. Hala ere, kokainaren kontsumo hura ez zen hamarkada horretan hasi; izan ere, jada 1917. urtean Donostian José María de Santiago-Concha y Vázquez de Acuña izeneko markes bat hil egin zen kokaina, morfina eta alkohol gaindosi baten ondorioz (Usó Arnal, 2014, or. 106-107). Beraz, hamarkada berean, opiazeoetatik deribatutako beste hainbat sustantzien kontsumitzaileak ezagutzen ziren. Izan ere, substantzia horiek lortzea oso erreza zen, farmazietan saltzen zirelako, baina 1928an Estatuan estupefazianteen banaketa eta salmenta murrizteko oinarriak jasotzen zituen legea onartzearen ondorioz opiazeoetatik deribatutako sustantzien salmenta mugatu egin zen, horien kontsumoa zailduz (Pere Martínez Oró, 2019).

30. hamarkadan kontuan izan behar da Espainiako Gerra Zibila (1936-1939) hasi eta amaitu egiten dela. Gerra Zibilean zehar soldaduen artean anfetaminen erabilera zabaldu zen; izan ere, horiek nekeari eta beldurrari aurre egiteko erabiltzen zituzten. Hala ere, Gerra Zibila baino lehen heroinaren erabilera orokortu zen Espainiako Estatuan (Molina Mansilla , 2008, or. 9). Beraz, hamarkada horretan heroina eta anfetamina izango dira gizartean nabarien diren legez kanpoko drogak, hau da, adierazitako mende guztietan alkohola eta tabakoa presente egongo dira gizartean, baina horiek onartutako sustantziak izango dira.

Lehenago adierazi bezala, Gerra Zibilean heroina eta anfetaminaren erabilera zabaldu egin zen soldaduei beraien lana burutzen laguntzen omen zirelako. 40 eta 50. Hamarkadei dagokionez, frankismoaren lehenengo urteetan zehar kokainaren, morfina, anfetaminen eta alkoholaren erabilera ez ziren gaizki ikusten. Beti ere horien erabilera arazotsua ez zen bitartean (San Narciso, 2021, or. 246).

60. hamarkadari dagokionez, Espainian haxixaren kontsumoa orokortzen da eta horren inguruko merkatu beltza sortu. Haxixaren erabilera eragin esanguratsua izan zuen hainbat gazte taldeetan; izan ere, Estatu Batuetan haxixa mugimendu *hippie*-arekin erlazionatu egiten zen eta Espainian nolabait askatasunarekin erlazionatu nahi zen (Romaní, 2010, or. 90).

Bestalde, 70. hamarkadarekin jarraituz, 1973. urtean heroinaren gorakada hasten da; izan ere, irabazi handiagoak eskaintzen dituen sustantzia bat da. Haxixarekin jada

merkatu bat sortua zegoen eta pertsona askok burutzen zuten sustantzia horren kontrabandoa, baina heroinaren merkata ez zen hain ezaguna eta kantitate gutxiagorekin irabazi handiagoak izan ahal zituzten (Romaní, 2010, or. 90). Hamarkada honetan trantsizioa ematen da, diktadura frankista batetik Estatu demokratiko batera. Trantsizio horrek gazteen askatasun nahia sustatu zuen eta gazte askok haien denbora librean alkohola, tabakoa edota haxixa kontsumitzen pasatzen zuten. Hala ere, hamarkada berean heroinaren krisiaren hasiera eman zen. Heroinaren kasuan lehenengo kontsumitzaileak familia dirudunetako seme-alabak zeuden, horiek Espainiatik kanpo egiten zituzten bidaietan droga ezagutu eta probatzen zuten eta bueltatzerakoan sustantzia beraiekin ekartzen zuten. Kasu mediatikoak izan ziren eta, ondorioz, ikus-entzunezko medio kontserbadoreenak heroinaren krisiaren inguruan hitz egiten hasi ziren (García Varela, 2020, or. 13). Urte batzuk beranduago, 1977. urtean, heroinaren kontsumoa gizarteko erdi mailako gazte langileetara iritsi egin zen eta droga horren erabiltzaileen gorakadaren ondorioz gizartean heroinaren krisiaren ideia zabaldu zen (Romaní, 2010, or. 90).

Hori dela eta, 80. hamarkadako lehenengo bost urteetan gizarteko komunitate edo toki marjinatuetako edo isolatuetako gazteak sartu egiten ziren heroinaren munduan. Garaian heroina legez kontrakoa izateak isolamendu horri mesede egiten zion. Era berean, momentu horretan ere kokainaren gorakada bat somatu egiten da; izan ere sustantzia hori arrakastarekin erlazionatu egiten da eta, ondorioz, gizarteko goi mailetako kideak kontsumora bideratzen dira (Osuna Fuentes , 2005, or. 1279). Hamarkadako bigarren zatian, heroinarekiko menpekotasuna zuten pertsonen prebalentzia mantentzen hasi zen; izan ere, errehabilitazio programei esker menpekotasuna garatzen zutenek ez zuen programa amaitzen zutenen kopuruari gaintitzen (Romaní, 2010, or. 94). Hala ere, droga menpekotasunaren inguruko politiken aldaketa esanguratsuen 1985. urtean etorri zen Espainiako lehenengo Drogen Plan Nazionalaren eskutik. Plan Nazionalean menpekotasuna zutenei laguntzeko zerbitzuak, narkotrafikoari aurre egiteko baliabideak edota toxikomaniaren prebentzioa eta arazoaren gaineko ezagutza hobetzeko inbertsioa egin zen (Aleixandre-Benavent, et al., 2021, or. 2).

Hala ere, heroinaren kontsumoaren jaitsiera Hartutako Immuno Eskasiaren Sindromearen² kutsadurak sortzen zuen beldurraren eskutik etorri zen. Espainian, 1981. urtean Bartzelonan gizon bat hil zen gaixotasunaren ondorioz garatutako minbizi baten

² Aurrerantzean HIESA

ondorioz. Giza Immunoeskasiaren Birusa³ birusaren kutsatzea oso azkarra izan zen, gehien bat espetxe barruan zeuden preso kontsumitzaileen artean; izan ere, xiringak partekatzeak gaixotasunaren kutsatzea azkartzen zuen. Era berean, kontuan izan behar da heroinarekiko menpekotasuna zuten pertsona askok prostituzioan aritzen zirela eta harreman sexualetan babesaren gabeziak birusaren kutsadura handitu egin zuen (García Varela, 2020, or. 21). Hori dela eta, hildakoen adinaren batz bestekoa gora egin zuen 1983tik 1990 urtera arte eta heriotzen lehenengo kasuetako bat HIESA zen (Sánchez Payá , Romo Cortina, Rodríguez Ortiz de Salazar , & Barrio Anta , 1991, or. 400).

Bestalde, 90. hamarkadari dagokionez, heroina oso presente egoten jarraitzen zuen, baina hamarkada horretako amaieran beherakada jasan zuen. Izan ere, garaian ezarritako errehabilitazio programek eta kalteak murrizteko programek heroinarekiko mendekotasuna zuten herritarren kopurua jaitsi zuen. Era berean, alkoholaren kontsumoa jaitsi egin zen hamarkadaren hasieran, baina amaieran gazteen artean sustantzia horren kontsumoa gorakada bat jasan zuen. Hau da, alkohola kontsumitzen zutenen profila aldatuz joan zen eta hamarkadaren amaieran geroz eta gazteagoak ziren kontsumoa burutzen zutenak eta geroz eta gazteago hasi egiten ziren kontsumoarekin (Osuna Fuentes , 2005, or. 1283). Hamarkada horretan kontsumo patroia berriak agertzen zira droga sintetikoaren eskutik, eta kontsumoaren gehiengoa gazteek burutzen dute haien denbora librean, gehien bat asteburuetan (Plan Nacional Sobre Drogas , 1999, or. 21).

2000. urtean Drogen Plan Nazionalak argitaratutako txostenak ikertuz gero, ikus daiteke jada 2004. urtean heroinak garrantzia edo nagusitasuna galdu zuela, baina inpaktu sozial handiena zuena izaten jarraitzen zuen. Bestalde, urte berean kokainaren kontsumoa arazo sozial nagusienetako bat zen (Ruiz , Barrio , & Mata , 2005, or. 99). Aldiz, 2007an sustantzia sakabanatuenak, alkohola eta tabakoaz gain, kalamua, kokaina eta estasia izan ziren eta kontsumoarekin hasteko adinaren batz bestekoa 16 urteetan kokatzen zen (Álvarez , et al., 2010, or. 20). Adierazitako kontsumo patroia hamarkada amaitu arte mantendu zen.

2010. hamarkadari dagokionez Gizakia Helburuk argitaratutako 2016. urteko memorian ikus daiteke tratamendua jasotzen duten gehiengoa gizonak izan zirela eta erabiltzaileen adin tarte nagusia 50-59 urteetan kokatzen zela. Sustantzien kontsumoari dagokionez sustantzia nagusia kokaina zen; alkoholaz jarraituz, polikontsumoen aurretik

³ Aurrerantzean GIB

(Observatorio Proyecto Hombre , 2017, or. 29). Hala ere, kontuan izan behar da adierazitako datuak errehabilitazio programan dauden pertsonengandik atera direla; beraz, memoria horiek kalteak murrizteko programetan parte hartzen dituzten erabiltzaileak edota edozein programetan parte hartzen ez duen eta menpekotasuna duten pertsonak alde batera uzten dituzte.

Era berean, kalamuaren egoera gizartean aipagarria da. Izan ere, kalamua da Espainian gehien kontsumitzen den legez kanpoko sustantzia, edozein adinetan. Hori dela eta, kontsumoa hasteko batz besteko adina 14 urterekin izaten da eta ohikoagoa izaten da gizonezkoengan. Horren ondorioz, azken 10 urteetan esponentzialki handitu da substantzia horrek tratamendura bideratzen dituen pertsonen kopurua. Hau da, pertsonak tratamendura bideratzen dituen bigarren sustantzia da, kokainaren atzetik (Llorens, Tristán, García, Sánchez, & Brime, 2022, or. 120).

2.1. Heroina Euskal Autonomia Erkidegoan

Euskal Autonomia Erkidegoari⁴ dagokionez arreta heroinan jarriko da; izan ere, 70. hamarkadatik aurrera Euskadiko gizartean eragin handiena izan duen sustantzia kontsideratua izan da. Hori dela eta, ez da ezohikoa hamarkada horiek bizi izan zituzten helduei heroinaren krisialdiaren inguruan hitz egiten entzutea edota herrietan hamarkada horietan emandako krisialdiaren ondorioen aztarnak aurkitzea.

Heroinaren inguruan EAEn egon zen krisia 70. Hamarkadaren amaieran kokatzen da, hura faktore desberdinengatik indar handiarekin sartu zen gazte euskaldunek zuten kontsumo patroietan. Kontuan izan behar dugu garai horretan Euskadik bizitzen zuen egoera historikoa; izan ere, ETAk 1968an burutu zituen lehenengo hilketak hainbat sentsazio eta emozio utzi zituen gizarte euskaldunean. Garai hartan Espainiako Estatu Franco diktadorearen agindupean zegoen eta horrek errepresio handiarekin erantzun zuen talde terroristak burututako ekintzei. Errepresioa zela eta 1970 urtetik 1975 urtera legezko eta legez kontrako sustantzien kontsumoa nabarmen hazi zen (García Varela, 2020, or. 26).

Hala ere, Euskadin ematen zen heroina kontsumoa murrizta izan da. Era berean, adierazi behar da 80. hamarkadan drogen menpekotasunaren fenomenoak ikertzen zuten adituei alkoholaren kontsumoak gehiago larritzen ziela; izan ere, 1984. urtean

⁴ Aurrerantzean EAE

Donostian batxilergoa ikasten ari ziren ikasleetan ikusi zen 50etik 1ek alkohol kontsumo gatazkatsua izaten zuela, alkoholismotik gertu kokatzen zena (Izaola & Zubero, 2021, or. 17). Gainera, Euskadin biztanleko eta urteko batez besteko ardo kontsumoa 130 litrokoa zen, Espainiako estatuan batezbestekoa 50 litrokoa zen bitartean (García Varela, 2020, or. 25).

Heroinaren krisialdia guztiz ikertu baino lehen kontuan izan behar dugu horrek gizartean izan zuen eraginaren zergatia. Stanley Cohen (2017, or. 50) paniko moralei egiten die erreferentzia horrelako fenomenoak azaltzeko. Cohenen arabera, dirudienez, gizarteek nahitaez pasatzen dituzte paniko moraleko denboraldiak. Izan ere, baldintza bat, gertaera bat, pertsona bat edo pertsona talde bat agertzen da eta gizartearen balio eta interesen izenean mehatxu gisa definitzen zaio. Cohenen arabera, orokorrean mehatxu hura komunikabideetan era estereotipatu batean aurkezten da non gizarteko partaideen moralak mindu egiten den. Era berean, gerta daiteke paniko moral hura ezaguna izatea edota guztiz berria izatea. Kasu honetan, heroina izan zen agertu zen sustantzia berriak eta horrek pertsonengan zuen efektuen ezjakintasunak, gizarteak sustantzia hura mehatxu edo arrisku gisa identifikatzea egin zuen. Autore batzuen arabera, heroinaren kontsumoa paniko moralen adibide egokia da; izan ere, Cohenek bere idatzietan jasotzen du drogekin batzuetan gertatzen dena dela droga desegokiak kontsumituak izaten direla pertsona okerrenatik toki okerretan eta ondorioz paniko moralak sortzen direla horien inguruan (Izaola & Zubero, 2021, or. 25).

Hala ere, heroinaren krisialdia guztiz ulertzeko kontuan izan behar da, Francoren heriotza 1975an droga menpekotasunen eraldaketa aurreratu egin zuela eta legez kanpoko drogen kontsumoa asko handitu zela, gehien bat gazteen artean. Kalamua eta horren eratorriak asko kontsumitzen ziren gazteen artean. Hori dela eta, 1978an Gasteizen Guardia Gorriko Gazteek “herri-fumatada” batera deitu zituzten gazteak kalamuaren eta porruen legezkontasuna lortzeko helburuarekin. Arabako hiriburuaren egoera zela eta heroinaren krisialdia iritsi zenean bertako egoera gehiago kezkatzen zuten bestelako eremuetako edo hirietako egoera baino (García Varela, 2020, or. 26).

Hori kontuan izanda, heroinaren krisialdiaren hasiera Getxoko auzo dirudunetan (Neguri eta Areeta) eman zen. Auzo horietan bizi ziren familien seme alabek atzerritarrera bidaiatzen zutenean lehenengo aldiz kontsumitzen zuten heroina eta etxera itzultzerakoan sustantzia kopuru txikiak ekartzen zituzten beraien lagunekin elkar banatzeko. Pixkanaka horietako askok menpekotasuna garatzen zuten eta espetxean

amaitzen zuten drogen trafikoa edo bestelako delituengatik (García Varela, 2020, or. 28).

Denboraren poderioz, heroina Euskadiko droga merkatura sartzen hasi zen eta nahiz eta hasieran trafikatzailerak adierazitako auzoetako “haur dirudunak” izan, denborarekin beste trafikatzailerak konturatu ziren heroinak zuen potentzialaz. Menpekotasuna azkar sortzen zuen sustantzia bat zen eta horrek kontsumitzaileen poltsa trinko bat sortzen zuen; izan ere, menpeko askok edozertara jotzen zuten sustantzia lortu ahal izateko. 1976aren amaierarako heroinaren merkatura jada antolatua zegoen, nahiz eta 1975etik aurrera sustantziaren kontsumoaren gorakada mailakatu izan. Hala ere, 1976ko udaran heroinak sortuko zituen arazoaren hasiera ikusten zen bai Gasteizen, zein Donostian, zein Bizkaiko bestelako lurraldeetan. Era berean, kontuan izan behar da 1978an jada heroinaren krisialdia hautematen zela eta nahiz eta hasieran Araba izan lurralderik kaltetuena, Gipuzkoan eta Bizkaia izan zirela heroinaren kontsumoaren ondorio larrienak pairatu zituzten lurraldeak (García Varela, 2020, or. 28-29).

Heroinaren krisialdia faktore desberdinen ondorioz eman zen, hala nola, kontsumoaren krisi baten bidez edota Estatuak erantzun azkar eta eraginkor bat emateko ezintasunaren bitartez. Hala ere, kontuan izan behar dugu heroinaren krisialdia edota drogarekin zegoen arazoa edo problematika gutxietsi zela eta osasun publikoaren birmoldaketari eta gizarte segurantzaren sorrerari lehentasuna eman zitzaiola, heroinaren krisialdira bigarren maila batera pasatuz (García Varela, 2020, or. 47). Hori dela eta, konspirazio teoria bat sortu zen fenomenoari bestelako azalpen bat emanez. Teoria horren arabera Estatuak berak bultzatu zuen egoera hori mugimendu iraultzaileak edota independentistak desmobilizatzeko helburuarekin. Hau da, Estatuaren interesen barruan ez zen sartzen heroinaren kontsumoaren aurka borrokatzea; izan ere, sustantzia arazoak edota gatazkak sortzen zituzten taldeak ahuldu egiten zituen. Beste modu batera esanda, Euskal Autonomia Erkidegoko gazteria sustantziarekiko menpekotasuna garatzerakoan alde batera utziko zituzten borroka politikoa (TXALAPARTA, 2017).

Hori kontuan izanda, aipatu behar da , bai Euskadiko Droga menpekotasunen Liburu Zuriak, bai “Euskadi drogen aurrean 92” txostenak heroinaren ohiko edo etengabeko kontsumoaren maila oso baxua hautematen zuten. Gainera, “Euskadiko gazteak 1986” ikerketan, jada ikerketa batzuetan argitaratutako datuak deuseztatu zituzten. Izan ere, hainbat ikerketen arabera Euskadin 10.000 pertsona inguru heroinarekiko

menpekotasuna zuten, baina errealitatean heroinarekiko menpekotasuna zuten pertsonen kopurua 5.000 eta 6.000 pertsona inguru kokatzen zen (Izaola & Zubero, 2021, or. 18).

Nahiz eta datuak ez izan hain txarrak, errealitatea da droga hura berria zela, ezezaguna, eta euskal gizartean izan zuen eragina ez zela guztiz ona edo egokia izan. Heroina berria izateaz gain, kontsumoaren gehiengoa gazteek burutzen zuten. Hau da, heroinaren kontsumoaren hasiera orokorrean 21-22 urte inguru burutzen zen, baina, hala ere, 19 eta 21 urte bitarteko gazteek gehien kontsumitzen zutenak ziren. Kontsumitzen hasten ziren horien artean batzuk hiru hilabetetara kontsumoa etetea lortzen zuten edo eten egiten zuten, baina beste batzuk hiru urte pasa eta gero kontsumitzen jarraitzen zuten. Kontsumo luzatu horrek erakusten zuen sustantziak zuen adikzio gaitasuna; izan ere, askorentzat oso zaila edo ia ezinezkoa egiten zitzaien kontsumoa alde batera uztea (Izaola & Zubero, 2021, or. 19).

Egoera horri aurre egiteko baliabide asistentzialen eza aurkitu zuten profesional askok. Horri HIESAren egoera gehitu behar zaio. Euskal Autonomia Erkidegoan 1984ko udazkenean diagnostikatu zen lehenengo kasua. Geroztik diagnostikatutako kasuen gehiengoa xiringak elkar banatzeagatik izan ziren, baita babes gabeko harreman sexualak izateagatik (Osakidetza, 2010, or. 11). Hori dela eta, 1988 urtetik aurrera prebentzio estrategiak edota HIESA zuten pertsonen asistentzia bermatzen zuten programak lantzen hasi ziren (García Varela, 2019, or. 94).

Adierazitako datu horiek heroinaren krisialdiaren irudi bat garatzen laguntzen dute, baina gizartean ohikoa izaten da entzutea garai hartan pertsona asko hil egin zirela drogen edota horien ondorioengatik. Gizartean entzundako testigantza batzuk Bizkaiko Foru Aldundiak argitaratutako “Yo me quiero reir como se rie esta gente” liburuan jasotzen dira. Horien artean, Raimundoren historia aipatu daiteke. Raimundo Ondarroako marinel bat zen eta bere lanetik lortzen zuen soldata erdia amari ematen zion, baina beste erdia drogen kontsumoan gastatzen zuen. Raimundok diotenaren arabera 30. hamarkadatik izan zuen menpekotasuna sustantzia desberdinekiko, bere anaiarekin batera. Raimundoren kasuan bere etxean drogak min handia egin zuen, bere anaia gaindosi baten ondorioz hil zen eta. Bere ezagun asko ere hil egin ziren gaindosiengatik edota HIESA edo bestelako birusen ondorioz (Departamento Foral de Empleo, Inclusión Social e Igualdad, 2018, or. 37).

Historia horretaz gain, Eugenioren historia azpimarragarria da. Eugenio Bermeotarra da eta itsasoan lan egiten zuen, marinel gisa. Denborarekin, esperientzia irabazten joan zenean, karguz aldatu zioten eta diru gehiago lortzen hasi zen. Eugeniok bere idatzian adierazten duen bezala, diru gehiago irabazten hasi zenean arazoak hasi ziren. Itsasoan hiru edo lau hilabete pasa eta gero hiru edota lau miloi pezeta irabazten zituen. Porturatzerakoan ohikoa izaten zen Bilbotik Bermeoko parkera heroina saltzera gerturazten ziren pertsonak aurkitzea eta bertan marinelak erosten zuten. Eugeniok adierazten du hasieran beldurra ziola heroinari; izan ere, betidanik izan omen dio xiringei beldurra, baina azkenean probatzen amaitu zuen. Hortik aurrera benetako arazoak agertzen joan ziren, geroz eta gehiago kontsumitzen baitzuen. Barkuan zeudela, denboraldi luzeak kanpoan pasa beharrez gero heroina eta kokaina eramaten zituzten. Kontsumoaren eta mendekotasunaren ondorioz, amari ematen zioen dirua erreklamatzeko hasi zen. Egun batean, Eugeniok 19 urte zituela, gaindosi baten ondorioz Galdakao ospitalera eraman zuten. Eugeniok dio berak benetan pentsatzen zuela hilda egon zela momentu batez, bere ama negarrez eta apaiza azken igurtzia ematen gogoratzen zuen eta. Geroztik ez ditu sustantziak gehiago kontsumitu, baina HIESA iritsi zen. Heroina kontsumitzen zuenean xiringak partekatu egiten zituen, ez baitzekiten horrek suposatzen zuten arriskua eta, ondorioz, seropositiboa izaten amaitu zuen. Bere lagun taldeko askok hil egin ziren, zaharrena 21 urterekin, eta ondorioz 17 kidek osatzen zuten talde batetik bost geratu ziren bizirik. Eugenioren testigantzak jasotzen du Bermeon jende asko hil egin zela eta ondorioz itsasontziak marinelak gabe geratzen zirela (Departamento Foral de Empleo, Inclusión Social e Igualdad, 2018, or. 30).

Argi dago heroinaren krisiak Euskadiko gizartean eragina izan zuela eta gizartearen memorian droga mingarri bat bezala geratuko dela. Hala ere, gaur egungo errealitatea ez da orain arte adierazitakoa. Izan ere, Euskadin 2023an egin zen adikzioen inguruko inkestaren arabera alkohola, tabakoa edota kalamua izaten dira gehien kontsumitzen diren sustantziak (Eusko Jaurlaritza - Gobierno Vasco, 2024, or. 15).

3. Arrisku eta babes faktoreak

Arrisku eta babes faktoreen inguruan hitz egiten dugunean kontuan izan behar dugu bakoitzak zer egiten duen. Arrisku faktoreak, kasu honetan, droga menpekotasun bat garatzeko probabilitatea handitzen duten faktoreak dira eta babes faktoreak, aldiz, droga menpekotasuna garatzeko probabilitatea gutxitzen duten faktoreak dira. Faktore horiek

pertsonarekin bat etor daitezke, hau da, indibidualak izan daitezke edota pertsonaren inguruaren arabera izan daitezke.

3.1. Arrisku faktoreak

Banakako faktoreen kasuan adinaren garrantzia nabarmendu behar da, ikerketa desberdinen arabera 13 eta 15 urteen artean kokatzen da kontsumoaren hasiera, hau da, nerabezaroa izan daiteke momenturik kritikoa droga kontsumorako. Nerabezaroan aldaketa ugari ematen dira, pertsona egoera zaurgarrian kokatuz, eta gauza berriak probatzeko grina izatea da ohikoena eta horien artean substantzien kontsumoa gerta daiteke. Bestalde, generoa izan behar dugu kontuan; izan ere, ikerketa ugari erakutsi dute gizonezkoek emakumeak baino gehiago kontsumitzen dutela edota gizonezkoetan ohikoagoa dela substantzien kontsumo bat mantentzea. (Peñafiel Pedrosa, 2009, or. 148-149)

Banakako faktoreetan ere pertsona bakoitzaren sinesmenak, baloreak eta arriskuaren pertzepzioa sartzen dira. Izan ere, pertsona batek pentsatzen baldin badu drogek ez dutela inolako efektu negatiborik sortzen eta, ondorioz, droga kontsumoari ez baldin badio arriskurik ikusten, droga menpekotasuna garatzeko probabilitateak handitu egiten dira. Era berean, pertsona bakoitzak duen autokontzeptu, autoestimua, autokontrol edota nortasuna banakako arrisku faktoreak dira. Hau da, pertsona bakoitzak bere burua nola ikusten duen eragina izango du bere autoestimuan eta ikerketa ugari erakutsi dute autoestimua baxua duten pertsonak bere parekideek jarritako presioaren ondorioz portaera arriskutsuak burutzeko aukera gehiago dituzte. Autokontrolari dagokionez, autokontrol maila egoki bat izanez gero errazagoa izango da subjektuarentzat portaera arriskutsuak baztertzea edota ekiditea. Azkenik, nortasun antisoziala duten pertsonak probabilitate gehiago izango dute menpekotasun bat garatzeko. (Lespada Martínez, Arostegui Santamaría, & Iraurgi Castillo, 2004, or. 18-21)

Besta arrisku faktore bat pertsona bakoitzak duen baliabide sozialak dira; izan ere, pertsona bakoitzak interakzio sozialak aurrera eramateko duen gaitasunaren baitan erlazio interpertsonal egokiak edo desagokiak ezarriko dira. Nerabezaroan pertsona baten alderdi soziala garatu egiten da eta horren arabera bere pareko kontsideratuko dituen pertsonak aurkituko ditu. Argi dago parekoek eragin handia dutela pertsonengan, bereziki nerabezaroan, eta horien arabera menpekotasun bat garatzeko arriskua handitu edo jaitsiko da. Gizartea gizaki soziala da eta talde sozial baten parte izateko grina

dauka, horregatik, gerta daiteke nerabezaroan substantzien kontsumoarekin hasia bere parekoekin bat egiteko, hau da, taldearen parte sentitzeko. (Lespada Martínez , Arostegui Santamaría, & Iraurgi Castillo , 2004, or. 19-22)

Ilido beretik, harremanekin erlazionatutako arrisku faktoreak daude. Bertan, eskola, familia eta parekoen taldea kokatzen da; izan ere, horiek pertsona baten sozializazioan eragina dute eta faktore horietako bat desegokia izanez gero subjektuaren sozializazioa desegokia izan daiteke edo arau desegokiak ikas dezake.

Alde batetik, eskolari dagokionez, bertan arau sozial formalak ikasteaz gain, eskolan subjektuak berdinkideekin erlazionatzen da eta, gainera, bere bizitza soziala antolatzen hasten da. Gainera, eskola berez pertsona batek ikertzeko edo gauza berriak aurkitzeko izan dezakeen grin hori asetzeko bide egoki bat izan daiteke, horri esker esperientzia berriak bilatzeko premia gutxituz edota arriskutsuak diren portaeretatik aldentuz. Pertsona batek eskola eremuan bilakaera positiboa izanez gero kontsumoa burutzeko aukerak edota menpekotasun bat garatzeko probabilitateak jaitsi egiten dira, baina hori ez da pertsona ororen kasua eta askotan eskolarekiko harremana negatiboa izan daiteke. (Lespada Martínez , Arostegui Santamaría, & Iraurgi Castillo , 2004, or. 22)

Beste alde batetik, familiari dagokionez, kontuan izan behar dugu bertan kokatzen direla pertsona baten hasierako rol ereduak, hau da, gurasoek zaintzen dute pertsona jaioberria denean eta hasiera batetik sozializazio iturri nagusitzat hartzen dugu, beraien eskutik ikasten dira gizarteko arau inplizituak, adibidez, eta horien arabera jokatzeko hasten gara. Familiaren funtzionalitatea ikusi behar da hura arrisku faktorea edo babes faktorea den zehazteko; izan ere, familia desegituratuetatik etortzen diren pertsonen probabilitate handiagoak izango dituzte menpekotasun bat edo portaera antisozialak burutzeko. Gainera, familiako kide batek drogen kontsumoarekin erlazionatutako jarrerak aurkezten baldin baditu pertsonak kontsumoa burutzeko aukerak handitu egiten dira. (López Larrosa & Rodríguez-Arias Palomo , 2010, or. 26)

Azkenik, berdinkideei edo pareei dagokionez, kontuan izan behar dugu nerabezaroan pertsona orok bere identitatea bilatzen saiatzen dela, hau da, talde baten parte izaten saiatzen da bere ideologiak edota baloreak aldatuz. Talde baten partaideak izateak identitate sendo bat emateaz gain, parekide talde bat ematen digu, hau da, subjektuaren berdina diren pertsonen partez ulertua edota epaitua izateko aukera ematen dio. Hori dela eta, pertsona bat talde baten kidea izateko, gerta daiteke edozein ekintza burutzea,

hau da, taldetik kanporatua izatearen beldurrarengatik portaera desberdinak burutu daitezke. Horregatik, gerta daiteke desberdina ez izateko pertsona batek droga kontsumoarekin hasia (Lespada Martínez , Arostegui Santamaría, & Iraurgi Castillo , 2004, or. 23). Era berean, kontuan izan behar dugu talde horrek aisialdi bezala erabiltzen dituen eremuak; talde baten aisialdi nagusia gauean festetan ateratzea baldin bada errazagoa izan daiteke menpekotasun bat garatzea; festa eremuak edota dirua arrisku faktoreak izan daitezkeelako. (Navarro Botella, 2000, or. 72-73)

Laburbilduz, gizon batek emakume batek baino aukera gehiago dauka menpekotasun bat garatzeko eta nerabezaroan hasten dira kontsumo gehienak bertan ematen direlako aldaketa nagusienak. Era berean, nerabezaroan jasaten diren aldaketak psikologikoki eragina izan dezake pertsona baten auto irudian edota autoestimuan eta horrek kontsumoa hasteko probabilitateak handitu dezake. Aldaketa horien artean, familiaren, eskolaren eta parekideen papera oso garrantzitsua da horien funtzionamendu egokia edo desegokiaren arabera pertsonak menpekotasuna garatu dezake edo ez. Arriskuaren pertzepzioa azpimarratu behar da; izan ere, menpekotasunak edota kontsumoak dituen arrisku errealak ez ezagutzea edo horien ondorio negatiboak gutxitzeak kontsumitzeko aukera edota menpekotasuna garatzeko aukera handitzeaz gain, pertsonaren bizitza arriskuan jartzen du.

3.2. Babes faktoreak

Lehenago adierazi den bezala babes faktoreek droga kontsumoa burutzeko edota menpekotasuna garatzeko aukerak gutxitzen dituzte. Babes faktoreen barruan ere banakako faktoreak eta harremanekin zerikusia duten faktoreak aurkitu ditzakegu.

Banakako faktoreei dagokienez atxikimendua nabarmena da; izan ere, pertsona batek bere familiarekiko atxikimendu egokia garatuz gero beste pertsonekin harremanetan jartzeko gaitasun sozial egokiak ikasiko ditu. Ideia hori kontrol sozialaren ideiarekin lotu dezakegu, hau da, pertsona bat bere familiarekiko atxikimendu egokia edo positiboa izanez gero pentsa dezake kontsumoak erlazio hori hondatuko duela eta, ondorioz, erlazio hori galtzeko beldurrari esker portaera horretatik aldentu daiteke. Atxikimenduari jarraituz familia kideekin pertsonak duen harremana kontuan hartu behar da; familia kideekin harreman egokia, egonkorra, gertukoa eta konfliktu gabea izateak babes faktore gisa jokatzen du kontsumoaren aurrean. Gainera, garrantzitsua da familia giro horretan ezartzen diren arauak argiak eta egokiak izateak, ez gehiegizkoak

edo gutxiegiak. (Martínez González, Trujillo Mendoza, & Robles Lozano, 2006, or. 33-35)

Ildo beretik, harremanekin erlazionatutako faktoreei dagokionez, harreman sozialak nabarmendu behar dira. Euskarri sozial indartsu bat duen pertsona batek errazagoa izango du kontsumoa ez burutzeko edota menpekotasuna garatuz gero horretatik ateratzeko. Era berean, harreman sozialak egoera gatazkatsuetan gidatu egiten gaituzte, hau da, laguntza eskatzeko erraztasunak ematen dizkigute edota bide “egokietatik” eramaten gaituzte. Pertsona baten harreman sozial guztiak substantzia bat kontsumitzen baldin badute, pertsona hori aukera gehiago izango ditu substantziaren kontsumoa burutzeko. Harreman sozialen bitartez parekideak ezagutzen dira; beraz, harreman sozial horien arabera pertsona baten parekideek pertsona horrengan duten eragina positiboa edo negatiboa izan daiteke. (Martínez González, Trujillo Mendoza, & Robles Lozano, 2006, or. 33-35)

Bestalde, komunitateak hartzen duen papera kontuan hartu behar da. Komunitate bateratu batek komunitate horren parte diren pertsonak babesten ditu portaera batzuk burutzerako garaian, hau da, komunitatea identitate bat garatzeko aukera ematen digu eta komunitate horretan sustatzen diren ekintzak legean jasotako arauak errespetatuz burutzen baldin badira portaera edota jokaera antisozialetik aldentzen dira kideak. Aldiz, komunitate bateko kideen artean droga kontsumoa ohiko jarduera izanez gero errazagoa izango da komunitate horretako subjektu batek kontsumoa burutzea. (Lespada Martínez, Arostegui Santamaría, & Iraurgi Castillo, 2004, or. 27-28)

Laburbilduz, babes faktoreei dagokionez, komunitate egoki baten parte izatea edota familia kideen arteko erlazio egokia izatea azpimarratu behar da. Bi faktore horiek pertsona baten identitatea eta sozializazio egokia garatzen edo betetzen dute, familiako kideetatik gizartean ezartzen diren arau ugari ikasten ditugu eta komunitatearen aldetik identitate osasuntsu bat garatu dezakegu. Era berean, arrisku faktoreak kontuan hartuta babes faktore bezala adierazi dezakegu drogen kontsumoaren arriskuak ezagutzea edota ondorio negatiboak beldur izateak. Izan ere, arriskuak edota ondorioak ezagututa pertsonak ikus dezake epe luzerako kontsumoak izango dituen ondorioak eta horiek ez bereganatzeko kontsumotik aldentu daiteke, hau da, baloratzen dituen erlazioak galtzeko aukera duela aurreikusiz gero hori ekiditeko galera eragingo dion portaeratik aldentu daiteke.

III. Droga menpekotasuna gaur egun

Droga menpekotasunak Espainia mailan izandako bilakaera historikoa kontuan izanik, nolabaiteko eboluzio bat eman da modelo murriztaileetatik programa mota tolerantetara. Hau da, hasiera batean, hirurogeita hamargarren hamarkadaren amaieran, komunitate terapeutiko landatarrak ezagunak egin ziren errehabilitazio programa gisa, horiek oso zorrotzak ziren eta nolabait droga menpekotasuna zuen pertsonaren borondatea edota erabakiak hartzeko gaitasuna zalantzan jartzen zen, baina, denboraren poderioz, programa anitzak sortu dira malgutasunean gehiago oinarrituak non beraien oinarrian droga menpekotasuna duen pertsonaren erabakimen gaitasuna kokatzen da (Martínez González , or. 79).

Era berean, kontuan izan behar dugu gaur egun bi sare asistentzial nagusi daudela droga menpekotasuna duten pertsonentzat. Alde batetik, droga gabeko programak daude, non abstinenzia nahita nahiezko ezaugarri bat den, hau da, pertsonak ezin du programan dagoen bitartean kontsumitu. Beste alde batetik, kalteak murrizteko programak aurkitzen ditugu dira, non abstinenzia ez da bete beharreko baldintza bat (Martínez González , or. 79).

Hala ere, horiek azaldu baino lehenago azpimarratu behar da programa guztietan aldaketa bat emango dela, bai kontsumoan zein pertsonaren ohiko jardueretan. Hau da, errehabilitazio programetan pertsona guztiz kontsumitzeari utziko dio eta bere bizitza berriro sustantziatik aldentuta berregin beharko du eta kalteak murrizteko programen kasuan, nahiz eta kontsumoa ez eten pertsona horren osasuna bermatzen saiatzen da kontsumoan aldaketak burutuz edota segurtasuna sustatuz. Aldaketa horiek nola ematen diren ondo ulertzeko bi kontzeptu nabarmentzen dira:

Lehenengo teoria, Prochaska eta Diclementeren aldaketarako eredu transteorikoa da. Eredu horretan, edozein aldaketa prozesuan pertsona batek bizitzen dituen 6 errealitate identifikatu zituzten eta horiek 6 etapetan banatu zituzten. Teoria honen oinarrian ondorengo azaltzen da: pertsona baten jokabidean ematen den edozein aldaketa prozesu bat da eta pertsona orok aldaketa horrekiko motibazio maila desberdinak ditu. Hori kontuan izanda programa edota estrategia desberdinak planteatu daitezke pertsona edota talde baten beharrak asetzeko. Normalean aldaketa gertaera bat bezala azaldua izaten da, baina teoria honen arabera etapa desberdinen laguntzaz lortutako progresio bat bezala azaldua izaten da (Cabrera Gustavo, 2000, or. 5).

Lehenengo etapa, prekontenplazioa izango da, non pertsonak ez duen bere portaera aldatzeko intentziorik. Gerta liteke hori informazio falta izateagatik, hau da, droga menpekotasunaren kasuan horrek dituen efektu negatiboen ez ezagutzagatik izan daiteke, baina gerta liteke aldaketa bat aurrera eramaten saiatu izana eta horren porrotaren ondorioz lehenengo etapan kokatzea motibazio faltagatik (Rondón Bernard & Reyes Fernández, 2019, or. 2603).

Bigarren etapa, kontenplazioa da, non pertsonak aldaketa bat burutzeko intentzioa baduen eta nolabaiteko saiakera formal bat burutuko duen hura lortzeko. Bigarren etapan kokatzen diren pertsonak aldaketa horrek ekarriko dien ondorio positiboen kontzientzia dute eta horiek negatiboena baino pisu handiagoa dute. Etapa horretan, aldaketa kontenplatu egiten da, baina ez da inolako konpromezu formala hartzen aldaketa horrekiko (Cabrera Gustavo, 2000, or. 6).

Hirugarren etapan, prestaketan, pertsonak jada aldaketa burutu behar duela erabaki du eta horrekiko konpromezu pertsonal bat du. Hori dela eta, aldaketa txikiak ematen ditu eta egoera egun batetik bestera aldatzen saiatzen dira. Orokorrean etapa horretan kokatzen diren pertsonak lehenagotik aldaketak burutzen saiatu dira eta ondo definitua dute aldaketa horrek ekarriko dizkien gauza positiboak (Rondón Bernard & Reyes Fernández, 2019, or. 2604).

Laugarren etapa, ekintza da, non pertsonak antzeman ditzaken aldaketa objektiboak egiten dituen eta horiek kanporatzen ditu. Tradizionalki kontsideratu da ekintza zela aldaketa bat burutzeko ematen zen fase edo etapa bakarra, hori delako kanpotik hautematen den bakoitza edo era objektiboan ikusi daitekeena, baina errealitatean teoria honen bitartez beste hainbat etapa daudela ikertu da (Cabrera Gustavo, 2000, or. 7).

Bosgarren etapa, mantentze fasea da eta horren helburu nagusia pertsonak aldaketatik ateratzen dituen irabazi positiboak finkatzea eta berrerortzeak ekiditea da. Jokabide arazotsutik sei hilabetez aldentua egonez gero pertsona askoz seguruago egongo da bere buruarekiko eta bere egunerokotasuna jokabide horretatik aldentuta bizi daitekeela edota horren inguruko sinesmenak ugariagoak izango dira (Rondón Bernard & Reyes Fernández, 2019, or. 2605).

Azkenik, azken fasea izango genuke, non pertsonak ez du inolako tentaldirik sentitzen edo somatzen lehengo jokabidera bueltatzeko edota lehengo patriiak errepikatzeko (Cabrera Gustavo, 2000, or. 7).

Bestalde, zirkuito terapeutikoa zer den kontuan izan behar dugu. Honen arabera azaldua izan da droga menpekotasuna duen pertsona batek burutzen duen prozesu terapeutikoa. Zirkuito terapeutikoa lau maila desberdinetan banatzen da eta horietan hainbat ezaugarri azpimarratzen dira:

Lehenengo mailan, sistema asistentzialeko sarrera nagusia kokatzen da. Bertan, droga menpekotasuna duten pertsonen nolabaiteko harrera bat egingo zaie eta haien motibazio, behar edota nahien arabera programa batera edo bestera eramango zaie. Era berean, droga menpekotasuna pairatzen duen pertsonaren inguruko familia kideei edota lagunei informazioa eta orientazioa eskaintzen zaie (Martínez González , or. 81).

Bigarren maila, prozesu asistentzialaren oinarri gisa kontsideratua da. Bertan, kasu bakoitzaren ebaluaketa bat burutzen da eta estrategia edota plan pertsonalizatuak prestatzen eta burutzen dira. Orokorrean maila horretan erabiltzen diren errekurtsoak eguneko zentroak, espetxeetan burutzen diren programa espezifikoak edota tratamendu ambulatorioko zentroak izaten dira (Martínez González , or. 81-83).

Hirugarren maila, errekurtso zehatzago eta espezializatuagorekin osatuta dago. Horietara sartzeko beste programa edota tratamenduetatik bideratua izaten da. Maila honetan komunitate terapeutikoak edota desintoxikazio unitateak kokatzen dira (Martínez González , or. 83).

Azkenik, prozesu terapeutikoa burutu duen pertsonaren birgizarteratze soziala burutzen da. Hau da, droga menpekotasuna jasan duen pertsonari gaitasun eta errekurtso zehatzak ematen zaizkio bere birgizarteratzea egokia izan dadin (Martínez González , or. 84).

Beraz, portaera bat aldetzerakoan ematen diren prozesuak edota horren inguruan presente dauden teoriak kontuan hartzen dira droga menpekotasunaren inguruan gaur egun ematen diren programak edota estrategiak garatzeko edota azaltzeko.

1. Programa mota

Programen barruan nagusiki lehenago adierazitako bi mota nabarmenduko dira: kalteak murrizteko programak eta errehabilitazio programak. Programa horiek era desberdinetan egongo dira bideratua, lehenago esan bezala kalteak murrizteko programetan ez da drogaren kontsumoaren etetea eskatuko, baina errehabilitazio programetan bai. Azpitalde horien barruan hainbat unitate edota programa aztertuko dira.

1.1.Kalteak murrizteko programak

Kalteak murrizteko programak era anitzetan izan dira definituak. Alde batetik estrategia multzo, indibidual zein kolektibo bezala definituak izan dira eta horiek pertsonen edota komunitatearen eremu sozialean, osasunean eta terapeutikoan garatuak izaten dira, beti ere haien helburua droga kontsumoarekin erlazionatuta dauden efektu negatiboak gutxitzeko helburuarekin (Romaní , 2008, or. 302-303). Bestalde, orokorrean gizartean egoera zaurgarriagoan dauden pertsonen zuzendutako estrategiak edota programak izaten dira; izan ere, egoera zaurgarrian dauden pertsonak orokorrean ez dituzte eskura osasun edota gizarte baliabideak, edo horiei duten sarrera edo sarbidea mugatuagoa izan ohi da (Galante, Rossi, Goltzman, & Pawlowicz, 2009, or. 114). Era berean, egoera zehatz batekin erlazionatutako kalteak gutxitzea bideratutako banakako zein estrategia kolektibo bezala definituak izan dira (Chica Villar, Juárez Jiménez, & Canillo Fúnez, 2019, or. 86). Beraz, esan genezake, orokorrean, kalteak murrizteko programak droga kontsumoaren efektu negatiboak murrizteko helburua duten programak direla eta horiek gizarteko edota komunitateetako pertsona ororen esku jartzen dira; horrela, egoera zaurgarriagoan dauden pertsonak programa horietara jo dezake nahiz eta bere baliabideak murriztuzagoak izan.

Hala ere, kalteak murrizteko kontzeptua, arrisku gutxitzearekin nahasi ohi da, biak oso antzekoak baitira. Arriskuak gutxitzeak prebentziotik gertuago kokatzen da, min bat burutzearen probabilitatearen inguruan hitz egiten baitu normalean, baina arriskuak gutxitzeak kaltea presente dagoen momentura egiten dio erreferentzia eta gehien bat momentu horretan ematen den asistentzia faltari (Rovira Guardiola, et al., 2018, or. 11). Hau da, nahiz eta kontzeptu berdinak diren dirudi arriskuak gutxitzeko estrategiak kalte bat agertu baino lehenago erabiltzen dira, baina jada droga kontsumoak kalte bat suposatzen duenean, bai pertsonarentzat zein bere inguruarentzat edota gizartearentzat, kalteak murrizteko estrategiak edota programak erabiltzen dira kalte horren efektuak murrizteko edo gutxitzeko.

Hainbat faktorek lagundu dute programa horien agerpenean; izan ere, hainbat egoeretan sortutako kezka kolektiboak hainbat osasun gaixotasunen garrantzia azpimarratu egin du (HIESAren kasua, adb.) eta horrek droga kontsumoa burutzen duten kolektiboaren babesaren beharra azalarazi du. Bestalde, tradizionalki droga menpekotasunari aurre egiteko programek droga kontsumoaren behin-behineko etetea eskatzen zuten eta horrek

kanpoan uzten ditu droga kontsumoa eten ezin edo nahi ez duten komunitateko kideak (Martínez González , or. 84-85).

Espainian, 1990eko hamarkadan sortutako mugimendu sozialean, espetxeetan xiringen trukaketa programaren implementazioa eskatu zen. Ondorioz, urtarrilak 15eko 5/1996 Errege Dekretuaren aplikazioarekin xiringa trukaketen eta gainbegiratutako kontsumorako gelen programak arautu ziren. Kontuan izan behar dugu lehen adierazitakoa; izan ere, hamarkada horretarako jada gizartean bazegoen HIESArikiko (GIB) kezka kolektibo bat.

Kaltea murrizteko programen bitartez, droga menpekotasuna pairatzen duten subjektuen beharrak kontuan hartuz, horiek asetzeko baliagarriak diren neurriak sortu nahi dira (Romaní , 2008, or. 302). Hortaz, kaltea murrizteko programetan, droga kontsumoa onartzen da; izan ere, kontuan hartzen da kontsumitzaileak kontsumoa eten nahi ez izatea, etete hori burutzea ezinezkotzat hartzea edota oso zaila izatea etete hau. OMEren lehentasunen zerrendan droga menpekotasuna duen pertsona bizirik eta ahalik eta osasuntsuen mantentzea, pertsona horren narriadura psikologikoa edota soziala saihestea eta drogen kontsumoaren abstinentsia edota birgizarteratze eraginkor bat lortzea azpimarratzen dira (Martínez González , or. 85). Beraz, programa horiek zainketa iturri nagusi gisa, kontsumoaren egonkortzea eta bestelako osasun zerbitzuetara sartzeko puntua izan daiteke droga kontsumitzaileentzat, hau da, nahiz eta programa horien oinarrian menpekotasuna duten pertsonen zainketa egon, horiek ere osasun zerbitzuetara sartzeko bidea izan daiteke menpekotasuna duen pertsonarentzat; izan ere, gerta daiteke pertsonak laguntza nahi izatea, baina ez jakitea zer egin behar den edo nora jo behar duen (Chica Villar, Juárez Jiménez, & Canillo Fúnez, 2019, or. 88).

Hala ere, ikus dezakegu kalteak murrizteko zuzenduta dauden programek ikuspuntu anitzak eta desberdinak izan ahal dituztela, baina orokorrean amankomunean droga kontsumitzailea hiritartzat antzematea dute; hau da, droga kontsumitzailea programa horien ardatz zentrala da eta hura gizarteko bestelako hiritartzat hautematen da. Hori dela eta, bere eskubideak bermatzen dira eta programen bitartez euren beharrak asetzen dira (Martínez González , or. 86).

Era berean, arriskuak murrizteko programak eraginkortzat jotzeko, lau premisa bete behar dituzte. 1) Errealismoan oinarritzeko beharra: onartu beharra dago droga-kontsumitzaile guztiak ez daudela desintoxikazio-tratamendu bat egiteko moduan; 2)

Pragmatismoa: programa horiek ez dituzte kontsumoarekin lotutako arazo guztiak berpizten, baizik eta legez kanpoko drogen kontsumoari aurre egiteko jarduerak dira: 3) Programa horietako langileek kontsumitzailetara hurbiltzeko duten jarrerak aukera ematen dio erabiltzaileari programan inplikatzeko; 4) Baikortasuna: kontsumoan ohiturak aldatzeko burutu behar den lanari egiten dio erreferentzia, gehien bat arriskuak murrizteko ikuspuntutik (Zulaica Aristi, et al., d.g.).

Gizartearentzat programak diseinatzerakoan, honen baitan aurkitu daitezken errealitate desberdinak onartu, edota gutxienez, aztertu behar dira; bestela gerta liteke diseinatutako esku hartzea edota programa desagokia izatea. Hori dela eta, gaur egungo gizartean kontsumoa eten nahi ez duen edo ezin duen pertsonak daudela aurreikusteko beharra dago eta horiek burutu dezaketen kaltea nola gutxitu edota kaltearen nolabaiteko prebentzio bat eskaintzen duten programak sortu behar dira. Droga kontsumoaren kasuan, kontsumitzen duen pertsonaren osasuna arriskuan egiteaz gain gizartean nolabaiteko kalte bat sortu daiteke eta horiek babesteko kalteak murrizteko programak sortu ohi dira.

Hurrengo epigrafean kalteak murrizteko programak azalduko dira ondorengoak izanik: metadonarekin egiten diren programak, programa mugikorrak, elkartze eta harrera zentroak, xiringa trukaketa programak eta bestelakoak.

1.1.1. Xiringen trukaketa programak

Programa horiek droga-kontsumitzaileentzako laguntza-gailuak dira, eta erabilitako xiringen truke, injekzio-material esterila ematen zaie (Vela Lopez, et al., 1998, or. 294). Kontuan izan behar da truke hori ez dela programa horien helburua, kalteak murrizteko estrategien parte baizik; horregatik, GIBak eta odol-transmisioko beste gaixotasun batzuek eragindako infekzioa prebenitzea dute helburu. Hau da, xiringak partekatzea prebenitzean edo saihestean, birusa transmititzeko arriskua murriztu egiten dela ulertzen da (Zulaica Aristi, et al., d.g.).

Programa hori puntu finko espezializatuetan koka daiteke, hala nola lehen mailako arretako zentroetan, farmazietan edo espetxeetan, edo furgoneta espezializatuak ere prestatu izan ohi dira, osasun-agente berezi batzuen lana izanik (Bosque-prou & Brugal, 2016, or. 100-101).

Helburu nagusi horretaz gain, beste batzuk ere baditu, hala nola droga-kontsumitzaileen osasuna arriskuan jartzen duten jarduerak saihestea edo gutxitzea, babesik gabeko harreman sexu-afektiboak izatea edo, are gehiago, drogak kontsumitzen dituzten biztanleekiko harremana areagotzea, laguntza-sareetara sartu ahal izateko edo sare horiek gehiago erabili ahal izateko (Vela Lopez, et al., 1998, or. 294-295).

Xiringak trukatzeko programan, injekzio esteril materiala banatzeaz gain, ondorengoak funtsezko jarduerak izango dira ere: preserbatiboak banatzea, xiringa erabiliak biltzea eta ezabatzea edo programaren erabiltzaileei informazioa, osasun-hezkuntza eta aholkuak ematea. Kasu batzuetan, programa batzuek lixiba ematen dute aurretik erabilitako materiala desinfektatzeko, eta, beraz, unean esteril ekiporik ez badago, erabiltzaileak xiringa berrerabil dezake, arriskuak murriztuz (Zulaica Aristi, et al., d.g.).

Xiringak trukatzeko programari esker kaleetatik kontsumorako erabilitako xiringak aurkitzeko aukera edota probabilitatea jaitsi daiteke eta horrekin batera komunitateko kideen osasuna kaltetua izateko aukerak gutxitzen dira. Era berean, kontsumo arduratsu bat emateko aukerak eskaintzen dira eta gutxieneko garbitasuna edota higieena mantentzen da.

1.1.2. Elkartze eta harrera zentroak

Topaketa eta harrera zentroetan, adikzio jokabideek eragindako kalteak minimizatzen bideratutako esku-hartzeak lehenesten dira; besteak beste, kontsumoak izan ditzaken ondorio negatiboak buruzko informazioa eta orientazioa ematea, kontsumitzeko modu kaltegarrienak edo arreta soziosanitarioko baliabideak eskuratzea (Arenas Domínguez, et al., 2003, or. 8).

Programa honetan, beste askotan bezala, gutxieneko zerbitzu batzuk eskaintzen dira, hala nola, informazio eta harrera-zerbitzua, non erabiltzaileari zentroan eskaintzen diren prestazioen berri ematen zaion eta bere egoera kontuan hartuta orientatzen zaion. Zerbitzu horretaz gain, beste bost zerbitzu ere eskaintzen dira (Arenas Domínguez, et al., 2003, or. 9-11):

- 1) Arreta sanitarioko eta psikosozialeko zerbitzua
- 2) Erabiltzaileak balorazio psikologiko eta sozialaren bidez aurkeztu duen egoeraren abokatze psikosoziala egiten saiatzen den zerbitzua

- 3) Egonaldi eta atsedeen zerbitzua, non erabiltzaileak atsedeen hartzeko erabili dezakete edota egunerokotasunean sortu ahal zaizkion ezinegon emozionalen aurrean elkarrizketa eta tratu pertsonalizatu baten bidez laguntza lortu dezakete
- 4) Garbitegi zerbitzua, non arropa garbia lortu edo lehendik duena garbitu ahal duen; zerbitzu higieniko orokorra, non erabiltzaileak dutxa hartu edo arropa aldatu ahal duen eta, gainera, preserbatiboak edo higiene pertsonaleko edozein produktu banatzen diren
- 5) Janari eta edari zerbitzua, non zerbait hartzeko edo jateko aukera eskaintzen den

1.1.3. Opiazeo agonisten bidezko mantentze-tratamendua

Sustantzia baten agonista, substantzia horrek erabiltzen duen hartzaile neuronal okupatzeko lehiatzen den sustantzia bat izango da. Hau da, edozein sustantziak hartzaile neuronal bat okupatzen du eta, horren ondorioz, pertsonak bere efektuak pertzibitu edo jasotzen ditu. Orduan, normalean kontsumoaren bitartez lortzen diren efektuak hartzaile neuronal baten ondorioz lortzen dira eta sustantzia agonistak hartzaile neuronal hori hartuko du; horrela, droga sustantzia agonista batengatik aldatzen da (Sansinenea Mendez, Soroa Martinez, & Machimbarrena Garagorri, 2022, or. 29-30)

Programa horiek eraginkorrak dira opiazeoen kontsumoa murrizteko, programekiko atxikidura handitzen baitute eta legez kontrako droga kontsumoarekin lotutako arazoak barreiatzen dituzte. Agonista opiazeoekin egindako tratamenduak murriztu egiten ditu GIBaren edo drogen kontsumoarekin lotutako B eta C hepatitisaren birusen ondoriozko infekzio-arriskuko portaerak (Bosque-prous & Brugal, 2016, or. 100).

1.1.4. Kontsumo gainbegiratuko aretoak

Drogaren kontsumo gainbegiratuko aretoetan legez kanpoko drogen kontsumoa egin daiteke, prestatutako langileek gainbegiratuta. Programa hauen helburua transmisio-arriskuak eta gaixotasunak murriztea eta droga-gaindosien ondoriozko heriotzei aurrea hartzea da. Horrez gain, arrisku handiko droga-kontsumitzaileak adikzioak tratatzeko zerbitzuekin edo beste osasun-zerbitzu espezifikoago batzuekin harremanetan jarri nahi ditu (Bosque-prous & Brugal, 2016, or. 101).

Areto horien bidez, leku publikoetan droga-kontsumoa murriztea ere lortu nahi da, edo baztertutako orratzen presentzia eta droga-kontsumoarekin lotutako beste arazo batzuk erabilera publikoko lekuetan murriztea (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2018, or. 1). Izan ere, kalteak murrizteko programetan, lehen adierazi

bezala, onartu egiten da pertsonen droga kontsumoa eten nahi ez izatea edo ezin izatea, baina horrek ez du esan nahi kontsumoa kalean edo espazio publikoetan eman behar denik. Espazio publikoetan ematen den kontsumoak kalte edo min bat sortu dezake gizartean: hau da, legez kontrakoa izateaz gain gerta daiteke kontsumoaren ondoren kontsumo hori aurrera eramateko erabili den materiala bertan ahaztea eta horrek hiritarren osasuna arriskuan jartzea (adibidez, ume batek erabilitako materiala hartuz).

Mota horretako aretoetan, txertaketa material esterila eskaintzeaz gain, erabilgarria izan daitekeen kontsumoari buruzko informazioa eskaintzen zaie, hala nola dituen arriskuak eta kontsumo-modu desberdinak. Profesionalek gaindosiak aurkezten dituztenez, kontsumitzaileak larrialdiko eta lehen eskuko arreta eskaintzen du (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2018, or. 1-2).

1.2. Errehabilitazio programak

Errehabilitazio-programek ibilbide luzea dute pertsona baten droga-mendekotasuna tratatzeko. Errehabilitazio-programen artean, lehen aipatutako terapia-komunitatea, alkoholismo-programak eta anbulatorioetako programak nabarmentzen dira, ondoren landuak izango direnak.

1.2.1. Komunitate terapeutikoa

Terapia-komunitatea bigarren Mundu Gerraren ondoren sortu zen, zenbait presok edo gatazka belikoa sufritu zuten pertsonen trauma osteko estresa zuten kasuei erantzuteko. 50eko hamarkadan, OMEk uste du terapia-komunitateak alternatiba egokiak direla ospitale psikiatrikoetan zegoen krisiaren aurrean. 70eko eta 80ko hamarkadetan, terapia-komunitatearen kontzeptua heroinaren tratamenduarekin lotu zen. Denborarekin kontzeptua aldatzen joan da eta komunitate terapeutikoa metodologia efizientetzat hartzen da, non profil desberdinetako pertsonak tratatzen diren (Comas Arnau, 2010, or. 14-15).

Komunitate terapeutikoa egoitza-zentro bat da, eta, beraz, erabiltzaileak egun osoan goten dira bertan; hortaz, erabiltzaile guztiak elkarrekin eta talde teknikoko kideekin bizi dira. Beraz, nahiz eta talde teknikoko kideak ez bizi zentroan edo eraikinean, beti dago taldekideren bat presente. Talde horiek multidisziplinarrak dira, hau da, diziplina antzeko kideekin osatuak dira. Sarrera borondatezkoa da, eta ezin da erabiltzaileen

eskubideen aurkako atxikipen-neurririk edo estrategiarik aplikatu (Comas Arnau, 2010, or. 17-18).

Bestalde, komunitate terapeutikoan egiten den bizitza eguneroko bizitza erreal bat erreproduzitzeko saiakera bat izaten da eta, beraz, komunitate terapeutikoak izan ohi dituen plazak mugatuak izaten dira. Pertsonak elkarrekin bizi dira eta, horren ondorioz, gatazka egoerak sortzen dira. Talde teknikoak gatazka-egoeretan esku hartzen du bizikidetzan ahalik eta osasuntsuena eta baketsuena izan dadin, baina eguneroko bizitzan bezala, zenbait gatazka erabiltzaileen artean konpontzen dira. Gainera, komunitate terapeutikoaren erabiltzaileek etxeko lanak egiten dituzte, etorkizunean emantzipatu ahal izateko edo trebetasun horiek beren etxeetan sartu ahal izateko oinarrizko trebetasunak eskuratzeko. Horregatik, esan daiteke erabiltzaileak ez direla subjektu pasiboak, baizik eta erantzukizun eta rol jakin batzuk dituztela, bizikidetzaren dinamika hautsi ez dadin eta ahalik eta orekatuena izan dadin (Comas Arnau, 2010, or. 18-22). Modu batera edo bestera, komunitate terapeutikoan bakoitzak dituen arazoak lantzeaz gain, elkarbizitza batean sortu daitezkeen eguneroko arazoak konpontzeko erremientak edota gaitasunak lantzen dituzte eta hori baliagarria izan daiteke etorkizunean gizartean ematen diren bizikidetzan maila desberdinetan eroso mugitzeko.

Horrez gain, komunitatean iraunkortasuna alde aurretik definituta egon ohi da zenbait irizpiderekin edo helburu jakin batzuk lortzearekin; hau da, pertsonak ezarritako helburuak lortzen dituenean, komunitate terapeutikoan denbora gutxitzuz joaten da (Comas Arnau, 2010, or. 18). Izan ere, komunitate terapeutikoan terapia tratamendu bat jasotzen da eta horretan ematen den eboluzioaren arabera instituzioan eskaini daitezkeen bestelako fase batera (birgizarteratzea bezala, adibidez) pasa daitezke edota komunitatetik prozesua amaituta atera daitezke.

Hala ere, garrantzitsua da kontuan hartzea terapia-komunitate bakoitza gizarte-kolektibo baterantz bideratzen dela. Hau da, droga-mendekotasunera espreski zuzendutako terapia-komunitate batek ez du beste arazo baterako funtzionatuko. Horretaz gain, komunitatean sartzeak arazoa konpontzen laguntzea du helburu, hala nola droga-mendekotasuna, eta eredu zaharretatik urrun dagoen proiektu alternatibo bat bultzatzea (Comas Arnau, 2010, or. 18). Baita ere, kolektiboaren ezaugarriak kontuan izatea beharrezkoa izango da zerbitzu eraginkor bat eskaintzeko; izan ere, fenomeno bakoitzean eragiten duten ezaugarriak edota baldintzak ez dira berdinak izango.

Ildo beretik, terapia-komunitate bat hasteko egokiak diren hainbat profil aurki daitezke; hala nola drogazaleak edo jokabide-adikzioak dituztenak, patologia dualak dituztenak, gizarteratzeko espetxe-unitateak edo tratu txarrak jasaten dituztenak. Komunitate terapeutikoa zuzendutako profilerak moldatuko da eta haren beharrak asetzeko estrategia desberdinak erabiliko ditu. Gaur egun, Gizakia Helburu programan droga menpekotasuna duten pertsonentzat prestatutako komunitate terapeutikoaz gain, alkoholismoa pairatzen duten pertsonentzat zehazki prestatutako komunitate terapeutikoa ere badago.

1.2.2. Alkoholzale Anonimoak

Alkoholismora zuzendutako programen helburu nagusia subjektua bere egunerokotasunean abstemio mantentzea da, hau da, bere bizitza alkoholetik urrun burutzea eta hala mantentzea. Gaur egun, Gizakia Helburu bezalako erakundeetan alkoholismo programak komunitate terapeutikoaren metodologia jarraituz ezartzen dira, baina horretaz gain alkoholismoaren inguruko errehabilitazio programa gisa Alkoholzale Anonimoak (AA) taldea dago.

Hasieran, Alkoholzale Anonimoak taldearen oinarrian ideologia eta praktika erlijiosoa zegoen. Bill Willson izan zen taldearen sortzailea, horrek pairatzen zuen alkoholismoaren ondorioz, ospitale batean barneratua izan zen eta ezagun baten laguntzaz Oxford taldea ezagutu zuen. Talde horren baloreen oinarrietan ideologia erlijiosoa zegoen eta horietan oinarrituz, Alkoholzale Anonimoak sortu zuen (Moratal Ibáñez , 2011, or. 102). Denborarekin, Alkoholzale Anonimoak taldea munduan zehar zabaltzen joan zen eta gaur egun bai Espainian nahiz Euskal Herrian aurkitu daiteke.

Bestalde, Alkoholzale Anonimoen ezaugarri berezi bat taldeak dituen hamabi tradizioak dira:

- 1) Lehenengoa, beraien ongizate komunak lehentasuna izan behar du.
- 2) Bigarrena, taldearen eta bakoitzaren arazoek gainetik soilik maitasunez beteriko Jainko bat dago, zein taldearen kontzientzian manifestatzen den.
- 3) Hirugarrena, taldearen partaide bat izateko eskatzen den baldintza bakarra edateari uzteko nahia da.
- 4) Laugarrena, talde bakoitza autonomia izan behar da.
- 5) Bosgarrena, talde bakoitzak sufritzen jarraitzen duen alkoholikoari mezua eramatea du oinarritzko helburutzat.

- 6) Seigarrena, edozein taldek debekatuta du Alkoholzale Anonimoen izenean entitate, instituzio edo enpresa bat finantziatzea edota mailegu bat ematea.
- 7) Zazpigarren tradizioa, talde bakoitza autonomoa da eta kanpoko diru laguntzak baztertu behar ditu.
- 8) Zortzigarrena, Alkoholzale Anonimoak ez du inoiz izaera profesionala izango, baina zerbitzua eskaintzen duten zentroak langile espezializatuak kontratatu dezakete.
- 9) Bederatzigarrena, berez Alkoholzale Anonimoak ez da inoiz antolatu behar, baina zerbitzu edota komite bereziak sortu daitezke horiek arduradunak izan daitezen.
- 10) Hamargarrena, Alkoholzale Anonimoak ezin du bere jardueretatik kanpo geratzen diren gauzen inguruko iritzirik eman; izan ere, ezin da iritzi publikoarekin nahastu edota arazoetan sartu.
- 11) Hamaikagarrena, erlazio publikoekiko taldearen jarduera ez da taldea pertsona bati saltzea, baizik eta pertsona hura taldera erakartzea.
- 12) Azkenik, hamabigarrena, ezezaguntasuna tradizio guztien oinarri nagusia da eta honek gogorarazten du printzipioak bakoitzaren izaeraren ginetik daudela (Alcoholics Anonymous World, or. 3-26).

Hala ere, tradizioez gain taldearen programa hamabi pausoetan oinarritzen da.

- 1) Lehenengoa, alkoholaren aurrean indargabeak zirela onartu behar da eta beraien bizitzak gobernagaitzak zirela.
- 2) Bigarrena, beraien ginetik zegoen botere bat sen ona itzuli ahal ziela sinisterra iritsi zirela.
- 3) Hirugarrena, beraien borondateak eta bizitzak Jainkoaren zainpean jartzea erabaki dute.
- 4) Laugarrena, beldurrik gabe beraien buruen inbentario moral bat burutu dute.
- 5) Bosgarrena, Jainkoaren, beraien buruaren eta gizarte ororen aurrean onartzen dute beraien mugen izatasuna.
- 6) Seigarrena, Jainkoa beraien akatsetatik askatzeko prest dago.
- 7) Zazpigarrena, Jainkoari umilki beraien defektuetatik askatzeko eskatzen diote.
- 8) Zortzigarrena, mina egin zieten pertsonen zerrenda bat burutu zuten eta horiei barkamenak eskatzeko prest daude.

- 9) Bederatzigarrena, kontsumoan zehar gauzatutako mina ahal den heinean erreparatzen saiatuko dira.
- 10) Hamargarrena, inbentario pertsonala egiten jarraitzen dute eta zerbait gaizki egiten dutenean berehala onartzen dute.
- 11) Hamaikagarrena, otoitza eta gogoetaren bitartez Jainkoarekin duten erlazioa hobetzen saiatzen dira bere borondatea ezagutzeko aukera eskatuz.
- 12) Hamabigarrena, aurreko pausoak jarraitzearen ondorioz, sorrera espiritual bat lortzen dute eta horrekin beraien mezuak beste pertsonetara iristarazten saiatzen dira (Alcoholicos Anonimos España, 2009, or. 3-14).

Adierazitakoa kontuan izanik, Alkoholzale Anonimoen inguruan hitz egiten denean anonimotasunean oinarritutako talde bat dela izan behar da kontuan. Era berean, bere bileretan adierazten den guztia ezin da kanpoko munduarekin elkarbanatu. Gainera, nahiz eta hasiera batean oinarri oso erlijiosoak izan, horiek ere denborarekin eraldatuz joan dira. Orokorrean taldeak hastean behin edo birritan elkartzen dira eta nahi duenak parte hartu dezake.

1.2.3. Ospitaleko desintoxikazio unitateak

Izaera ospitalarioa eta espezializazio altua duten errekurtsuak edota programak dira. Horiek desintoxikazioan zentratzen dira, hau da, pertsona drogetatik desintoxikatzerantz bideratzen dute (Gobierno de España - Ministerio de Sanidad, d.g.). Programa horiek abstinentzian oinarritzen dira, hau da, droga menpekotasuna duen pertsonak bere bizitza drogetatik aldentuta pasatu nahi baldin badu, abstinentzia bat pasa behar du eta hura jarraitua izango da, hau da, denboraldi batean zehar emango da. Abstinentzia hori lortzeko desintoxikazio prozesu bat pasa behar du eta ondoren dagokion birgaitze prozesua pasa beharko du (Pascual Fernández, 2001, pág. 65).

Desintoxikazio ospitalario unitate horiek osasun sareetan kokatzen dira, hau da, dagokion ospitalera atxikitzen dira bestelako unitate berezi baten antzera. Unitate horiek menpekotasun arazoak dituzten pertsonentzat esku-hartzea diseinatzen eta tratamendua burutzen dituzte, Hori dela eta, horien helburu nagusia pertsona menpekotasuna garatu duen eta unitatean ingresua sustatu duen sustantziarekiko desintoxikazioa lortzea da. Orokorrean pertsonak 15 egun pasa eta gero, gutxi gorabehera, desintoxikazioa lortzen du. Ingresuan zehar pertsonak bestelako mediku zerbitzuen asistentzia jaso dezake eta, gainera, unitatean esku hartze indibidualak eta taldekoak burutzen dira. Unitate horietan

egiten diren ingresuetan familiaren parte hartze aktiboa bilatu ohi da eta horregatik, ingresuaren lehenengo astea pasa eta gero familiarekin kontaktua berriz hartzen da (Aranguren Rico , Cano de Lera, Díaz Gutiérrez, Pablos Ballesteros , & Concha González , 2023, or. 115).

Unitate horietan edozein pertsona sar daiteke, droga menpekotasuna jasatea baita eskatzen den eskakizun bakarra, hau da, edozein adineko, generoko edota jatorriko pertsona ingresatu dezake. Unitate horietan desintoxikazio prozesuaz gain prozesu terapeutiko bat ematen da pertsona droga menpekotasuna gainditu dezan. Era berean, gerta liteke unitate horietatik pertsonak bestelako zentro espezializatuera bideratuak izatea bere prozesua bertan jarraitzeko (Consejería de Sanidad, 2003, or. 13).

Atal honetan ikusi denez, menpekotasunei aurre egiteko programa mota desberdinak daude. Alde batetik, kalteak murrizteko programetan nabarmendu behar da horietan ematen den kontsumoaren onarpena. Bereziki kontsumoa eten ezin edo nahi ez dutenentzat egokiak diren programak dira. Horietan, xiringak trukatu ahal dituzte, gaixotasunak ekidinez, edota harrera zentroak aurkitu ahal dira, non erabiltzaileak banakako tratamendu bat jaso dezakeen. Era berean, kontsumoaren ondorioak gutxitzeko opiazeoen agonistekin tratamendua jaso dezakete edota kontsumo gainbegiratuaretoak erabili ahal dituzte. Beste alde batetik, errehabilitazio programetan helburua abstinentzia mantentzea da. Horien artean askotan entzundako Alkoholzale Anonimoa aurkitu daiteke, baina horretaz gain sustantzien kontsumoaren atzetik dauden arazo guztiak lantzeko komunitate terapeutikoak aurkitu daitezke. Horretaz gain, menpekotasunen tratamendu duina ziurtatzen duen ospitaletako desintoxikazio unitateak aurkitu ahal dira, non kontsumoa eten egingo den.

2. Programen aplikazio esparrua

Ondorengo atalean, droga menpekotasunarentzat bideratutako programen aplikazio esparruaren inguruan ikertuko da; izan ere, menpekotasun bat jasaten duten pertsona oro ez baita programa batean egoera beragatik pasako. Hori dela eta, alde batetik, borondatezko programak aurkitzen dira eta, beste batetik, agindu judizial baten ondorioz tratamendua jasotzen amaitzen duten pertsonak aurkitu daitezke.

2.1. Borondatezko programak

Lehenago esan bezala, orokorrean programak borondatezkoak izan ohi dira. Hala ere, kontuan hartu behar dugu borondate hori baldintzatua izan daitekeela. Izan ere, gerta daiteke, hainbat egoeretan, menpekotasuna duen pertsonaren familiak egoerarekin gehiago ezin izatea eta horren ondorioz errehabilitatzeko programaren batean sartzeko eskatzea pertsonari. Argi dago eskaera hori baldintzatua egon daitekeela “ez bazoaz ez zara etxe honetan sartuko” edo “ez baduzu ezer aldatzen etxetik kanporatuko zaitut” bezalako esaldiekin. Egoera desberdinen aurrea gerta liteke pertsonak programa batean sartzeko erabakia hartzea bestelako aukerarik ez duelako.

Bestalde, orain arte azaldutako programa askok ez dute espetxean dauden pertsonen egoera kontuan hartzen. Espetxeetan menpekoen esku jartzen diren programak borondatezkoak dira, baina askatasun gabetze horretara moldatuak izaten dira.

2.1.1. Droga menpekotasunaren egoera espetxeetan

Orain arte gizartean drogen egoera edota droga menpekotasunari aurre egiteko dauden programak azaldu dira, baina horren barruan espetxeen egoera alde batera utzi da edo uzten da ikerketa askotan.

Espetxeetan droga menpekotasunaren egoera ondo ulertzeko, menpekoen profila aztertu behar da. Orokorrean Espainiako espetxeetan aurkitzen diren profila ondorengoa da: gizonezkoa, 34-39 urte bitartekoa, espainiarra, formakuntza profesional eta akademiko baxukoa, familia ugariakoa, egoera sozio ekonomiko baxua edo prekariora, aurrekari penalekin eta bigarren graduan zigortuak (Martín Pozas & Benítez Méndez, or. 39).

Hala ere, aipatutako pertsonen testuinguru familiarrari dagokionez, aipagarria da hauen gehiengoa familia ugarietatik datorrela, gehiengoan kasuan beraien anai nagusia droga kontsumitzailea izanik (Martínez Perza, Quesada Arroyo, Dzvonkovska, de Miguel Calvo, & Nieto Rodríguez, 2021, or. 93). Lanean azaldu den bezala, familian kontsumitzen duten pertsonak izatea arrisku faktore bat da menpekotasuna garatzeko.

Aipatu beharra dago askatasun gabetze zigorra jasotzen duten pertsonen %70 - %80, jasaten duten menpekotasunaren ondorioz duela zigor askatasun gabetzaile bat. Hori dela eta, delitugintza funtzionalaz hitz egin behar da. Delitugintza funtzionala edo instrumentalak erreferentzia egiten dio kontsumoa lortzera bideratuta dauden legez kontrako ekintzei. Horiek, orokorrean, ondasunaren aurkako delituak izaten dira,

bertatik ateratzen duten dirua droga erosteko eta kontsumoa burutzeko erabiltzen baitute (López-Muñoz, González , Serrano , Antequera , & Alamo , 2011, or. 69).

Espetxeetan, gehien kontsumitzen diren sustantziak tabakoa, alkohola, kalamua eta kokaina dira, baina orokorrean emakumeek, horretaz gain, antsiolitikoak kontsumitzen dituzte (Martínez Perza, Quesada Arroyo, Dzvonkovska, de Miguel Calvo , & Nieto Rodríguez, 2021, or. 92). Era berean, kontsumitzeko moduei dagokionez, antsiolitikoak edota hipnotikoak esnifatu egiten dira, baina kalamua, heroina eta kokaina erre egiten dira gehiengoan. Hala ere, aipatu behar da emakumeak drogaren bat kontsumituz gero gizonezkoek baino maiztasun handiagoan egiten dutela eta kontsumitzeko erak aldatuz joaten direla (Martínez Perza, Quesada Arroyo, Dzvonkovska, de Miguel Calvo , & Nieto Rodríguez, 2021, or. 93).

Kartzeletan droga menpekotasunari aurre egiteko esku hartze anbulatorioak, eguneko zentroak eta modulu terapeutikoak dituzte. Lehenengo biei dagokionez, argi izan behar da, espetxean bertan eremu zehatz batzuk erabiltzen direla profesionalek jarduera terapeutikoak burutu ditzaten programa desberdinetan parte hartzen duten presoekin. Bien arteko desberdintasuna ondorengoa da: modulu bakoitzaren barruan eremu zehatz bat ematen baldin bazaio esku hartze anbulatorioa izango da, bestalde, areto edo bulego desberdinez osatutako egitura independentea izanez gero eguneko zentroa kontsideratuko da. Modulu terapeutikoak, aldiz, azaltzeko konplexuagoak dira; izan ere, modulu independenteak dira eta menpekotasuna duten eta tratamendua jaso nahi duten presoak jasotzen dituzte. Horien helburua drogatik aldentutako eremu hezitzaile eta terapeutiko bat sortzea da (Ministerio del Interior, d.g.). Modulu terapeutikoen barruan errespetuzko moduluak, komunitate terapeutikoak edota unitate terapeutiko eta hezitzaileak aurkitu daitezke.

2.1.1.1. Errespetuzko moduluak

Errespetuzko moduluak, espetxe bateko barne banaketa unitate gisa definitua izan da. Bertan barneratzea borondatezkoa izan behar du eta horrek moduluak berak dituen arauak onartzea dakar inplizituki. Arau horiek arlo pertsonala, zeina higiena, itxura, jantziak eta zaintza; ingurunea zaintzeko eremua edota pertsonan arteko harremanetarako eremua erregulatzen dute (Cendón Silvan , Belinchón Calleja , & García Casado, 2011, or. 14). Beste era batera esanda, errespetu moduluak barneko antolamendu egiturak dira, eta, borondateetik eta parte hartzeko konpromisotik abiatuta,

bizikidetza giro egokia ahalbidetzen duten eta esku hartzeko programak ahalbidetzen dituzten espazio malguak sortzea dute helburu (Valderrama Bares , 2016, or. 31).

Hala ere, modulu horien agerpena eta horiek beste espetxe batzuetara zabaltzearen testuingurua kokatu behar da. Alde batetik, profesionalen etengabeko bilaketa dago, non espetxe barruan ematen den sailkapen tradizional eta zurrinak gainditzen du espetxe egitura harmonizatzailea. Bestalde, tratamendu kontzeptuaren pedagogiatik hurbilago dagoen ikuspegi zabalago baten aldeko apustua egiten duten espetxe erakundeak daude (Valderrama Bares , 2016, or. 30). Azaldutako faktoreek bultzatuta espetxeetan errespetuzko moduluak sustatzera eramantik.

Hori dela eta, errespetu moduluak hiru ardatzetan egituratzen dira: taldeko antolaketa sistema batean, berehalako ebaluazio prozedura batean eta barneratuek parte hartzea eskatzen duen egitura batean. hau da, moduluaren parte diren presoak taldeka banatzen dira, tratamenduaren iritsiera ordenaren edo bakoitzak eramaten duen bilakaeraren arabera. Era berean, presoak egunero ebaluatuak izaten dira, arauak betetzearen inguruan, moduluko funtzionarioen partez eta, ondoren, astero talde teknikoaren eskutik lehenago bakoitzari bere banakako tratamendu programan ezarritako objektiboan inguruan. Azkenik, bertako presoak beren gain hartzen dituzte, esate baterako, janariaren banaketa edota mantentze-lanak, adibidez, eta; beraz, bertan bizi direnak taldeetan banatzen dira. Talde bakoitzean arduradun bat dago, taldea koordinatuko duena edota barne gatazketan bitartekari gisa ibiliko dena (Cendón Silvan , Belinchón Calleja , & García Casado, 2011, or. 15).

Esan bezala, modulu horietan sartzea borondatezkoa da, baina arauak bete behar dira eta bakoitzak bere konpromiso pertsonala izan behar du. Hala eta guztiz ere, errespetuzko moduluan sartzeko baldintza batzuk bete behar dira, hala nola sartu nahi duen pertsonaren historialean zigorrik edo santziorik ez egotea, pertsonak droga menpekotasuna gainditu izana edo ez izatea eta jatorrizko moduluetan izandako jarrera egokia edo ona izatea. Behin errespetuzko moduluaren barnean, pertsonak bete beharko dituen arauen artean ondorengoak aurkitu daitezke: edozein indarkeria debekatuta dago (bai fisikoa, zein psikologikoa), drogak edukitzea edo kontsumitzea debekatuta dago edota instalazioak garbitzeko eta mantentzeko lanak burutu beharko dira (Valderrama Bares , 2016, or. 37).

Hala ere, espetxe bakoitzak errespetuzko moduluan dauden presoek abantaila gehiago eskaintzeko erabakia hartu dezake, hala nola telefono ordu gehiago izatea edota telefonoak beste presoak erabili ezin dituzten orduetan erabiltzeko baimena, adibidez. Horrelako moduluak lagungarri izan daitezke preso bakoitzari espetxera iristean ematen zaion tratamendu indibidualizatua ondo burutzeko eta berreziketa helburua bete ahal izateko.

2.1.1.2. Komunitate terapeutikoak

Lehenago komunitate terapeutikoa zer den azaldu da, baina espetxeetan espetxe-barneko komunitate terapeutikoa aurkitzen da. Programa hori esku hartze integral gisa eratzen da, espetxe barruan, eta kartzelan zigorra betetzen ari diren bitartean presoek haien mendekotasuna gainditzeko tratamenduari hasiera eman ahal diote. Horretarako, komunitate terapeutikoan presoari drogetatik aldentzea erraztuko dioen giroa sustatzen da. Azaldutako komunitate terapeutikoan bezala, hemen presoak tratamendu terapeutiko bat jasoko du mendekotasuna eta delitua burutzera eraman dioten ohiturak edo jarrerak aldatzeko. Denborarekin presoak egoerei aurre egiteko estrategia egokiak garatuko ditu eta, horrek, bere autonomia garatzen lagunduko du (Martín Alvarado, Remacha García , & Pérez Das , 2006, or. 9).

Era berean, programaren iraupena gutxi gorabehera 12 hilabetekoa izaten da eta fase desberdinetan banatzen da. Lehenengoa isolamendua da, non pertsonari isolatzen den, dituen harreman desagokiak berriz estrukturatu arte. Ondoren komunitatera pasatzen da, non tratamendu terapeutikoa jasotzeaz gain, harremanak eta laguntza sareak lantzen diren (Ramos Blazquez & Carcedo González , 2010, pág. 617).

Bestalde, espetxe-barneko komunitate terapeutikora joaten diren pertsonak ondorengo prozesua jarraitzen dute: lehenengo, hasierako fasea, non abstinentsia mantentzen saiatzen diren eta beraien prozesu terapeutikoa hasten duten, bakoitzak bere historia pertsonala aztertuz eta aldatu beharreko patrioiak identifikatuz; geroago, bitarteko fasea, non hasierako fasean ezarritako helburuak eta pertsonak zituen erlazioak lantzen diren gaitasun sozialak edota aurre egiteko estrategiak egokituz; eta, azkenik, desbideratze fasea, non lortutako lorpenak mantentzen saiatzen dira eta birgizarteratzea planifikatzen hasten dira (Martín Alvarado, Remacha García , & Pérez Das , 2006, or. 21).

Hala ere, adierazi behar da autonomia erkidego askotan komunitate terapeutikoak beste hainbat erakunderen esku jartzen direla. Hau da, Valentzian, adibidez, espetxean ematen

den komunitate terapeutikoa Gizakia Helburu erakundeak kudeatu egiten du. Gipuzkoan berdina gertatzen da, Gizakia Helburuko langile bat astean behin espetxera joaten da eta bertan komunitate horren parte diren kideekin ekintza terapeutikoak burutzen ditu.

2.1.1.3. Unitate terapeutiko eta hezitzaileak

Ikerketa desberdinetan argi uzten da espetxeak porrot egiten duela askotan. Horregatik, 1992an hasi zen espetxe barruan unitate terapeutiko eta hezitzailea sortzeko prozesua. Prozesu hau Villabonako (Asturias) espetxeko profesional eta barneratuen eskutik hasten da (Longoria, 2014, or. 53). Espetxe sistemaren helburua gizarteratze prozesuak erraztuko dituzten eredu, eskuhartze eta proposamen egokiak sortzea dela ulertzen eta uste duten profesional horien apustuaren bidez hasten da proiektu hau (Enjuanes, García , & Longoria , 2014, or. 36).

Horretarako, toxikomania arazoak dituzten gazte gutxi batzuekin lanean hasi ziren Villabonako espetxean. Drogak Espainiako kartzelako errealitatearen zati bat dira, eta espetxeetako patioetako bizigune edota erdigune bihurtzen dira. Drogak sortzen duten kezka eta espetxeetan sortzen diren etengabeko gatazkak kontsumoa jazartzeko edota eteteko eredu bat ezartzen da espetxeetan, eta, horren ondorioz, presoak zigor bikoitza jasotzen du (Enjuanes, García , & Longoria , 2014, or. 37). Izan ere, jada espetxeratua izan den pertsona askatasun gabetzen duen zigor bat jaso du, baina espetxe barnean drogen kontsumoari egin izan zaion jarraipena nolabait pertsona hori bigarren zigor bat jasatera eramaten du.

Horregatik, unitate terapeutiko eta hezitzailea kartzela tradizionalaren, delinkuentziaren eskola gisa ere ezagutzen dena, ordezeko eredutzat hartzen da. Unitate honek kartzelako azpikultura errota gainditzen duen hezkuntza espazioa eraikitzen du, eta eskuhartzea, tratamendua eta birgizarteratze prozesua errazten dituen espazioa kontsideratzen da (García Zapico , 2014, or. 26). Unitate hau, beraz, drogarik gabeko gune gisa hasten da, drogazalea tratatzeko eta birgizarteratzeko tratamendu edota bide egokiena kontsideratzen baita (Enjuanes, García , & Longoria , 2014, or. 37).

Hala ere, unitate hori posible egiten da profesionalen zein barneratuen konpromisoari esker, elkar banatzeko sistema batean. Horregatik, profesionalek diziplina anitzeko taldea izango dute erreferentzia gisa, eta horrek hartuko ditu erabakiak. Orduan, espetxe barneko funtzionarioek normalean duten zaintza funtzionarioen rola aldatzen da, eta egitezko hezitzaile bihurtzen dira, unitate hau hezkuntza espazio bat baita. Barneratuak

aldaketa pertsonalerako prozesuaren subjektu aktiboak dira, hezkuntza espazio horren eraikuntzan eta mantentzean parte hartzen duten bitartean. Horretarako, barneratuek Talde Terapeutikoa izango dute erreferentzia gisa, hau da, profesionalen kolektiboaren eta barneratuen kolektiboaren arteko topagunea izango da talde terapeutikoa (García Zapico , 2014, or. 27).

Horretaz gain, unitate horietan prestakuntza eta okupazio jarduerak ematen dira, pertsonen hezkuntza integralaren zati garrantzitsu gisa ulertzen direnak, ohitura eta jokabide jakinak hartzea errazten baitute (García Zapico , 2014, or. 27).

Dena kontuan hartuta, unitate terapeutiko eta hezitzaileak espetxeetan sakontzea eta esploratzea ekarri du, eta horren bidez espetxeen mugak indartu dira alternatiba bat aurkituz (Longoria, 2014, or. 53).

2.2. Agindu judizial baten ondorioz jasotako tratamendua

Lehenago adierazi den bezala, orokorrean tratamenduak borondatezkoak izaten dira, baina gerta liteke egoera batzuetan agindu judizial baten ondorioz pertsonak desintoxikazio zentro batean amaitzea. Hala ere, kontuan izan behar dugu hori bi modutara eman daitekeela.

Alde batetik, espetxean dauden pertsonen kasua azaldu behar da. Beraien kasuan 190/1996 Espetxe Araudiko 182. artikulua aplikatzen zaie. Artikulu horren arabera pertsonari baimena eman ahal zaio menpekotasuna tratatzeko programa batean parte hartzen, baina baimen hori hiru baldintza bete behar ditu. Lehenengoa, pertsonak parte hartuko duen programa pertsona hartzeko eta horrek programak irauten duen denbora guztian zehar dituen arazoen berri emateko konpromisoa hartu behar du. Bigarrena, presoak programan parte hartzeko baimena eta konpromisoa jaso behar du. Azkenik, hirugarrena, espetxearen eta beste instituzioaren arteko jarraipen programa jaso behar du, non espetxeak aurre ikusten dituen kontrolak jasoko diren eta horiek lehenagotik presora adieraziko zaizkio. Hori dela eta, programan zehar pertsonak hartzen dituen erabakiak ez daude soilik programako talde teknikoaren iritziei baldintzatuta, espetxeak dioenaren arabera onartuak edo deuseztatuak izango dira.

Bestalde, bestelako egoera batengatik desintoxikazio unitate edo zentro batean agindu judizial batengatik ingresatu behar duten pertsonen kasua dago. Hau da, adibide gisa, pertsona bat alkoholarekiko menpekotasuna badu eta menpekotasun horren ondorioz

bere erabakitzeke gaitasuna alderatuta suertatzen baldin bada bere inguruko familia kideak (gurasoak edota seme-alabak, adibidez) pertsona horri zentro batean desintoxikatzeke eskakizuna egin dezakete eta epaile batek agindu judizial baten bitartez baiezkoa eman.

Hala ere, kontuan izan behar dugu agindu judizial horrek pertsona erabakiak hartzeke ezintasuna duela adieraziko duela. Hortaz, lehenago pertsona horrek erabakiak hartzeke ezintasuna duen edo ez ikertu behar da. Ezintasan edo ezgaitzeak pertsona bat beren jarduteke gaitasunaz gabetzea dakar eta hori deklaratuakoan pertsona ezgaiaren tutoretzake edo zaintzake araubidea jarraitu beharke da pertsona horrekike. Hori dela eta, ezgaitasun prozesuak legedian jasotzen dira eta soilik aurreikusitake egoeretan aplikagarria da (Alventosa del Río, 2013, or. 68).

Hori dela eta, Prozedura Zibileke Legea kontuan hartu behar dugu. Lege horretake 763. Artikuluaren arabera ezgaitua den pertsona baten barneratzeak, edozein programa edo instituziotan, baimen judiziala errekeritzen du. Berez, baimen hori barneratzea burutu baino lehenago eman behar da, baina larrialdi arrazoiengatik neurria hartu behar izanez gero pertsona hori barneratua izan den zentroke arduradunak egoeraren berri jakinarazi beharke dio dagokion tribunalari lehenengo 24 orduetan (Banacloche Palao, 2012, or. 589). Hala ere, argi utzi behar da ezgaitasuna soilik menpekoaren zuzeneko familiak eskatu dezakeela abokatu baten bitartez edota, bestela, Ministerio Fiskalak eskatu dezakeela (Alventosa del Río, 2013, or. 69).

Bigarren atal honetan espetxeetan ematen den egoera aztertzeke aukera eskaini da. Argi dago droga menpekotasuna gizartean eragina duen fenomeno bat izanik espetxeetan esku hartzea burutzea ezinbestekoa dela. Espetxeei dagokionez errespetuzke moduluak, komunitate terapeutikok eta unitate terapeutikok eta hezitzaileak aurkeztu dira. Nahiz eta bakoitzaren helburu teorikoa ezberdina izan, droga menpekotasunei dagokionez denak tratamendu gisa erabili ahal dira. Drogen kontsumoa bai gizartean zein espetxeetan kontrolpean izatea zaila da, baina menpekotasuna gainditu edo tratatu nahi duten espetxeratuek hori burutzeke aukera izan beharke lukete. Azaldutake programek eremu babestu bat suposatu dezakete tratamendua burutu nahi dutenentzat; izan ere, sustantziak erdigunean egotetik alde batera egotera pasatzen dira eta, horrela, errazagoa izan daiteke espetxeratuarentzat bere tratamendua era eraginkorrean burutzea. Bestalde, agindu judizialaren ondorioz jasotake tratamenduari dagokionez, hura egoera larrietan erabiltzen dela azpimarratu behar da. Hau da, edozein tratamendu jasotzeke, berez,

pertsonak hura jasotzeko nahia ezinbestekoa da, baina egoera jasanezinen aurrean, pertsonaren borondatea baldintzatuta suertatzen den kasuetan, adibidez, erremienta horren bitartez pertsonari menpekotasuna gainditzeko edo tratatzeko aukera bermatzen zaio.

3. Prebentzio estrategiak

Ondorengo atalean droga menpekotasuna duten pertsonentzat aplikagarriak diren prebentzio estrategiak azalduko dira. Izan ere, menpekotasun baten ondorioz nahiz errehabilitazio programa bat egin ondoren pertsona droga kontsumitzera eta lehengo patroieta bueltatu daiteke; hori ekiditeko prebentzio estrategiak garatzen dira. Estrategia horiek, printzipioz, pertsona drogetatik aldentutako bizimodu bat izaten lagunduko dute.

Hala ere, lehenengo prebentzioa zertan datzan argitu behar da; prebentzioaren inguruan aurkitu daitekeen definizio orokorra ondorengoa da: nahi ez den fenomeno edo egoera bat gertatu, ez dadin edota gertaera horren ondorioz sortu diren ondorioak konpentsatzeko ezartzen diren neurrien multzoa da (de Rementería, 2001, or. 15). Era berean, prebentzioa gaixotasun baten agerpenaren aurrean hartzen diren neurrien multzoa bezala definitua izan da, hala nola, arrisku-faktoreak murrizteko neurriak edota gaixotasunaren aurrerapena geldiarazteko edota ondorioak arintzeko neurriak (Julio, Vacarezza, Álvarez, & Sosa, 2011, or. 12). Definizio horiek lanean barneratuz prebentzioa menpekotasunaren egoera kritikora ez bueltatzeko hartzen diren neurriak bezala definitu ditzakegu, hau da, menpekotasunean zehar pertsonak pasa dituen momentu desagokiak, zeinak kalte materiala edo pertsonala ekarri ahal dizkietenak (dirua galduz edota familia eta lagunekin zuen harremana kaltetuz edota galduz, adibidez), ekiditeko edota horietara bueltatzea saihesteko hartu ahal diren neurrien multzoa kontsideratu daiteke.

Ildo beretik, kontuan izan behar da hainbat prebentzio maila daudela. Lehen mailako prebentzioa arrisku faktore edo baldintzatzaileen kontrolaren bitartez gaixotasun edo osasun arazo baten agerpena ekiditeko bideratuta dauden neurriak izango dira. Lehen maila horretan aplikatzen diren estrategien helburua gizabanakoak faktore kaltegarrien eraginpean egotea debekatzea edo gutxitzea izan daitezke, hau da, horien helburu nagusia gaixotasun edo osasun arazoaren indizea murriztea da (Julio, Vacarezza, Álvarez, & Sosa, 2011, or. 12). Bestalde, bigarren mailako prebentzioa gaixotasun edo

osasun arazo baten inguruan dagoen prebalentzia gutxitzera bideratuta dauden ekintzak dira (Donis de Santos , de Dios Martinez , & Sussel Cheesman Mazariegos , 2019, or. 3). Azkenik, hirugarren mailako prebentzioak, klinikoki esanguratsua den arazoaren guztizko errekupeazioari (psikologiko, zein fisiko) egiten dio erreferentzia; horretarako beharrezkoak diren tratamenduak aplikatuko dira. Helburu nagusia osasun galeraren ondorioz jasandako ondorioen gutxitzea da (Julio, Vacarezza, Álvarez, & Sosa, 2011, or. 12).

Hala ere, lana hirugarren mailako prebentzian kokatuko da, droga menpekotasuna pairatzen duten pertsonen beraien ongizate psikologikoa edota soziala lortzeko aplikatu daitezkeen prebentzio estrategiak aztertuko dira, baina aipatu beharrezkoa da gaur egungo Espainiako estatuak drogei buruzko duen Plan Nazionalean agertzen diren prebentzio esku-hartzeak lehen mailako prebentzian kokatzen direla; izan ere, horien helburua arrisku faktoreak edo bestelako menpekotasuna eragin dezaketen bestelako jokabideak murriztea edota drogen kontsumoari aurre egiteko babes faktoreak areagotzea dira (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018, or. 30) .

Prebentzio estrategietara bueltatuz, horiek hainbat multzotan banatu daitezke: alde batetik, droga kontsumitzen ez duten pertsonentzat bideratutako prebentzio estrategiak eta beste alde batetik, droga kontsumitzen duten pertsonentzat horien kontsumoa eteteko gidatuak izan daitezke (de Rementería, 2001, or. 15). Kontsumoaren etetearekin batera kontsumora ez bueltatzea egon daiteke; beraz, horietan berrerortzea saihesteko estrategiak kokatu daitezke.

3.1. Berrerortzeak saihesteko estrategiak

Berrerortzea saihesteko estrategiak hau ekiditera bideratuta dauden estrategien multzoa da eta horiek egileengatik ikertuak izan dira. Hala ere, berrerortzea kontzeptu zabala izan daiteke; izan ere, hura ez da test edo analitika batean sustantzia batean positibo ematera mugatzen. Berrerortzearen kontzeptuaren barruan irristaldiak kokatzen dira askotan eta horiek desberdintzea badu bere garrantzia.

Berrerortzea saihesteko programen ezaugarri nagusia autokontrola da, eta adikzio-arazoak dituzten pertsonen berrerortze arazoak prebenitzen eta aurre egiten laguntzeko diseinatu dira (Casas Brugué & Gossop, 1993, or. 137). Hau da, definizio horren arabera, autokontrola pertsona kontsumora ez bueltatzeko bere burua kontrolatzea

bezala ulertu behar dugu. Marlatten (1985, or. 3) arabera, berrerortzeari aurre egiteko programak autokontrollean oinarrituta diseinatutako programak dira; horiek, ohiturak aldatzeko edota prozesuaren mantentze-fasea hobetzeko erabiltzen dira. Hau da, prebentzio-programen helburua pertsonen beren portaera aldatzen irakastea da, berrerortzeak suposatzen duen arazoari aurrea hartuz eta aurre eginez; izan ere, drogen kontsumoa eteten laguntzen duen programaren bat egiten denean edota pertsona droga kontsumotik aldentzen denean ohitura aldaketa eta portaera aldaketa bat ematen da pertsona horretan eta hura denbora espazio zabal batean zehar mantendu behar da, bestela droga kontsumoa itzuliko da, eta mantentze hori oztopatu dezaketen faktoreak pertsona berrerortzera eraman dezakete.

Berrerortzearen inguruan dagoen bibliografia aztertuz gero, adikzio-jokabidearen gaixotasunaren ereduak agertzen da. Mendekotasuna zuen pertsona gaixotzat hartzen zen, eta fokua mendekotasun hori zuen pertsonaren kontrollean jartzen zen. Hau da, eredu horrek onartzen du drogazalea ez dela gai bere jokabidea kontrolatzeko, barne-faktoreek bere gain duten eraginagatik, eta, horregatik, abstinentsia jotzen da pertsona horrek izan dezakeen irtenbide bakartzat. Horrela, pertsonak abstinentsia mugagabea duen bitartean, menpekotasunaren kontrola izango du, eta, ondorioz, berrerortzea kontrolaren galera izango litzateke (Alan Marlatt, 1985, or. 7). Horregatik, abstenitu egiten da, eta adikzioaren gaineko kontrola egiten du. Eredu horren arabera berrerortzean eragin dezakeen faktorea pertsona bakoitzak duen autokontrola da, zenbat eta autokontrol altuagoa orduan eta hobeto. Denborarekin berrerortzeak ikertuz joan dira eta bestelako faktoreek eragiten dutela ikusi da, hau da, droga kontsumoan hainbat faktoreek eragiten duten bezala berrerortzean bestelakoak eragin dezakete, faktore indibidualez gain.

Berrerortzeak saihesteko programen helburuak honako hauek dira: berrerortzea aurreikustea eta hori prebenitzea, ohiturak aldatzeko saiakera bat hasi ondoren; eta norbanakoari laguntzea irristatze batetik suspertzen, erabateko berrerortze bihurtu aurretik. Beste helburu batzuk ere baditu, hala nola ohitura pertsonaletan eta eguneroko bizimoduan aldaketa globalak erraztea, gaixotasun fisiko edo psikologikoaren arriskua murrizteko; hau da, gizabanakoari bizimodu orekatua lortzeko jakin behar duen guztia irakasten zaio eta ohitura ez osasuntsuak ezabatzen saiatzen da edota horien agerpena ekiditen da (Alan Marlatt, 1985, or. 4). Helburu bakoitza pertsona bakoitzaren testuingurura moldatu daiteke, baina funtsean berrerortzea saihestea dago.

Beste modu batera esanda, berrerortzeen prebentzioa gehien garatzen den arloetako bat da droga menpekotasunari dagokionez. Programa horien funtsezko alderdietako bat berrerortzearen fenomenoan parte hartzen duten prozesuen ebaluazioa da, hau da, arrisku handiko egoeren edota egoera horien aurrean pertsona bakoitzak duen trebetasuna edo aurre egiteko estrategiak ebaluatzen dira pertsonarentzat egokia den estrategiak lantzeko (Secades Villa, 1997, or. 259). Beraz, berrerortzea saihesteko programek pertsona bakoitzak dituen ahulezian jartzen dute arreta eta horiei aurre egiteko baliabideak eskaintzen dira.

Hori dela eta, berrerortzeak saihesteko estrategiak mantenu estrategia bat bezala erabili ahal izateaz gain bizitza estiloa aldatzeko erabili daiteken estrategia bat bezala kontsideratua izan da. Beti ere horrelako estrategiak menpekotasuna duen pertsonan portaera aldaketa bat eman denean jarri daitezke martxan, pertsona horrek lehenago zuen jokaera desagokietara bueltatzea saihesteko (Casas Brugué & Gossop, 1993, or. 138). Hau da, horrelako programak edota estrategiak arazoari aurre egiten zaionean erabili daitezke, baina funtsezkoa da aldaketa prozesua martxan jarri izana.

3.1.1. Berrerortzea definizioa

Berrerortzea pertsona batek arrisku-egoera baten aurrean esposizioan egotean jasaten duen ondorio gisa ulertzen da, abstinentsia mantentzen dela bermatzeko aurre egiteko estrategia egokiekin erantzuteko gai izan gabe (Blanco Álvarez & Jiménez Morales, 2015, or. 148). Hau da, droga menpekotasunetik aldendu den pertsona bat momentu edo egoera zehatz batean arrisku egoera bateri aurre egin behar dio eta jasotako tratamenduak ikasitako aurre egiteko estrategiak ez erabiltzeagatik edo gaizki erabiltzearen ondorioz berrerortze bat izan dezake. Hori dela eta, berrerortze bat egon baino lehen pertsonak aldaketa bat izan behar du eta orokorrean hori errehabilitazio-programa batekin erlazionatzen da, non adituek mendekotasuna gainditzen laguntzen dioten pertsonari, substantziak alde batera utziz eta abstinentsia-aldi bat hasiz. Hau da, pertsona batek berrerortze bat bizi ahal izateko lehenagotik abstinentsia denboraldi bat bizi izan behar da eta hura errehabilitazio programetan eskaintzen den laguntzari esker lortu daiteke. Era berean, pertsona bati tratamendua jasotzera bultzatu zuen substantzia edo substantzia baten pixkanakako eta isilpeko kontsumoa bezala definitua izan da. Hau da, erorketa batekin edo kontsumora itzultzearekin hasten den gertaera, zeina, ondoren,

substantziaren eguneroko kontsumoaz jarraitua den fenomenotzat hauteman da (Pereiro Gómez , or. 2).

Horregatik, aldaketa edo abstinentziaren aurretiko jokabide-patroira itzultzea kontsideratuko da berrerortzea. Patroi horien itzulera tratamendua hasi baino lehenagoko kontsumo intentsitate berarekin has daitezke (Pereiro Gómez, or. 5).

Beraz, berrerortzea subjektu batek errepikatu ezin dituen jokabideei aplika dakieke. Hau da, berrerortzea ez litzateke soilik abstinentziarekin amaitzea eta substantzia bat berriro kontsumitzea, baizik eta berrerortze horren barruan sartuko lirateke kontsumitu bitartean pertsonak izaten zituen jokabide-eredu desegokiak, hala nola senideei edo agintariei gezurra esatea edo informazioa ezkatzea, edota harremanetan mugarik ez ezartzea, adibidez. Esate baterako aldatzeko edota aldaketa bat burutzeko erabakia hartu aurretik zegoen portaera edota kontsumo eredu desegokietara itzultzea kontsideratzen da berrerortzea (IAFA. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 2022, or. 2).

Berrerortzearen atzean hainbat arrazoi egon daitezke, baina horien artean *craving*-a fenomeno edo kontsumitzeko nahia dago. Bertan, kontsumoaren berehalako ondorio positiboak aurreikusten dira eta ez zaie arreta jartzen epe luzeagoan izan daitezkeen ondorio negatiboak. Hau da, pertsonarentzat zaila da ikustea kontsumoak zer ondorio negatibo ekar diezazkiokeen epe luzera, edo ondorio horiek eragin positiboek dutena baino pisu handiagoa izatea. Kontsumitzeko gogoak ezinegon handia sortu dezake pertsonarengan, eta hori pertsonak kontsumitzen duenean baino ez da amaitzen. Horren ondorioz, kontsumoa desio hori asetzeko bitarteko gisa ikusten da, eta ondorio positibotzat ondoez horren amaiera hartzen da (Regadera Martínez, 2016, or. 38).

Adierazitako guztia kontuan izanda, suspertzea ez da soilik drogarik ez kontsumitzea, baizik eta berrerortzea saihesteko erantzun-gaitasuna edota egoera desberdinei aurre egiteko gaitasunak ere. Hori dela eta, errehabilitazio-programetan lehenengo prebentzioa lantzen da, eta pertsonari gertakari bat edo bere egunerokoan aurre egin dakioken edozein zailtasun gainditzeko lagunduko dioten tresnak ematen zaizkio, irrist egin edo jokabide desegokiak erabiltzeko beharra izan ez dezan.

Hori dela eta, kontuan hartu behar dira pertsona bakoitzak bere ingurunean aurre egin behar dien kanpoko arriskuei, hala nola arrisku handiko egoerak edo gizarte-presioa.

Barne-arriskuez gain, pertsona bakoitzak dituen patroik kognitibo edo emozionalak azpimarratzekoak dira; izan ere, horiek pertsona bakoitza egoera baten aurrean nola erreakzionatuko duen adierazten dute. Hau da, pertsona bakoitzak modu desberdinetan sentitzen eta hautematen ditu gauzak, eta, gainera, bakoitza ingurune desberdin batetik dator; beraz, lantzen diren tresnek kontuan hartu behar dituzte pertsonaren inguruabarrak pertsonalak, kokatzen den ingurunea eta eduki emozional handiko egoerak kudeatzeko duen gaitasun pertsonala eta bestelako hainbat faktore (Regadera Martínez, 2016, or. 40).

Egoera jakin batzuetan, berrerortze terminoa irristatze edota une bateko kontsumoarekin nahasten da. Horregatik, garrantzitsua da bi kontzeptuen arteko desberdintasunak antzematea, berrerortzea ez baita kontsumo hutsa, baizik eta patroik zaharretara itzultzea dakar. Gainera, gizarte-mailan, berrerortzea edo irristatzea porrotzat har daiteke, edo konnotazio negatiboak izan ditzake, pertsonaren errehabilitazioa atzeratuz edo oztopatuz, edo baita haren gizarteratzea ere. Ulertu behar da berrerortzea ohikoak direla tratamenduko edo abstinentziako lehen urtean, eta horren indizeek behera egin ohi dutela urteek aurrera egin ahala, baina horrek ez du esan nahi edozein pertsonak irristatze bat edota berrerortze bat izan ez dezakeenik edozein unetan.

3.1.1.1. Berrerortzea eta erortzearen arteko desberdintasunak

Erorketa edo irristaketa eta berrerortzearen arteko desberdintasunak aurkitzeko erorketa edo irristaketa bat zer den kontuan izan behar dugu. Irriaketa substantziaren kontsumo esporadiko bat edo iraupen laburreko eta intentsitate handiko kontsumo aldia izan daiteke. Hau da, berrerortzeak irristaketa batekin hasitako substantziaren etengabeko kontsumoa suposatzen duen bitartean, irristaketa hasierako kontsumotzat hartuko da eta, geroago baliteke berrerortzea batean amaitzea, baina ez du zertan horrela izan behar (Becoña Iglesias & Oblitas Guadalupe, 2003, or. 97). Hori dela eta, uler daiteke pertsona batek epe labur bateko kontsumo bizia edo intentsitate handikoa izan dezakeela, eta hura kontsumo bakar batera edota denboraldi labur batean eman bat baino gehiagora mugatu daiteke, berrerori gabe. Hortaz, irristaketa ez du beti berrerortzea suposatuko, baina berrerortzea beti irristaketa batekin hasiko da.

Beste modu batera esanda, irristaketa pertsona batek abstinentzia denboraldi bat igaro ondoren duen lehenengo kontsumoa da, eta horrek droga-mendekotasuna duen pertsonaren jokabidea aldatzeko saiakeran eragozpen, oztopo edo atzerapauso bat

suposatu dezake (Regadera Martínez, 2016, or. 38). Hau da, erorketa edo irristaketa portaera problematikoa behin bakarrik edo epe laburrean gertatzen denean da, pertsona horrek ohitura berriak ezartzen saiatu eta gero aurreko portaera kaltegarria bueltatu egiten da. Berrerortzea, aldiz, prozesu bat da, non pertsonak jarrera problematikoa aktiboki eta epe luzeagoan errepikatzen du (Sanz, 2019).

Hortaz, irristaketa faktore desberdinen eraginaren ondorioz jokabide adiktibora bueltatze labur bat kontsideratu daiteke. Hau da, pertsonak bizitako egoera emozional konplikatu edota tentsio emozional handia sortzen duen egoera bati aurre egiterakoan bere abstinentziarekiko kontrola galdu dezake eta, ondorioz, substantzia bat kontsumitu eta irristaketa bat bizi izan.

Bestalde, gorago adierazi den bezala, berrerortze bat droga menpekotasuna duen pertsonak kontsumoan zehar zituen patroia desegokietara bueltatzea suposatzen du. Beraz, pertsona bat momentuko kontsumo bat edota kontsumo espontaneo bat baldin badauka, lehenago zituen patroia desegokietara guztiz bueltatu gabe, pertsona hori irristaketa bat izan duela esan dezakegu eta ez, ordea, berrerortze bat.

Era berean, kontuan hartu behar dugu irristaketa edota erorketak ez direla zertan erreprimitu edota kontrola ezineko bulkadek bideratutako kontsumoarekin erlazionatuak egon behar. Hala ere, emandako kontsumoaren zergatia lantzea garrantzitsua izan daiteke etorkizunean egoera berdinei beste modu batean aurre egin ahal izateko, hau da, egoera berdinen aurrean egonez gero egokiagoak diren estrategiak edota baliabideak erabili ahal izateko lehenago egoera horrek pertsonaren barruan piztu edo sortzen dituen sententzioak ikertu behar dira egoera guztiz ulertzeko (Pereiro Gómez, or. 3).

Beraz, laburbilduz, irristaketa edo erorketa eta berrerortze baten artean desberdintzea garrantzitsua da; izan ere, lehenengoa ez du zertan berrerortze batean amaitu behar, baina berrerortze oro irristaketa batekin hasten dira. Hori dela eta, berrerortze baten prozesua ulertzea, baita prozesu horretan ematen den abstinentziaren urratzea, eta horietan eragiten duten faktoreak ikertzea erabilgarria izan daiteke prebentzio estrategiak garatzeko.

3.1.1.2. Berrerortzetan ematen den prozesua

Berrerortze baten atzean kokatzen den prozesua konplexua eta pertsona bakoitzarekiko desberdina izan daiteke, baina orokorrean lehenengo irristaketa bat izatea beharrezkoa

da eta ondoren edo geroago kontrolaren galera bat ematen da (Echeburúa, de Corral, & Amor, 2004, or. 101). Hau da, lehenengo irristaketaren ondoren, pertsona zailtasunak izan ahal ditu bere abstinentziaren kontrola berreskuratzeko eta, ondorioz, kontsumitzen jarraitu dezake. Azkenean, abstinentziaren aurretik kontsumoko egoerara bueltatu daiteke edo, are, aurretiazko kontsumo-maila gainditu dezake.

Hala ere, Marlatt eta Gordon autoreak 1985an abstinentziaren bortxaketaren fenomenoak ikertu zuten, zeina oinarrizko bi mekanismo kognitibok osatzen duten. Alde batetik disonantzia kognitiboa eta, beste aldetik, barne kasualitateari egiten zaizkion atribuzioak (Echeburúa, de Corral, & Amor, 2004, or. 101).

Hasteko, disonantzia kognitiboari dagokionez, hori adikziozko jokabidea norberak, abstinate gisa, bere buruaren inguruan duen definizio kognitiboarekin bat ez datorrenean egiten dio erreferentzia. Abstinentzia-aldi baten ondoren izandako lehen kontsumoak gatazkaren edo erruaren emozioekin konekta dezake pertsona, eta egoera emozional negatibo hura kontsumo jarraituarekin etengabe bizi daiteke; hau da, pertsonak kontsumitzen jarraitzen badu, errudun senti daiteke edota kontsumoaren ondorioz ezinegon emozional bat garatu dezake (Echeburúa, de Corral, & Amor, 2004, or. 101). Era berean, auto irudiaren berregituratze kognitiboa eman daiteke, non pertsonak pentsatu dezaken ez duela konponbiderik edota galdutako kasu bat dela edo, are gehiago, hasi ondoren ez duela ezer galtzeko (Echeburúa, de Corral, & Amor, 2004, or. 102).

Jarraitzeko, barne kausalitateko eskurantzek adierazten dute abstinentzia aldiaren ondoren berriz kontsumitu duten subjektuek barne ahultasun bati egozten ohi diotela berrerorketa; esaterako, borondate indar gutxiegiari edo nuluari leporatzen diote berrerortzearen zergatia. Esleipen hori desgaiakuntzarekin edo abstinentzian egoteko ezintasunarekin lotuta egon ohi da, eta subjektuak bizi ditzakeen tentazioekiko erresistentzia murriztu dezake (Vindas-Acosta & Valdelomar-Marín, 2021, or. 125)

Hala ere, kontuan hartu behar da abstinentziaren bortxaketa efektuaren intentsitatea zenbait faktoreren mende dagoela. Hala nola, abstinentzia-aldiaren iraupena, abstinentzia horri eusteko konpromiso pertsonal edo publikoaren maila edota portaerak subjektu bakoitzarentzat duen garrantzia (López-Torrecillas, Salvador, Verdejo, & Cobo, 2002, or. 48). Hau da, zenbat eta luzeago izan abstinentzia-aldia, orduan eta handiagoa izango da abstinentziaren bortxaketaren efektua, baita pertsonak duen

konpromiso pertsonala handia bada ere. Gainera, pertsonak disonantziaren edo eskuduntzen prozesu kognitiboak bitzen dituen intentsitateak eragina izango du abstinentziaren bortxaketa efektuan beregan izango duen intentsitatean; izan ere, pertsona batek ez badu pentsatzen erorketa bat izateagatik galdutako kasu bat dela edo lan egin duen guztia galdu duela, adibidez, abstinentziara itzultzea ez litzateke zertan hain zaila izan beharko.

3.1.1.3. Berrerortzean eragiten duten faktoreak

Berrerortzea fenomeno korapilotsua izan daiteke; izan ere, pertsona bakoitzean modu desberdinean agertu daiteke. Horregatik, hori hobeto ulertzeko beregain eragina duten faktoreak ulertzeko erabilgarriak izan daitezke.

Hasiera batean faktore endogeno fisikoak soilik hartzen ziren kontuan, hala nola drogarekiko mendekotasun fisikoa edo pertsona bakoitzak erakusten dituen abstinentzia fisikoak, baina 80ko hamarkadatik aurrera beste faktore batzuk kontuan hartzen dira, hala nola, kognitiboak edo emozionalak. Hala ere horiei guztiei ingurumen faktoreak gehitu behar zaizkie (Regadera Martínez, 2016, or. 40).

Hasteko, pertsona orok aurretik dituen aldagaien eragina nabarmendu behar da, hala nola familiaren historia, gizarte-laguntza edo pertsona bakoitzak duen kontsumo historia; izan ere, aldagai horiek eragina izango dute arrisku egoeretan gertatzen diren prozesu kognitiboetan, afektiboetan eta aurre egiteko prozesuetan eta, ondorioz, faktore distalak bihurtuko dira (Sánchez-Hervás & Llorente del Pozo, 2012, or. 270). Hau da, berrerortzeko faktore distalak ingurunearen eta substantziak gehiegi erabiltzen dituen pertsonaren ezaugarri propioetat hartu ohi dira, eta ezaugarri horiek etorkizunean berrerortzeko kalteberatasun handiagoarekin lotzen dira. Aldiz, kontsumoa bultzatzen edo ekiditen duten prezipitatzailerei faktore proximal esaten zaie.

Beste alde batetik, aldagai psikosozialak ditugu, non gizarte-babesa aurkitzen dugun, baita pertsona bakoitzak duen gizarte-testuingurua ere (Blanco Álvarez & Jiménez Morales, 2015, or. 153). Gizarte-laguntzari dagokionez, arrisku-faktore edo babes-faktore gisa joka dezake; izan ere, laguntza-sare egonkor bat edukitzeak – adibidez, familiakoa – egoera emozional gatazkatsuei aurre egiten lagun diezaioke subjektuari, baina, aitzitik, pertsona batek gizarte-babesik ez badu eta emozio negatiboak edo gatazka-egoerak digeritzeko duen trebetasuna eskasa bada, berrerortzea ematea errazagoa izan daiteke, substantzian babesa edo egoeratik ihes egiteko baliabidea

aurkitu dezakeelako. Testuinguru sozialaren kasuan ere antzeko zerbait gertatzen da, pertsona bat kontsumoa bultzatzen duen ingurune sozial batean mugitzen bada, berrerortzeko aukerak biderkatu egiten dira (Sánchez-Hervás & Llorente del Pozo , 2012, or. 271); izan ere, abstinenzia aldian, pertsona hori bere ingurunean duen substantziaren eskuragarritasuna eragina izango du bere antsietate erantzunetan edota antsietatea maneiatzeko duen baliabideetan. Bi aldagai horiez gain, zenbait azterlanen arabera, tratu txarren aurrekariek edo estresatzaile psikosozialen presentziak pertsona bat berriz gaixotzea eragin dezakete (Blanco Álvarez & Jiménez Morales, 2015, or. 153).

Kontuan hartu behar dira abstinenzia lortzeko eragina duten ingurumen-faktoreak, hala nola kontsumoa gogorarazten edo bultzatzen dutenak, eta egoera batek edo abstinenzia berak sortutako estresa edo gogo-aldarte negatiboak, antsietatea edo suminkortasuna (Regadera Martínez, 2016, or. 40).

Bestalde, faktore emozionalen barruan, erregulazio emozionala aurki dezakegu; izan ere, ikerketen arabera, pertsona batzuek zailtasunak izaten dituzte jomugetara bideratutako jokabideak inplementatzeko, adibidez, abstinenzia. Gainera, kontuan izan behar da egoera emozional negatiboak edo gatazka-egoerak berrerortzeko arrisku-faktore bat izan daitezkeela, pertsonak substantzia erabil baitezakete emozionalki erregulatzeko edo senti ditzaketen gabezia emozionalak estaltzeko (Blanco Álvarez & Jiménez Morales, 2015, or. 153). Bestalde, maila emozionalean, antsietatea edo depresioa arrisku-faktoreak izatera irits daitezke, epe laburreko kontsumoaren ondorio positiboek eragin negatiboek baino pisu handiagoa izan baitezakete horien ondorioz (Blanco Álvarez & Jiménez Morales, 2015, or. 152). Egoera afektiboak ere gehitu behar zaizkio; izan ere, pertsona batzuk ez dute beharrezko tresnarik egoera afektibo negatiboari aurre egiteko, eta substantzia lasaigarri gisa erabil dezakete egoera hori jasateko.

Komorbilitate psikiatrikoa ere kontuan hartu behar da, nortasun-nahasmenduak edo patologiarekin bat izateak abstinenziari eustea zaildu baitezake; izan ere, pertsona deskompentsatzen denean, abstinentzia mantentzeko eta kontsumitzeko zailtasunak izan ditzake (Sánchez-Hervás & Llorente del Pozo , 2012, or. 272).

Faktore horiez guztiez gain, kontuan hartu behar dira *craving*-a eta autoeraginkortasuna. *Craving*-aren intentsitatea nabarmen iragartzen dute kontsumoaren

funtzionaltasunarekin lotutako sinesmenek eta ez kontsumitzeko autoeraginkortasunari, kontsumorako substantzia nagusi motari eta abstinentziaren iraupenari buruzko uste negatiboek. Autoeraginkortasunaren pertzepzioa, aldiz, etorkizunean elementu anbiguoak, iragar ezinak eta, askotan, estresagarriak dituzten egoerei aurre egiteko behar diren ekintza-ereduak norberak zein mailatan antola eta betearaz ditzakeen erabakitzekeko judizioek osatzen dute. Hori dela eta, autoeraginkortasun-itxaropen txikiak izatea faktore kritikoa da *craving*-ari aurre egiteko garaian, eta horrek kontsumoan berrerortzea ekar dezake (Regadera Martínez, 2016, or. 40).

Adierazitako guztiari honako hauek gehitu behar zaizkio: barne ezagutza, kognitiboa edo emozioekiko, eta kanpo edo ingurumen ezagutza. Hori guztien barnean, pertsona bakoitzak duen autorregulatzeko gaitasuna edota kontsumitzeko gogo biziari erantzuteko erantzun ereduaren kontzientzia metakognitiboa garatzeko gaitasuna kokatzen dira eta horiek kontsumo jokabidea eragiten duten estimuluaren aurrean babes edo arrisku faktore izan daitezke (Regadera Martínez, 2016, or. 40)

Ildo beretik, erregulazio emozionala kontuan hartu behar da. Hori egunerokotasunean aurre egin behar zaien egoeretan abian den egoera afektibo bat mantentzeko, handitzeko edo ezabatzekeko estrategia oroi egiten dio erreferentzia. Hau da, erregulazio emozionalerako prozesuak edota estrategiak erreakzio emozionalak monitorizatzea, ebaluatzea, gainbegiratzea eta aldatzea suposatzen du, norberaren egoerara eta errealitateara egokituak (Ibarra Martillo, Bumbila García , & Tarazona Meza, 2020, or. 48). Hainbat egoeretan, menpeko batzuen kasuan, kontsumoa egoera gatazkatsuei aurre egiteko burutzen da. Ondorioz, egoera horietan sortzen diren emozioak erregulatzeko estrategiak kontsumitzeko premia gutxitu dezakete, hau da, pertsona kontsumitu gabe egoera horri aurre egin ahal dio.

3.1.2. Berrerortzea saihesteko estrategiak

Orain arte azaldu den bezala, berrerortzeak, normalean, faktore ezberdinengatik gertatzen dira, hala nola, egoera emozional gatazkatsuak bizi izanak, laguntza sozialik eza edo substantzia testuinguru sozialean oraindik presente egoteagatik, adibidez, baina horiek ekiditeko zer egin daiteke?

Alde batetik, autoerregistroak daude, non subjektuak esku-hartzerako informazio garrantzitsua biltzen duen zenbait alderdiri buruz, hala nola, droga mota eta kantitatea, eguna, ordua, lekua, konpainia, orduan izan zuen aldartea. denbora, momentua,

kontsumoaren aurreko eta ondorengo aurrekariak. Informazio hori guztia geroago erabil daiteke profesional batekin lan egiteko eta esku-hartze zehatzagoa sortzeko. Erregistro hori ez da beti gertatu behar subjektuak kontsumitu duenean; Hau da, subjektuak kontsumitzeko gogoia sentitu duen uneen erregistroa egin daiteke eta, era honetan, arrisku egoerak, bakoitzaren nahiaren maila eta subjektuak desio hori kontrolatzeko erabiltzen duen estrategia bildu. Erregistro horiek droga-mendekotasuna duen subjektuak gordetzen ditu, beraz, ondo erabiliz gero, berrerortzeak saihesteko balio dezakete, baina horretarako subjektuak aktiboki parte hartu behar du (Secades Villa , 1997, or. 260).

Hari horri jarraituz, berrerortzeen erreportaje autobiografikoak ere egin daitezke non subjektuak iraganeko berrerortzeak deskribatzen dituen eta helburua kontsumoaren abisu posibleak bilatzea den, baina gaixoak erorketaren aurrean izan duen erreakzioa edota erreakzioa ere jaso dezake. Familia edo gertuko pertsonak, eta horrek erorketak edo berrerortzeak dakartzan ondorioez jabetu zaitezke (Secades Villa , 1997, or. 261).

Hala eta guztiz ere, kontuan izan behar da estrategia hauek gaiaren gogoeta-gaitasuna eta parte-hartze aktiboa eskatzen dutela. Kontuan izanda, batzuetan porrot gisa edo akats larri gisa antzematen dela errepikapena, gerta liteke norberak erabili edo errepikatu den garaiak gogoratzeak edo egin nahi izan dituenak ondoeza eragin diezaiokeela pertsonari. Kontuan izan behar da denek ez dutela emozionalki eusteko gaitasunik eta laguntza-sarea agian ez dela nahikoa, kontsumo-uneari buruz egindako hausnarketak pertsona kendu eta kontsumitzera itzultzera eramatea eraginez. Jakina, pertsona ahulena den eta erabiltzen amaitu dezakeen uneen erregistroa egitea oso lagungarria izan daiteke etorkizunean horrelako egoerei aurre egiteko beharrezko tresnak eskaintzeko, baina baditu bere arriskuak ere. Hau da, pertsona bat maite bat galdu ondoren abandonu-sentimendutik ihes egiteko erabiltzen badu, galera hori gogoratzea eragingarri izan daiteke eta kontsumoan amai daiteke, nahiz eta, bestetik, egoeretan sortzen diren sentimenduak edo alertak identifikatzea. Nola lagundu dezaketen hauek etorkizuneko egoerak identifikatzen eta egoerari aurre egiteko edo, gutxienez, erabiltzen amaitzeko mekanismo osasuntsuren bat martxan jartzen.

Honetaz gain, berrerortzeak prebenitzeko programen esparruan, auto-txostenak edo galdetegiak aurki ditzakegu, non errepikapenean parte hartzen duten prozesu desberdinak baloratzeko. Horren barruan kontsumitzeko arrisku-egoeren ebaluazioa dago, non norbanakoaren kontrol-sentsaziorako mehatxu bat suposatzen duen eta berriro

errepikatzeko arriskua areagotzen duen edozein egoera kontuan hartzen den. Era berean, droga-kontsumoko egoeren inbentarioa dago, droga-kontsumoa prezipitatzen duten egoeren aldean droga-kontsumoa prezipitatzen duten egoeren kopurua ebaluatzen duena, kontsumitzaileak berriro errepikatzeko joera handiagoa duen kontsumorako arrisku-egoerak identifikatzeko helburuarekin (Barragán Torres, et al., 2014, or. 55).

Hala ere, kontuan izan behar da aurrez idatzi ohi diren galdetegiak direla eta pertsonak eskala baten barruan ebaluatu behar dituen; hau da, zailagoa da egoera honetan pertsonaren sentimendua zehatz-mehatz biltzea, zenbaki bat besterik gabe jasotzen baita. Nolanahi ere, puntuazio altuena duten itemetan jasotako egoerak lantzea komenigarria izan daiteke. Hau da, pertsonak balio handiena duen pertsona maite baten galera kontsumorako arrisku-egoera gisa baloratzen badu, adibidez, terapeutak pertsonarekin lan egin dezake doluan edo galera horrek pertsonari erorketak saihesteko zer esan nahi duen. edo etorkizuneko atzerakadak galera saihestu ezin baita, baina horri aurre egiten ikas dezakezu.

Bestalde, Marlatten 1985eko berrerortzea prebenitzeko programan, hiru estrategia zehatz hauek identifikatu ziren: trebetasunen prestakuntza, berregituraketa kognitiboa eta bizimoduaren berregituraketa (Castilla Carramiñana, 2016, or. 113)

Lehenengo kasuan, trebetasunen prestakuntzan, oinarrian, ekiditea ez den beste teknika edo gaitasun pertsonal batzuk ikastea aurkitzen dugu; izan ere, jende askok saihestea mekanismo gisa erabil dezake zure egunerokoan aurki daitezkeen arazoei aurre egiteko. bizitza; hau da, gatazka saihesten badugu, gatazka ez da garatzen eta ondoeza emozionala sortzen duen egoera saihesten da. Trebetasun horien barruan asertibitatea, estresaren kontrola, erlaxazioa, haserrearen kontrola, komunikazioa edo gatazkak konpontzeko izan behar diren beharrezko trebetasunak lantzea aurkitzen dugu. Trebetasun horiek hainbat modutan landu daitezke, esate baterako, role-playing teknikekin edo ebaluazio-feedbackarekin (Castilla Carramiñana, 2016, or. 113). Rol-jokoan, bi (edo gehiago) parte-hartzaileraren arteko egoera bat irudikatzen da, non bakoitzak rol ezberdina hartzen duen eta eszena bere rolen arabera erakusten duten. Teknika hau gertaera edo fenomeno berari buruz pertsona desberdinak nola senti daitezkeen lantzeko ere erabil daiteke; Hau da, amak nola senti dezakeen bere seme-alaben gorakada edo anaia batek nola bizi dezakeen. Gertaera beraren ikuspuntu desberdinak ezagutzeak bizitakoaren benetako irudia lortzen eta emozioak lantzen lagun

dezake, besteen lekuan jartzen eta haiek sentitzen dugunak nola sentiarazten gaituen ikasiz.

Jarraitzeko, berregituraketa kognitiboko prozedurak gizabanakoari ohitura aldaketa-prozesuaren izaerarekin lotutako kognizio alternatiboak eskaintzeko diseinatuta daude, aurre egiteko gaitasuna garatzeko irudimen-estrategiak txertatzeko, ezinezko desioak kontrolatzeko eta lehen seinaleak ezagutzeko hasierako irristaketa (Llorente del Pozo & Iraurgi Castillo, 2008, pág. 264). Hau da, berregituraketa kognitiboa pertsonak bere pentsamendu desegokiak identifikatzea eta zalantzan jartzean datza, egokiagoak diren beste batzuek ordezkatu eta lehenengoez eragindako nahasmendu emozionala gutxitu edo are ezabatzen. Berregituraketa kognitiboaren oinarrian pertsona bakoitzak gertaera baten aurrean dituen erreakzioak hautematen, balioesten eta interpretatzen ditugun moduen arabera edo aldatzen direla dago. Beraz, berregituraketa kognitiboak kognizio garrantzitsuak identifikatzea, erreakzio emozionaletan eta jokabideetan duten eragina ulertzea, kognizio horiek zalantzan jartzea eta aldatzea du helburu. Hala eta guztiz ere, horretarako, kognizioak identifikatu behar dira lehenik, non pertsonak zailtasun handienarekin topa dezakeen; izan ere, askotan pentsamenduak emozioekin nahasten direnez edo pertsonak pentsamendu garrantzitsuenak identifikatzeko zailtasunak ditu (Bados & García Grau, 2015, pág. 7).

Bizimodua berregokitzeari dagokionez, ongizate fisikoa eta mentala hobetzea da helburua, horregatik erlaxatzeko teknikak bereziki garrantzitsuak dira. Erlaxazio-teknika hauek baliagarriak izan daitezke pertsonak egoera jakin batzuetan senti dezakeen antsietatearen aurrean edo hainbat egoeraren aurrean. Erlaxazio tekniken artean muskuluen erlaxazio progresiboa dago non adimenaren eta gorputzaren arteko lotura lantzen den. Erlaxazio progresiboaren printzipioa larruzaleko munduaren kontzientzia areagotzea da, auto-behaketaren bidez muskulu-tentsioa antzeman daitekeen dimentsio muskularra (Schwarz & Schwarz, 2017, pág. 13). Modu honetan, tentsiodun gihar horiek erlaxatzeko gaitasuna lortzean datza prozesua. Praktikaren bidez, leku jakin batzuetan pilatzen den tentsioa sentitzen den ondoez emozionalarekin erlaxatzea posible da, hau da, pertsonak estres egoeretan bizkarreko giharrak tentsio bihurtzen direla antzeman dezake, Adibidez. Beste teknika bat arnasketa izan daiteke, zeinen pertsona, arnasketa ariketen bidez, estresa edo antsietatea eragin dezakeen ondoeza egoera batean erlaxatzeko gai den.

Estrategia horiei guztiei *Mindfulness* gehitzen zaie gaur egun, programa hau sufrimendua arintzeko ibilgailu gisa diseinatu baitzen estresa, mina edota antsietatea murrizteko. *Mindfulness*-a meditazio-praktikekin batera kognitibo-jokabide-teknika estandarretan oinarritutako berrerortzeko prebentzio-tratamenduaren integrazioa bezala planteatzen da. Beraz, *Mindfulness*-ean oinarritutako programa batek abiarazle pertsonalen identifikazioa jaso behar du, hala nola, pertsona oso zaurgarria den uneak. *Mindfulness* programetan, jendeak aditasuna areagotzea sustatzen duten arreta kontzienteko praktikak ikasten ditu abisuak daudenean eta barneko edo kanpoko esperientzia guztiekin erlazionatzeko modua aldatzeko. Orokorrean, *Mindfulness* programak estresa murrizteko praktiketan, terapia kognitiboetan eta Daley eta Marlatt-en errepikapenen prebentzio protokoloan oinarritzen dira. Horregatik, esan daiteke *Mindfulness*-ean oinarritutako programen helburuak eragileen pertzepzio handiagoa sustatzera bideratzen direla, hala nola, ohiko ereduak eta pertsonaren zenbait alderdi kontrolatzen omen dituzten erreakzio automatikoak. Egin ohi diren praktikek gelditzeko, momentuko esperientzia behatzeko eta pertsonari edozein unetan zabaltzen zaion aukera sortaren kontzientzia aktibatzen dute (Ferreira González , Rodríguez Recarey , & Riopérez Redondo, 2020, or. 4).

Mindfulness-ean oinarritutako programak gidak dituen protokolo egituratu baten bidez eraikitzen dira, saioz saio, terapia kognitibo-konduktistaren printzipioak eta kontzientzia osoa garatzeko irakaskuntza tradizionalak integratzen dituzten praktikak eta fitxak biltzen dituztenak. Bai taldeen estiloak bai egiturak esperientzia zuzenaren garrantzia nabarmendu nahi du. Saioak esperientziatzko ariketekin hasten dira, eta ondoren eztabaida-aldi labur batekin. Hori dela eta, eztabaida hauek orainaldiko esperientzian zentratuta mantendu nahi dira eta horietan gakoak hartzen diren kontuan esperientzia hori pertsonak dituen edo izan dituen bizimodu faktoreekin erlazionatzeko. Hau guztia momentu honetan benetan gertatzen ari denaz jabetzea du helburu (Bowen , Chawla , & Marlatt, 2013, or. 25) .

Mindfulness-ean, inkesta bat egiten da eta horren bidez bizitako egoerak aztertzen dira, hasierako esperientzia edo esperientzia zuzena zein izan zen kontuan hartuta, gorputzak eta gogoak egoera horren aurrean nola erreakzionatu zuten hausnartzen hasteko. izan edo egoera horretan nagusi ziren emozioak. Erreakzioak aztertzen dira, prozesu hori ezaguna den, aldeztatik bizi izan den edo antzeko egoerak bizi diren, erabiltzeko

edo errepikatzeko gogoarekin zerikusirik duen ikusteko (Bowen , Chawla , & Marlatt, 2013, or. 28).

Hala ere, kontuan izan behar dugu *Mindfulness*-a adimen emozionalarekin erlazionatuta dagoela. Adimen emozionalak erreferentzia egiten dio pertsona bakoitzak emozioak hautemateko, erregulatzeko eta maneiatzeko dituen gaitasunari. Gehien bat egoera emozional desberdinei aurre egiterakoan edota emozioak pentsamenduarekin batzerakoan (Bresó , Rubio y Gabriela , & Andriani , 2013). Hau da, menpekotasuna duen pertsonak *Mindfulness*-aren bitartez egoera gatazkatsuen aurrean sentitu daitezkeen emozioak erregulatzera irits daiteke. Era berean, erregulatze horrek berrerortzeen saihestearekin erlazionatu daiteke; izan ere, pertsona batek bere burua erregulatzera lortzen baldin badu kontsumitzeko premia desagertu edo ezabatu daiteke eta, horrela, kontsumotik aldentuta bere abstinenzia eraginkorrigo mantendu dezake.

Bestalde, berrerortzeen prebentzio estrategien artean aurre egiteko estrategiak daude, eta horien artean dago *Coping Scale Strategic Approach*. Eskala honen oinarrian jendeak stres-gertakarien aurrean zenbait estrategia erabiltzeko estilo orokorra edo gogoia duela premisa dago. Horregatik, bederatzi eskala estrategiko hauek sortzen dira: ekintza asertiboa, non gatazkaren identifikazioa gertatzen den, behar propioen definizioa eta arazoa konpontzeko neurriak gauzatzea; aliantza soziala, non pertsonaren hurbileko kolaboratzaileak kontuan hartzen diren; laguntza soziala bilatzea, non pertsona nahikoa ez sentitzen den gatazka konpontzeko besteen baliabideak lortzea baita; ekintza zuhurra, non lehentasuna ematen zaion mehatxuak, baliabide propioak, eskuragarri dauden laguntzak eta norberaren edo mehatxuan edo ebazpenean parte hartzen duten pertsonen ebaluazio geldoari; ekintza instintiboa, non lehentasuna ekintza berehalakoa, gogoetatsua eta bat-batekoa den; saihestea, non eszenatoki gatazkatsutik edo mehatxuzko egoeraren elementu gatazkatsuetatik edo haren ondorioetatik ihes egitea lantzen den, eragin emozionala minimizatzea lehenetsiz; zeharkako ekintza, non hirugarrenak pertsonak berak dituen gatazkak konpontzen dituzten eragile gisa erabiltzen diren edo aurre egitean arazoari zuzenean arreta jartzen ez zaionean, bere konponbidean besteen parte hartzea suposatzen duten bigarren mailako edo bazterreko alderdietan baizik; ekintza antisoziala, non gatazka egoera onartzen duten arauen aldaketa besteen interesen manipulazioaren bidez, besteen beharrak baztertuz eta norberaren onurarako ere erabiliz; eta, azkenik, ekintza erasokorra, non norberaren beharrei lehentasuna ematen zaien gatazkaren berehalako konponbidera zuzendutako

besteenak kontuan hartu gabe (Pedrero Pérez, Santed germán, & Pérez García , 2012, or. 456).

Horiek guztiak gatazka baten aurrean edo hari aurre egiteko pertsona batek izan ditzakeen estrategiak dira eta horiek aldatzeko, aurre egiteko multiaxial eredu erabiltzen da, non aurre egiteko aktiboa bilatzen den, baliabide sozialen erabilera positiboarekin batera. estresaren aurkako erresistentzian banakako onurak handitzeko gai izatea, emaitza osasuntsuagoak eskaintzea eta helburuak lortzeko eraginkorragoak izatea; izan ere, aurre oldarkor edo antisozialak besteengandik urruntzea eta hirugarren horiek eman dezaketen laguntza soziala lerrokatu dezake, eta emaitza negatiboak eragin ditzake gizabanakoaren osasunerako (Pedrero Pérez, Santed germán, & Pérez García , 2012, or. 455).

Hori guztia kontuan hartuta, ondoriozta daiteke berrerortzeak prebenitzeko ematen diren estrategietako asko kontrako baldintzapenean oinarritzen direla, non lotutako estimulu baldintzatuek sentitzen dituzten erantzunak aldatzen diren, jokabide alternatiboak sortuz eta garatuz; eta estimulu-kontrola, non mendekotasun-jokabide bat egitearekin lotutako arrisku handiko egoerara esposizioa saihestea gertatzen den. Gainera, berrerortzearen prebentzioari dagokionez, kontuan hartu behar dute erabiltzaileek beren aurre egiteko estrategiak proposatzen dituztela, kontsumo arriskutsuko egoeren identifikazioa eta norbanakoak zurgarriago aurkitzen den egoera posibleetarako aurreikustea eta prestatzea (Alonso Verdugo , et al., 2024, or. 43).

Ondorioz, pertsona batek mendekotasuna edo droga-mendekotasuna duenean, hainbat faktore hartu behar dira kontuan abstinentea egoteko edo berrerortzea saihesteko. Pertsona horiek, normalean, ez dute behar bezala aurre egiten gatazka emozionala sortzen duten egoerei, batzuentzat substantzia haien ondoeza emozionala arintzeko modu bat izan baitaiteke. Horregatik, zaila da noizbait kontsumitzeko gogoia desagertzea. Gauzak horrela, etorkizuneko erorketak edo berrerortzeak ekiditeko erabiltzen diren estrategiak pertsonari nolabait emozionalki egonkor izaten laguntzera bideratu behar dira, hau da, pertsonak hainbat egoeratan sentitzen dituen emozioak kontsumitu beharrik gabe digeritzeko gai izan behar du. substantzia. Pertsona bakoitzak duen laguntza-sarea ere garrantzitsua da horretan, izan ere, pertsona batek laguntza-sare egonkorra eta segurua badu, laguntza eskatzea zaila den arren, laguntza eskuragarriagoa izan dezake, baina pertsona batek ez badu. edozein laguntza-sare edukitzea, eusten dion laguntza beharbada bere kabuz ezin duenean, litekeena da edo errazago erortzea eta

berrero erabiltzea. Honetaz guztiaz gain, droga-mendekoak berak kontsumitzearen inguruan zaugarri senti daitekeen egoerak identifikatu ditzake eta defentsa-mekanismoren bat aktibatzea erraztu diezaioke, hala nola, egoeratik irten edo saihestea edota hurbilen daudenei laguntza eskatzea. egoera saihestezina denean.

Modu berean, estrategia hauek etorkizuneko mendekotasunak prebenitzeko ere balio dezakete, izan ere, pertsonak aurreko mendekotasunarekin izandako sentsazio edo emozioak identifikatzen baditu berria garatzean, alarma-kanpaiak piztu daitezke. Hau da, pertsona batek substantzia baten menpekotasuna uzten duenean, agian onartuagoa den beste batengatik alda dezake, adibidez tabakoa, adibidez, estimulu batzuek senti dezaketen antsietatea baretzeko.

Hala eta guztiz ere, kontuan izan behar da estrategia hauek pertsonak abstinentea izaten jarraitzen duenerako diseinatuta daudela, bere helburu nagusia pertsonak berrero ez erabiltzea baita, baina horrek ez du esan nahi estrategia horiek kalteak murrizteko aplikatu ezin direnik. programak. Kalteak murrizteko programek jendeak kontsumitzea onartzen eta baimentzen badute ere, baliteke laguntza behar izatea gehiago kontsumitzea ekiditeko; Hau da, egoerak okerrera egin edo kontsumoa kontroletik kanpo saihestea. Kontsumo kontrolatua korapilatsua da eta kalteak murrizteko programek ere gaitz handiagoak saihestea dute helburu, hala nola transmiti daitezkeen gaixotasunak (esaterako, xiringak partekatzen zituzten pertsonen arteko HIESaren krisia). Hori dela eta, erabiltzeari utzi nahi ez dion pertsona bati ahulenak diren egoerak identifikatzen laguntzen badiote eta egoera horiei aurre egiteko tresnak eskaintzen badiote, bere kontsumoa gutxitu egin daiteke eta kontsumoa gutxitzearekin batera murriztu egingo da.

Hala ere, prebentzio estrategiak aztertu ondoren garbi geratzen da berrerortzea eta erortzea ez dela fenomeno bera. Hori dela eta, bakoitzari aplikatuko zaion esku hartzea ezberdina izango da. Berrerortzeetan hainbat faktore dute eragina eta horiek kontuan hartuta garatu behar dira strategiak; izan ere, faktore horien eragina gutxituz saihestu daitezke berrerortzeak. Estrategien barruan autoerregistroak edota historia bibliografikoak aurkitzen dira, non pertsonak bere berrerortzeak, kontsumoak edota kontsumitzeko beharra sentitu dituen egoerak jaso ahal ditu. Erremienta erabilgarria izan daiteke arrisku egoerak identifikatzeko eta menpekoak bere egunerokotasunean presente izan behar dituen “alarmak” argitzeko. Era berean, Marlatten berrerortzeen prebentzioen programan pertsonak bizitza aldaketa bat gauzatzeko beharra

identifikatzen da. Hau da, oinarrian onartu egiten da menpekoak kontsumoan zehar zeraman bizimodua desegokia zela eta horri aurre egiteko trebetasunak landu behar direla, berregitura kognitiboa burutu behar dela eta zuen bizimodua guztiz aldatu behar dela. Alderdi honekin batera aurre egiteko estrategiei erreferentzia egin behar zaie. Horien funtzio nagusia egoera emozional gatazkatsuak sortzen dituzten egoerei era egokian aurre egitea da. Horretarako, menpekoei erlaxazio teknikak aurkeztu ahal zaizkie edota *Mindfulness*-a erabili daiteke. Azkenik, berrerortzeak saihesteko estrategien barruan eskala desberdinak aurkitu daitezke, hala nola, *Coping Scale Strategic Approach*. Eskala horiek egokian izan daitezke pertsonaren errealitatearen hasierako nolabaiteko irudi bat ateratzeko, baina argi dago eskala horiek ez direla bakoitzak bizi duen errealitateara moldatzen eta, ondorioz, estrategia bakar gisa ez dira egokienak. Bakoitzaren errealitateari erreferentzia egiten zaionean noski bakoitzaren genero edota adinari egokitutako estrategiak aplikatzeari egiten zio erreferentzia. Izan ere, 25 urteko gazte baten arrisku egoerak ez dira 67 urteko heldu batenak, hau da, gazteetan ohikoagoa da festa giroetan murgiltzea eta abstinentzia mantentzeko askoren kasuan horiek arrisku egoerak izango dira, baina 67 urteko gizon “txikitero” baten kasuan lagunekin zer edo zer hartzera juteak arrisku egoera bat suposatu dezake, adibidez.

4. Birgizarteratze estrategiak

Droga mendekotasuna errehabilitatzeko programa askotan, birgizarteratzea da erabiltzaileek programan egiten duten azken fasea. Oro har, kanpoko mundura irtetera, zentro batean denbora igaro ondoren eta isolamendu partzial edo erabatekoaren ostean, eta drogarik erabili beharrik gabe bizitza egonkor eta “normala” eraikitzen bideratzen da. Hau da, pertsona bakoitzaren esperientzia tratamendua pertsonala eta indibiduala da eta tratamenduan zehar jasandako isolamenduaren ondorioz kanpoko munduarekin birkonektatu behar dute, bizitza egonkor eta ahal den heinean osasuntsu bat eramateko, beti ere drogetatik edo substantzietatik aldentuta.

Beraz, autore batzuentzat gizarteratze terminoak subjektua berriro gizartean txertatzea, hau da, komunitatean berriro sartzea esan nahi du; bir partikulak bigarren sozializazio bati egiten dio erreferentzia eta subjektuak bizi izan duen erauzketa edo isolamenduan jartzen du fokua (Aranda Carbonel, 2006, or. 24). Hau da, kontuan hartu behar dugu gizakia jaiotzetik izaki soziala dela, mundu sozial batean bizitzera zuzendua dagoela eta hori lortzeko beste pertsona batzuen laguntza behar duela (Yubero, 2004, or. 820). Hau

da, pertsonak jaiotzerakoan babestu beharreko izaki dira eta bere inguruan dauden helduengatik, gurasoengatik, eskolatik edota berdinen taldearengatik gizartera moldatzeko beharrezkoak diren arau sozialak ikasten.

Bestalde, garrantzitsua izan daiteke helduetan sozializazioa lantzea bere osasun mentala hobetzeko. Izan ere, sozializazioarekin batera aurre egite estrategiak landu egiten dira eta bakoitzak bere bizitzan zehar aurkitu ahal dituen arazoei era egokian aurre egiteak bere independentzia eta gizarte baliabideak hobetu ahal ditu, marjinazioa eta bestelakoak ekiditen (Tovar-Zavala , Campos-Aguilera , & Rodríguez-Orozco , 2020, or. 62).

Hori dela eta, sozializazioa droga-mendekotasuna hurbiltzeko beste tresna bat bezala erabil dezakegu, izan ere, gizarte-arauak ikasteko prozesuan dagoen pertsona batek bere familiako kideak edo bere parekideak droga kontsumoan murgilduta hautematen baldin baditu, droga kontsumoarekin erlazioa duten arau sozialak barneratzea errazagoa egingo zaio. Hala eta guztiz ere, gerta liteke sozializazio-prozesua continuum gisa hautematea, denbora guztian garapenean dagoen fenomeno gisa, baina hasieran emandako definizioaren arabera, pentsa liteke pertsonak egin zuen lehen sozializazioa ez zela zuzena edo egokia izan eta, horregatik, bigarren sozializazio bat behar du, egokia izango dena, eta ez, aldiz, pertsonaren bizitzako momentu batean izandako edo aurrera eramandako sozializazio prozesua egokia ez zela eta orain sozializazio hori birbideratu behar dela.

Hala eta guztiz ere, azpimarratzekoa da gizarteratze terminoak onarpen desberdinak lortzen dituela erabiltzen duenari eta nori zuzendutako publikoaren arabera. Horrek izaera anbigua ematen dio terminoari eta definizio zehatz bat izatea zailtzen du, kontzeptu honek hainbat ikuspuntu baititu, hala nola instituzionala edo teorikoa, adibidez (Ahumada Alvarado & Grandón Gernández , 2015, or. 85). Hau da, ikuspuntu instituzionalak espetxealdi-zigor baten ondoren espetxetik atera diren pertsonen kasuari egiten dio erreferentzia, eta bertan ulertzen da txertaketa tratamendu penitentiarioari esker gertatzen dela. Izan ere, hala jasotzen du Espainiako Konstituzioak 25.2 artikuluan: “*Askatasun baztertze zigorrek eta seguritate neurriek birheziketa eta gizartean bersartzera joko dute eta ez dira izango lan bortxatuak.*”. Beraz, espetxe zigorraren helburu nagusia pertsonaren birheziketa eta birgizarteratzea da (Montero Hernanz, 2021, or. 16).

Ildo beretik, Justizia Ministerioak (2018) gizarteratzea zuzenbide penala hausteagatik zigortua izan den pertsona baten gizarteratzea sustatzeko ekintzen prozesu sistematiko gisa ulertzen du. Bestalde, ikuspuntu teorikotik, birgizarteratzeko prozesuaren bi noranzkotasunari erreferentzia egiten zaio, subjektua gizarteratuta dagoelako eta gizarteak itzulera hori gauzatzeko beharrezko erraztasunak eman behar dizkiolako (Ahumada Alvarado & Grandón Gernández , 2015, or. 85). Hau da, birgizarteratzeak pertsona bat gizarteratzeaz gain, gizarteak onartzen duela ere esan nahi du. Hori dela eta, droga-mendekoek izan ditzaketen zenbait zailtasun antzeman daitezke, estigmatizazioa edo lotura-galera edo beren gizarteratzea konplexuagoa egiten duen laguntza-sarea galdu izana.

Hau da, droga-kontsumitzailea guztiz berreskuratzeak gizarteratze prozesu konplexu bat dakar, kontsumoa utzi edo murriztetik hasten dena. Kontuan izan behar da drogen kontsumoak normalean eragin handia duela kontsumitzen dituen pertsonaren bizitza sozialean eta hori intentsitate handiagoz edo txikiagoaz islatzen dela pertsona bakoitzarengan. Eraginaren intentsitatea pertsonak dituen baliabide sozial edo pertsonalek edo pertsona horrek duen larritasun- edo mendekotasun-mailaren arabera aldatzen da, baliabide pertsonal baxuak dituen pertsonaren birgizarteratzea zaildu egin baitaiteke (Rodríguez Kuri & Nute Méndez , 2013, or. 191). Era berean, presente izan behar da droga mendekotasuna duen pertsona baten bizitzan substantziaren kontsumoak hartzen duen garrantzia, hau da, pertsona bere bizitza substantzia horren kontsumoaren inguruan sortu edo berrantolatu dezake.

Era berean, kontuan izan behar da, normalean, droga-mendekotasuna gizartetik aldentze batekin lotzen dela, non erabiltzailea desberdin edo arautik kanpo kokatzen den eta, ondorioz, baztertua edo baztertua izan daitekeela. Gainera, kontsumoa txikitzen hasten bada, gaitasun sozialen gabezia edo galera gerta liteke, eta horrek isolamendu areagotu dezake. Beraz, birgizarteratzea ingurumenarekin lotzeko prozesu gisa ere defini liteke, krisialdi edo isolamendu edo, are, baztertze garai baten ondoren gertatzen dena. Horregatik, txertatzea edo birgizarteratzea sozializazio eta prestakuntza prozesuen multzotzat har daiteke (Rodríguez Kuri & Nute Méndez , 2013, or. 191-192).

Definizio horiei guztiei Droga eta Droga menpekotasunen Europako Behatokiak erabiltzen duena gehitu behar zaie. Behatokiaren arabera, gizarteratzea erabili behar da, egungo edo iraganeko droga kontsumitzaileak komunitatean integartzeko xedea duen edozein esku-hartze sozial deskribatzeko. Hori lortzeko, oinarritzko hiru oinarri bilatzen

dira: etxebizitza, hezkuntza eta enplegua, lanbide heziketa barne hartzen duena. Gainera, 2009-2016ko Drogen Estrategia Nazionalak errehabilitazio prozesu baten ondoren pertsonak gizarteratzea errazteko helburua zuen jada. Horretarako, tratamenduan dauden pertsonak lan-ingurunetik ez aldentzea eta bertan txertatzea errazten duten mekanismoak indartzea proposatu zen; eta oinarrizko gizarte-eskubideak eskuratzeko eta gozatzeko pertsonaren gizarteratzea helburu duen arreta integral eta koordinatua, gizartean aurki ditzakegun pertsonen profil anitzak kontuan hartuta (Ministerio de Sanidad. Gobierno de España, 2020).

Birgizarteratze hitzari ematen zaizkion definizio edo erabilera horietatik guztietatik, autore askok birgizarteratzeak, gizartean txertatzea edota berrezi hitzak fenomeno berari erreferentzia egiteko erabiltzen dituztela ondoriozta dezakegu. Hau da, normalean ez da bereizketarik egiten birgizarteratzea eta txertatzearen artean, adibidez. Hala ere, lanean zehar birgizarteratzeari buruz hitz egitean, drogazaleak tratamendua amaitzean jasan behar duen prozesuari erreferentzia egingo zaio; izan ere, aurretik, droga menpekotasuna zuen pertsonak, hainbat faktoreren eraginengatik, isolamendu edo bazterketa aldi bat bizi izan ahal zuen eta tratamenduarekin, suposatzen da, gizartera berriro “ateratzeko” gaitasunak eskuratu dituela.

Esan bezala, badaude birgizarteratzean eragina izan dezaketen zenbait faktore, hala nola estigma edo estigmatizazioa, pertsonak duen laguntza-sarea edo eskura dituen baliabideak. Era berean, pertsona baten birgizarteratzea eraginkorrago edo gutxiago egiten duten zenbait ezaugarri daude. Atal honetan, droga-mendekotasun batek egin dezakeen birgizarteratze-prozesua ikusiko dugu edo baita hari eragiten dioten faktoreak, bai arriskuak bai babesak; Horrez gain, gizartean aurki ditzakegun protokolo, programa edo birgizarteratze estrategiak.

Hala eta guztiz ere, kontuan izan behar da birgizarteratzeari buruz hitz egitean tratamenduari esker pertsonak lortutako abstinentzia mantendu eta ongizate psikologiko edo fisikoa hobetzeari egiten zaiola erreferentzia, kontsumoan errepikapenak saihestuz edo patologia mentalaren kasuan egonkortasuna mantenduz. Horrek ez du esan nahi estrategiak kalteak murrizteko programetan parte hartzen duten pertsonen aplikagarriak ez direnik.

Gutxieneko bizi-baldintzak izateaz gain edota bizitzeko oinarrizko beharrak asetzeaz gain, hala nola etxebizitza, janaria edota higiene-ohiturak, adibidez; autonomia

pertsonala ahalbidetzen duten baliabide ekonomikoak izatea edota lan egonkorren bidez familia-ardurei aurre egitea gizarte-laguntzako sare normalizatua izatea eta kultura, aisialdi eta harreman espazioetan parte hartzea familiako kideekin edo bere inguruko edonorekin eta, azkenik, izapidetzen ari diren administrazio- edo legezko prozedurak kudeatu ahal izatea, hala nola isunak edo egoera erregulatzea lortu nahi ohi da (Arroyo Cobo & Sanz Sanz, 2013, or. 11). Arlo horiek guztiak lantzeak pertsonak burutzen duen gizarteratze prozesua arrakastatsuagoa izatea egin dezake edo behintzat kontsumora itzultzea zailagoa izatea.

4.1. Birgizarteratze prozesua

Lehen esan bezala, gizarteratzea da droga-mendekotasuna tratatzeko programan gertatzen den azken fasea, zeinetan pertsona gizarteratzen den edota tratamendua burutu baino lehen kanpoan zuen bizitzarekin berriz konektatzen duen. Gizarteratze horrek oinarritzko bi eremu ditu: autonomia eta parte-hartze soziala.(Gallizo Llamas, 2007, or. 67). Autonomia gisa ulertzen da pertsonak bere buruaz erabakitzeko duen gaitasuna, gizarte parte-hartzea ahalbidetzen duten baliabide eta trebetasunekin osatua dagoena. Hau da, ezin da pertsona bat gizarteratu denik pentsatu, gizarte horretan parte hartzen ez bada edo horren parte ez bada, baina parte hartzea burutzeko beharrezkoa da gizarte-gaitasun nahikoak izatea edo jarrera edota trebetasun egokiak garatzea (Gallizo Llamas, 2007, or. 68). Bestalde, gizarte parte-hartzea, herritarrek beren komunitateen garapenean eragina duten baliabideen eta ekintzen kudeaketari buruzko erabakiak hartzeko esku-hartze gisa ere uler daiteke (Gobierno de México, 2016). Hau da, gizartea edo komunitatea pertsona multzo batek osatzen dute eta multzo horren barruan dauden pertsona guztiak bertan parte hartzeko aukera desberdinak izango dituzte. Parte hartze hori komunitatearentzat onuragarriak izan daitezkeen ekintzak burutuz, sustatuz edota antolatuz eman daiteke, adibidez.

Hala eta guztiz ere, kontuan izan behar da pertsona batzuentzat birgizarteratzeko prozesua korapilatsu samarra izan daitekeela. Birgizarteratzearen helburu nagusia da pertsonak bere bizitzaren kontrola berreskuratu ahal izatea, mendekotasunean galdutako ohiturak edo zaletasunak berreskuratzea edota berriak eskuratzea. Beraz, birgizarteratzeak pertsonaren bizitzako alderdi asko hartzen ditu eta, oro har, inguruko pertsonen laguntza eta onarpena bilatzen du, gehien bat isolamendua saihesteko (Centro Clinico Adicciones , 2022). Hau da, birgizarteratzean pertsona bakoitzak dituen

inguruabarrak kontuan hartu behar dira eta gerta liteke inguruabar horiek desegokiak izatea edota pertsonaren birgizarteratze prozesuan oztopo bat suposatzea.

Beraz, kontuan izan behar da errehabilitazio prozesuan edo tratamenduan zehar harremanak edo laguntza sareak hautsi daitezkeela, edo ahuldu egin daitezkeela; izan ere, tratamendu askotan, errehabilitazio programa gehienetan, programa burutzeko pertsona zentro batean barneratuta egon behar da eta barneratze horretan kanpoko erlazioak mantentzea zaila izan daiteke. Birgizarteratzean, pertsonak kanpoko errealitatearekin duen lotura bilatzen da, hau da, tratamendutik kanpo gertatzen den errealitatearekin berriro konektatzea bilatzen da. Horretarako, garrantzitsua da pertsona bere laguntza-sarearekin berriro konektatzea eta harreman horiek sendotzea; izan ere, harreman horien bitartez bere egunerokotasunean aurkitu ahal dituen oztopoei aurre egitea errazagoa izan daiteke, kontsumora jotzeko beharra izan edo sentitu gabe. Birgizarteratzean, pertsonaren autonomia bilatu behar da, eta horrek autonomia ekonomikoa dakar. Hori dela eta, birgizarteratze prozesuan pertsonak lana bilatzeari hasiera ematen dio, baina gerta daiteke, hainbat kasuetan, hori baino lehen pertsonak bere heziketa edo lan-prestakuntza landu behar izatea lan munduko aukerak eskuratzeko. Prozesu hau prozesu orokortua bada ere, kontuan hartu behar da pertsona bakoitzaren egoera ezberdina dela, beraz, berriz gizarteratzeko prozesua ezberdina izango da. Beraz, prozesu honetan egiten diren esku-hartzeak indibidualak izan behar dira eta pertsona bakoitzaren beharretara egokituak egon behar dira.

Beste modu batera esanda, familia sozializazioaren oinarritzko mekanismo bat da. Familiako kideek erakusten diote pertsonari gizartean dauden arau sozial guztiak eta gizartean ondo moldatzeko behar dituen baliabideak eskaintzen dizkio. Hori dela eta, droga menpekotasunen inguruko tratamendu bat jasotzerakoan familiaren parte hartzea, bai tratamenduan zehar, bai birgizarteratzean, beharrezkoa izango da birgizarteratze prozesu eraginkor bat izateko. Izan ere, familiaren laguntza izateak pertsonari era osasuntsuago batean garatzeko aukera emango dio, baita harreman familiar egokiagoak garatzeko edota ahuldutakoak konpontzeko aukera (Correa-Pérez , Ramírez-Macías, & Restrepo-Segura, 2023, or. 170).

4.2. Birgizarteratze prozesuan eragina izan dezaketen faktoreak

Hainbat faktore bihur dezakete pertsona baten birgizarteratze-prozesua eraginkorrago edo konplikatuagoa. Faktore horien artean, laguntza sarea edota drogazaleek jasan duten edo jasan dezaketen estigmatizazioa aurkitzen dira.

Laguntza sarea bizimodua hobetzen laguntzen dioten helburuak edo helburuak lortzeko behar duen subjektuari laguntza ematen dion erakundea da. Sare hau familia edo lagunek edo komunitateko beste kide batzuek osatu dezakete. Droga menpekotasunen tratamenduaren kasuan, pertsonak jasotzen duen tratamenduan lan egiten duten profesionalak laguntza sare horren parte bihurtzen dira, gaiak hainbat egoerei aurre egiteko behar ditzakeen tresna desberdinak eskain ditzaketelako (Abarca Cardona, Reyna Moctezuma eta García Figueroa, 2022, or. 20). Hau da, pertsona bat tratamenduaren birgizarteratze fasera iristen denean eta gehiago kalera ateratzen hasten denean, eguneroko arazoak topa ditzake (esaterako, familia kideekin edota lankideekin liskarrak edota edozein motatako arazoak) eta horiei aurre egiteko estrategia egokiak garatzeko laguntza behar izan dezakete. Laguntza sareak pertsonak behar duen laguntza hori eskaini dezake, pertsona bakoitzak ahal duen heinean.

Laguntza sare terminoarekin batera, sare sozial terminoa ere izendatu izaten da. Hori prozesu interaktibo gisa definitzen da, eta horri esker norbanakoak txertatuta dagoen edo parte den sare sozialetik laguntza emozional, instrumental eta ekonomikoa lortzen du (Garmendia, Alvarado, Montenegro eta Pino, 2008, or. 170). Bi definizioak alderatuz, ikus daiteke biek aipatzen dutela subjektuak laguntza behar izanez gero, bai laguntza sareak, bai sare sozialak euskarri bezala erabili daitezkeela. Hau da, pertsonak bere laguntza-saretik edo sare sozialetik jaso dezakeen laguntza ez da beti berdina izango, sare hori osatzen duten norbanakoek beren gaitasunen arabera laguntza eskainiko diote eta. Adierazitako sareak egoera konplikatu edo konplexuetan lagun diezaiokete pertsonari, egoera horri aurre egiteko edota kontsumitu ez dezan. Beste era batera esanda, egoera batek pertsona bati ondoez emozionala eragiten badio, bere laguntza sarearen barruan dauden pertsona jakin batzuk erabil ditzake egoera horri aurre egiteko edo bere ondoez emozionalari aurre egiteko.

Horregatik, laguntza sareak eskaini dezakeen laguntza lau eremu edo esparrutan bana daiteke. Lehenengoa, emozionala, enpatia, zaintza, maitasuna eta konfiantza barne hartzen dituena. Bigarrena, instrumentala, behar dutenei zuzenean laguntzen dieten jokabide espezifikoek ezaugarria barneratzen ditu. Hirugarrena, informatiboa, kaltetutako pertsonari ezagutzak ematen dizkiona, egoera problematikoei aurre egin

diezaion. Azkenik, laugarrena, ebaluazioa, informazioaren transmisioan labur daitekeena eta egoeraren ebaluazioaren bitartez erabakiak hartzeko gomendioak eman daitezkeen (Garmendia, Alvarado, Montenegro eta Pino, 2008, or. 170). Laguntza sare baten parte diren kideak eremu desberdinetatik laguntzeko gaitasunak izan dezakete, hau da, gertuko familia kide batek (ama edo aita, adibidez) laguntza emozionala eman dezake, non pertsona ulertua sentitu daiteke, baina gerta liteke lagun batek laguntza instrumentalagoa ematea eta egoerari nola aurre egin adieraztea.

Hala ere, kontuan hartu behar da sare hauek formala eta informalen artean banatuta daudela. Lehenengoen kasuan, sare formalak komunitateko eta erakundeetako arretako erakundeak osatzen dute. Bigarrenak, berriz, familia eta lagun taldeek osatutakoak dira (Abarca Cardona, Reyna Moctezuma eta García Figueroa, 2022, or. 20). Euskarri formalen eta informalen arteko bereizketa hainbat modutan ikus daiteke, eta horien artean dago lehen mailako taldea. Talde hau informala da, laguntza sare gisa egituratuta ez dauden harreman pertsonal, familiar eta komunitarioetan oinarritzen baita. Kontuan izan behar da familia laguntza iturri ohikoena izaten dela, afektuari arreta jartzen baitio eta sozializazioa suspertzen baitu komunikazioaren eta intimitatearen oinarritzko beharrak asetuz. Bestalde, lagun eta auzokideen sareak euskarri baliotsuak izan daitezke, kidetasuna, interes komunak edota partekatutako jarduerak elkar banatzen baitira. Horretaz gain, lagunek eman ohi duten laguntza pertsonalagoa izaten da; izan ere, lagunak pertsonaren berdinen taldeko partaideak dira eta nerabezaroan, gehien bat, berdinen taldeak adierazten duena pisu handia hartzen du. Talde honetaz gain, bigarren mailako taldea ere aurki dezakegu, formala dena, bere kideek eginkizun espezifikoak garatzen baitituzte zenbait arlo zehatzetan helburu zehatzak kontuan hartzen dituen erakunde formal eta egituratu batean oinarrituta eta, beraz, gobernuz kanpoko erakundeekin integra daiteke. Bigarren mailako talde horren barruan errehabilitazio prozesuan parte hartzen duen talde teknikoa kokatu daiteke, adibidez (Centro de Centroamericano de Población, or. 85-86).

Honetaz guztiaz gain, lehenago adierazi bezala, kontuan izan behar da mendekotasun-fase aktiboan edo baita tratamenduan ere, pertsonak zituen gizarte-laguntza sareen galera egon daitekeela, kontsumoak pertsona isolatu edo aldendu dezakeelako. Hau da, kontsumo aktiboan zehar pertsona baztertua izan daiteke bere laguntza saretik; izan ere, pertsona hori bere lagun taldean substantziak kontsumitzen dituen bakarra baldin bada bere betiko lagun taldea alde batera uztera irits daiteke. Beraz, birgizarteratzeko fasean

kaltetutako sare sozialen berregituraketa lantzea edo laguntza sare berriak ere txertatzea beharrezkoa izan daiteke, aurrekoak onak edo nahikoak izan ez badira (Rodríguez Kuri & Fernández Cáceres, 2014, or. 58).

Hori ikusita, nabarmendu beharreko bigarren faktorea sortzen da: estigmatizazioa. Droga-mendekotasunaren kasuan, estigmaren eraketa areagotu egiten da laguntza eskatzeko motibazio edo baliabide faltagatik edo jasaten duten estigmatizazioaren ondorioz agintariekin arazoak izateko beldurragatik. Hau da, droga-mendekotasuna duten pertsonak laguntza eskatzeari uko egin diezaioke errespetuz tratatuak ez izateko beldurra izateagatik. Kontuan izan behar da droga-kontsumoa GIB edo buruko osasun-arazoak eta delitua bezalako estereotipoekin lotzen dela, eta horrek estigmaren agerpena eta esperientzia deserosoen bizipena eragin dezake. Hau da, mendekotasun-nahasmendua duten pertsonak indarkeriarekin, droga-trafikoarekin eta prostituzioarekin lotzen dira, batez ere emakumeen kasuan, gizartean dagoen estigmaren ondorioz. Horretaz gain, euren arazoaren erantzuletzat jo ohi dituzte, kontsumoa edo menpekotasuna “bizio” bat izango balitz bezala edota hura uzteko borondate eza izango balute bezala, osasun arazoa dela alde batera utziz (Red Iberoamericana de ONG que Trabajan en Drogas y Adicciones, 2019, or. 8-9).

Estigmatizazioaren aurrean, arazoaren hiru alderdi identifikatzen dira. Lehenengoa, autoestigma, pertsonak bera bere burua estigmatizatu egiten du eta ondorioz lotsak baldintzatuta ezkutatu egiten dira. Bigarrena, estigma soziala, mendekotasuna duen pertsona bat zer den ulertzen ez duen eta substantziaren mendekotasuna bizio gisa sailkatzen jarraitzen duten biztanleen arbuioan oinarritutakoa. Azkenik, hirugarrena, gizarte- eta osasun-sektoreko estigma, non drogazaleak gogaikarri gisa hautematen diren eta haiek entzun baino lehen etiketatzeko joera hautematen den, nolabaiteko sensibilizazio edo prestakuntza faltagatik (Pascual Mollá & Pascual Pastor, 2017, or. 224).

Honetaz gain, kontuan izan behar da estigmaren bidez bizi-kalitatea gutxitzea eta buruko osasunaren hondatzea gerta daitekeela; izan ere, substantziak baztertzeko gaitasuna murriztu daiteke, batez ere autoestigmatizazio handia duten pertsonen artean. Era berean, estigmatizazioak tratamendua bilatzeko saiakerak murriztu edota tratamenduaren emaitza kaskarragoak eragin ditzake. Bestalde, kalitate baxuagoko zerbitzuetara bideratu dezake, non min kronikoa duten opioideen errezetarako sarbidea murrizten den edota mendekotasunen arretari lehentasuna kentzen den. Gainera,

estigmak pertsona bat bakarkako kontsumoa izatera ekar dezake, gaindosi baten kasuan heriotza bakarti bihurtzen dena, eta laguntzarik ez bilatzera bideratu dezake (Comision Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2022, or. 5-6).

Estigmatizazioaren kontzeptuari ere genero ikuspegia eman behar zaio, emakumeak gehiago jasan ohi baitute. Hau autoestimu baxuarekin lotuta dago, droga-mendekotasunerako arrisku-faktorea baita; izan ere, genero-aginduak eraldatu diren arren, emakumeen autoestimuan ondorio kaltegarriak eragiten ditu estigmatizazioak. Hau da, emakume ereduak emakumeak beraien bizitzako esparru ezberdinen inguruan dituzten exigentziak areagotu dituzte eta ia lortzerik ez duten eredu idealizatuak bihurtzera bideratuak izaten dira. Aldi berean, emakumeek jasaten duten estigmatizazioak autoestimu osasuntsua lortzeko oztopo nagusietako bat bihurtu da (Castaños, Meneses, Palop, Rodríguez eta Tubert, 2007, or. 115). Horrez gain, ama diren emakumeek duten zailtasun gehigarria gehitu behar dugu, amaren rola berreskuratzea bereziki konplexua baita, askotan seme-alabekiko deskonexio historia bat dagoelako. Hau da, ohikoa izan ohi da droga mendekotasuna duten emakumeek beren seme-alaben zaintza hirugarren baten eskutan utzi behar izana, bere amaren eskuetan adibidez, eta, hori eta gero, amaren rol hori berreskuratzeko ahaleginak ez dira eraginkorrak izaten; izan ere, seme-alaben eta bere gain hartzen dituen pertsonen artean, amarekiko mesfidantza edo erresumina sentimenduak nagusitzen dira. Honek, ama familiaren dinamikan berriro txertatzea zaildu egiten du, berriz bere birgizarteratze prozesua zailduz (Rodríguez Kuri, Pérez Islas eta Fernández Cáceres, 2017, or. 46).

Horri, gehitu behar zaio droga menpekotasuna duten pertsonak beraien bizitzan zehar burututako portaera deliktiboetatik jasotako atxiloketek erakunde formalekiko lotura galtzea eragiten duela eta, ondorioz, pertsona egoera zaurgarriago batean kokatzen da, marjinazioa edota isolamendua handituz. Arrisku-faktore gisa pobrezia gehitu behar da; izan ere, tratamendua dohaina ez den eremuetan baliabide ekonomiko baxuagoak dituztenek zailtasun handiagoak izan ahal dituzte beharrezko tratamendua jasotzeko. Beraz, autonomia ekonomikoak birgizarteratze prozesuaren eraginkortasunean eragin dezake eta, ondorioz, birgizarteratzea arrakastatsua izan dadin laguntzen duen faktorea izan daiteke (Rodríguez Kuri & Nute Méndez, 2013, or. 194).

Arrisku-faktore horiez gain, tratamendu-prozesuetan arrakastarekin zerikusia duten zenbait faktore aurkitu dira. Besteak beste, honako hauek daude: laneratzea, familia-gatazkarik ez izatea, ama eta aitaren menpekotasunik eza, ikasketa-maila ertaina edo

altua izatea, heroina kontsumitzaile ez izatea, alkoholik edo kalamua ez kontsumitzea, patologia mentalik ez izatea edota motibazioa izatea (gehien bat seme-alaben harremana berreskuratzeko motibazioa izateak). Baita ere, aurretik tratamendurik egin ez izana eta espetxe-historia ahalik eta gutxien izatea, bai zigorraren iraupenari dagokionez, bai onarpen-kopuruari edo adinari dagokionez (Menéndez Vega & García Gutiérrez, 2018, or. 110).

Laburbilduz, gizarte-laguntza funtsezkoa eta erabakigarria izan daiteke birgizarteratze arrakastatsua lortzerako orduan; izan ere, laguntza-sare on bat ez edukitzeak birgizarteratzea konplikatuagoa egiteaz gain, pertsona berriro substantzietara jotzea eragin dezake. Gorago esan bezala, birgizarteratzea bi norabideetara doan prozesua da; izan ere, pertsona gizarteratzen saiatzen den arren, gizarteak hura onartzen ez badu, baliteke birgizarteratzea egokia ez izatea. Hortaz, drogazaleek ez dute soilik estigmatizazioaren aurka borrokatu behar, gizarte osoak ahal den guztia egin beharko luke estigmatizatu ez daitezen, estigmatizazio terminoak murriztuz, adibidez. Hala eta guztiz ere, jarraian aurkeztuko diren birgizarteratze-estrategietan edo programetan droga-mendekotasunari jarriko dio arreta, eta ez gizarteari; izan ere, estrategia horiek laguntza sare eraginkorra edo birgizarteratze eraginkorra izatera bideratuko dira.

4.3. Birgizarteratze estrategiak

4.3.1. Birgizarteratze soziala eta lan arloko programak

Gizarteratzeko ekintzek gehienetan pertsonen enplegurako sarbidea erraztea dakarte, orduan txertatze soziolaboralari buruz hitz egin beharko litzateke. Enplegua edo bertara sartzeak diru-sarrera ekonomikoa ematen dio pertsonari eta, horren bidez, nolabaiteko autonomia eta independentzia pertsonala lor dezake (Arroyo Cobo & Sanz Sanz, 2013, or. 11).

Hala eta guztiz ere, kontuan izan behar da gizarteratze arrakastatsua izateko pertsonak bere oinarrizko beharrak asetuak izan behar dituela, etxebizitzarako sarbidea, adibidez. Hori dela eta, Euskal Autonomia Erkidegoan gizarteratzeko prozesuei laguntzeko egoitza zerbitzuak eskaintzen dira, non pertsonari bizileku bat ematen zaion, bere gizarteratzeko prozesua egiten duen bitartean. Bizkaian egonaldi erdiko egoitza-zerbitzuak eskuragarri daude, hasiera batean 6 hilabeterako diseinatuta daudenak, baina beste 6 hilabetez luza daitezke zentroko profesionalek hala gomendatzen badute. Gainera, zerbitzu hau gizarteratzeko eguneko zerbitzuaren osagarri izan ohi da, non

eguneko zentro bat eskaintzen den eta bertan pertsona bakoitzak bizitza independentea lortzeko egin behar dituen esku-hartze prozesuak egituratzen diren (Bizkaiko Foru Aldundia, sf). Gipuzkoan, Foru Aldundiak ematen dituen onurez gain, badira Loiola Etxea bezalako zerbitzuak, non gizarteratze prozesuetan esku hartzeko espazio alternatibo bat hartzen den, baina kasu honetan espetxetik atera diren pertsonentzat bideratuagoa dago (nahiz eta ez izan horrentzat eksklusiboki). Hala ere, programa horretan pertsonen elkartzeko eta akonpainamendurako espazio bat eskaintzen zaie eta, proiektu batzuen kasuan, etxebizitza batean bizitzera pasa daitezke trebetasun eta gaitasun sozialak garatzeko edo komunitateko loturak sendotzeko (Asociacion Loiola etxea - Elkartea, s.f.).

Bestalde, arestian esan bezala, birgizarteratze eraginkorra izateko, enplegua beharrezkoa da, baina prestakuntza ere oinarritzeko elementua da enplegurako sarbidea errazteko orduan (Díez García, 2011, or. 128). Beraz, birgizarteratze esku-hartzea prestakuntzara edo hezkuntzara bideratu daiteke. Hau da, pertsona batek gutxieneko ikasketarik ez badu, ikasketa horiek lortzera bideratu daiteke, baina dagoeneko ikasketa batzuk baditu, esku-hartzea lan-merkatuan txertatuko duen etengabeko prestakuntzara bideratu daiteke. Birgizarteratzea etorkizunari begiratzeko momentu aproposa izan daiteke, pertsonak etorkizunean nahi duen lana edota bizitza estiloa planteatu daiteke, eta behin ideiak argitu eta gero etorkizun hori lortzeko beharko dituen baliabideak lortzera bideratu daiteke birgizarteratzea.

Hala ere, birgizarteratze soziolaboralerako garrantzitsua da pertsona bakoitzak izan ditzakeen gaitasun sozialak lantzea. Gizarte trebetasunak pertsonen arteko zereginak modu kompetentean gauzatzeko behar diren portaera edo trebetasun sozial espezifikoak dira. Hau da, beste pertsonekin elkarrekintzan erabiltzen diren bereganatutako eta ikasitako jokabideen multzoa dira. Hori dela eta, trebetasun sozialen prestakuntzak pertsonari bere sentimenduak, nahiak edo iritziak besteak mehatxatu edo zigortu gabe adierazten lagundu diezaioke; norberaren eskubideak defendatzea eta besteen eskubideak eta beharrak errespetatzen edota bakoitza bere buruaren kontzeptu egokia garatzen lagundu dezakete. Baita besteekiko errespetua edota haien ikuspuntua erreparatzen lagundu dezakete (Rosales Jiménez, Caparrós Flores, Molina Rubio eta Alonso Delgado, 2013, or. 32-33). Gizarte trebetasunen garrantzian oinarrituta, gizarte trebetasunen esku hartzea sortzen da, jokabide terapiaren edo bestelako ikuspegi psikoterapeutikoen estrategia eta tekniken multzo gisa definitzen dena. Zeinak

norbanakoaren errendimendu soziala eta pertsonen arteko harremanen arloan haien gogobetetasuna hobetzea helburu duenak. Hau da, esku hartze estrategietan edo tekniketean oinarritzen da; izan ere, horiekin gizarte trebetasunen abilezia hobetzen joaten da. Pertsonak gehien bat bizitako esperientzietatik ikasten dute; beraz, esku hartzea jokabide egokien behaketan eta lanketan oinarritu daiteke horiek hobetzeko edo indartzeko. Hori dela eta, esku-hartzearen oinarria ikaskuntza sozialean dago (Betina Lacunza, 2012, or. 65).

Prozesu hauetan gehien inplikatzeko diren teknikak ondorengoak dira: instrukzioak, non pertsonari jokabide egokiak zein diren jakinarazten zaion; modelizatzea, portaera egokiak burutzeko saiakera egiten den; portaera proba, portaerak errepikatu egiten dira horiek hobetzeko; eta, azkenik estrategiak, non subjektuek benetako egoerei aurre egiten dieten adierazitako estrategian bidez (Betina Lacunza, 2012, or. 69).

Hala ere, kontuan izan behar da orokorrean gizarte-trebetasunei buruz kontuan hartu ohi diren estrategiak edo esku-hartzeak haurtzarora edo nerabezarora bideratu ohi direla, beraz, behar dituen pertsonaren profilerak egokitzea guztiz beharrezkoa izango da, hau da, ezin ditugu haurtzarora bideratutako estrategiak helduetan gauzatu, helduei beraien inguruabarrak kontuan hartzen dituzten estrategiak aplikatu behar zaizkie. Horrek ez du esan nahi trebetasun sozialak egokiak ez diren eta, adina izan arren, gaitasun horiek landu edo trebatu behar ez diren; izan ere, pertsonak bere beharrak besteen gainetik jartzen dituenen, edo alderantziz, bere gaitasun sozialak ez dira egokiak eta landu edo aldatu egin behar. Era berean, gizarte gaitasun faltagatik pertsonak harremanetarako zailtasunak dituen egoeratan horrelako estrategiak erabilgarriak izan daitezke, horiek pertsona edozein gizarte-inguruetan konfiantzaz mugitzea lortu dezaketelako.

4.3.2. Laguntzako sareak sustatzeko estrategiak

Pertsona bakoitzaren laguntza-sarea lantzeko, lehenik eta behin pertsona horrek dituen loturak identifikatu behar ditugu, halakorik balego; izan ere, presente izan behar dugu migrazioagatik edota bestelako faktore askorengatik gerta litekeela pertsonak laguntza sarerik ez izatea. Hala eta guztiz ere, pertsona bakoitzak duen laguntza sarea identifikatu ahal izatea eta, horrela, bertan aurkitzen diren loturak ere landu ahal izatea birgizarteratzean lagungarria izan daiteke.

Laguntza sare baten dauden harremanak edo loturak identifikatzeko sare maparen metodoa erabil dezakegu, eta horri esker pertsona bakoitzak duen sare sozialaren

bistaratzeari errazagoa izan daiteke. Mapa hau hiru esfera edo maila dituen diana gisa irudikatzen da, eta horri esker, pertsona bakoitza maila ezberdinetan kokatzen da pertsonarekiko duen hurbiltasunaren arabera. Hala ere, diana hori lau koadrantetan banatzen da: familia, lagunak, lankideak eta beste pertsona garrantzitsu batzuk. Hau da, pertsona dianaren erdian kokatzen da eta koadrante bakoitzeko pertsona bakoitza hiru mailen artean sailkatuko du beregandik duen hurbiltasunaren arabera. Teknika honi esker, erabiltzaileak garrantzitsutzat jo ditzakeen pertsonak identifikatu ahal dira eta bakoitzarekin duen harremanaren egoera edo errealitatea ikus daiteke. Horrela, ahuldu diren harremanak identifikatu ahal dira edota egoera desberdinen aurrean laguntza eske joan daitekeen pertsonak identifikatu ahal dira. Gainera, pertsona horrentzat diseinatuko den esku hartzea askoz indibidualagoa izango da (Arranz López, 2010).

Ildo beretik, laguntza sareak duen garrantzia ikusita pertsona bakoitzak bere laguntza sareak identifikatzea lagungarria izan daiteke bakoitzaren inguruabarrak kontuan hartzen dituen esku hartze bat burutzeko edo lantzeko. Hala ere, immigratzaileen egoera kontuan hartu behar dugu. Izan ere, beraien kasuan, gerta liteke haien laguntza sarea jatorrizko herrialdean izatea eta, ondorioz, bizitzen ari diren herrialdean laguntza sarerik ez izatea. Hori dela eta, agian beraien kasuan esku hartzea laguntza sare egoki bat garatzera bideratuagoa egon beharko litzateke etorkizunean bizi diren herrialdeko gizartearen guztiz gizarteratzeko.

Pertsonak dituen laguntza-sareak identifikatu ondoren, esku-hartzea sare sozialetan aplikatu daiteke, sare sozialak bere kideen jokabidean neurri batean eragiten baitu gizarte-konparazio prozesuen bidez edota beste pertsona batzuekin burutzen den sozializazioaren bidez. Hala eta guztiz ere, kontuan izan behar da eragin maila sare hori eratzeko moduaren arabera izango dela, hau da, sare horrek pertsonarengan duen eragina pertsona horrek barnean duen integrazio mailaren, posizioaren edota rolaren arabera izango da. Era berean, sareko beste kide batzuk edota lotura horiek pertsonaren bizitzan duten garrantziak eragina izango du. Horregatik, hainbat autoreren arabera, familia eta gizarte sareko kideen artean nagusi diren arauak faktore garrantzitsutzat jotzen dira menpekotasuna gainditzeko; izan ere, familia baten barnean droga kontsumoa ohikoa izanez gero, menpekotasuna gainditzen saiatzen den pertsonarentzat oztopo bat suposa dezake sare sozial hura izatea.. Hala eta guztiz ere, nabaria da erabiltzaileen familia sareek pertsonarteko harreman gatazkatsuak eta kideen

arteko komunikazio eskasa izan ohi dituztela(Galván, Serna eta Hernández, 2008, or. 398).

Beraz, sareetan burutzen diren esku hartze sozialek gizarte sarean antolakuntza koherente bat ezartzeko helburua izan behar dute, horiek laguntza, indartze eta argitze eremu bihurtuz. Horrek, sareen birformulaketa bat suposatu dezake edo laguntza ahalbidetzen duen gutxieneko antolakuntza bat lortzea adierazi dezake, hala nola komunikazio-zubiak ahalbidetzea, adibidez (Cerde Carvajal, 2020, 62. orrialdea). Kontuan izan behar dugu laguntza sareen estruktura ez direla zertan beti egokiak izango hasieratik; izan ere, gerta daiteke guraso batek bere seme-alabekiko erlazioa lagun arteko erlazio gisa planteatzea eta, ondorioz, guraso horrek ez izatea inolako aginterik bere seme-alabekiko edota beraien erreferentea izaten uztea. Horrelako egoeren aurrean, laguntza sareak berriro antolatu behar dira, harremanen noranzkoa finkatuz edota harremanetan aurkitzen diren ahuldurak indartuz. Bestalde, sareetan esku hartzeak pertsonak lehendik dituen sareak sendotu nahi ditu komunikazioa edo dinamika hobetzeko estrategien bidez; izan ere, gerta liteke pertsona batek laguntza sare bat izatea, baina ez jakin nola gerturatu laguntza sare hori osatzen duten pertsonetara epaitua izateko beldurragatik, adibidez.

Birgizarteratzeari dagokionez, esku-hartze hau pertsona oraindik errehabilitazio zentroan dagoenean egin daiteke, horrela etorkizunera begira landutako komunikazio edo hurbiltze mekanismoek laguntza sarearen erabilera egokia egiten lagun dezakete bestelako hirugarren pertsonaren parte hartzea gabe.

Bestalde, autolaguntza talde programak drogazalearen laguntza sarearen parte izan daitezke. Hau da, autolaguntzak bere burua zaintzean eta bizitzako egoerei erantzuteko hartutako ekintzetan eta erabakietan erantzukizun pertsonala bere gain hartzea dakar. Hori dela eta, autolaguntza taldeek taldekideek kontsumotik urruntzeko edo urrun mantentzeko behar duten laguntza eskaintzea dute helburu. Hau da, euren kideei kontsumoarekin lotutako zailtasunak gainditzeko behar duten laguntza eskaini ohi zaio, beti ere, parte-hartzaileak euren aldaketa prozesuen erantzule egiten den heinean. Autolaguntza taldeek laguntza emozional eta instrumentalaren kalitatea areagotzen eta sare sozialak sendotzen laguntzen dute, bileren maiztasunaren eta kideen taldean iraunkortasunaren bidez. Hau guztia esanda, autolaguntza taldeak aldizka elkartzen dira eta bakoitzak landu nahi dituen gaiak jorratzen dira; beraz, parte hartzea ez da derrigorrezkoa. Izan dezakeen abantailetakoa bat zirkunstantzia beraren aurrean

ikuspuntu desberdinak aurki daitezkeela da, hau da, pertsona bat taldera bere egunerokotasunean aurkitu duen arazo bat eramaten badu arazo beraren aurrean bi pertsona ezberdinek modu ezberdinean joka dezakete edo ikuspuntu desberdinak izan ditzakete eta horiek elkar banatzea egoerari beste era batera aurre egiten lagundu diezaioke pertsonari (Ministerio de Salud y Protección Social, 2010, or. 15-20).

Ildo beretik, familiako kideentzako laguntza taldeak ere aurkitzen dira. Hau da, bere inguruan mendekotasuna duen pertsona bat dutenentzat bideratutako taldeak dira eta horietan pertsona horren mendekotasunak edota kontsumoak inguruko bidelagunentzat suposatzen duena landu daiteke. Familiako kideentzako laguntza-taldeak harreman dinamikak edota kontsumotik eratorritako arazoei aurre egiteko estrategiak lantzerantz bideratuak izan ohi dira. Era berean, familiako kideentzat lasaitasuna lortzeko modu bat izan daiteke. Laguntza taldeak aldian-aldian elkartzen dira eta, autolaguntza taldeetan bezala, parte hartzea ez da derrigorrezkoa, planteatzen diren gaiak edonork planteatu ahal ditu eta bestelako partaideak erabakiko dute zein momentutan esku hartu. Helburua da familiako kideak elkarren artean konektatzea hainbat istorioren bidez eta norberaren arazoei aurre egiteko planteamendu berriak aurkitzea; izan ere, besteen historiak entzuteak familiako kideek senti ahal dezaketen bakardade sentazioa ezabatu dezake (Ministerio de Salud y Protección Social, 2010, or. 27-29).

Talde hauek leku egokia izan daitezke ezaugarri bat partekatzen duten pertsonak beste pertsona batzuekin harremana izateko. Kasu honetan, talde horietan parte hartzen duten pertsonak mendekotasuna, pertsonala edota familia kide batena dute lotura puntu gisa. Hala ere, mendekotasuna ez da zertan talde horien erdian egon behar edo ardatz nagusia izan behar. Birgizarteratzeari dagokionez, errehabilitazio programan zehar pertsonak jada bere mendekotasuna landu du, baina esperientzia berdinak edo antzekoak izan ditzaketen pertsonekin hitz egiteak lagun dezake egoera gatazkatsuari aurre egiten. Hau da, taldeak droga kontsumitzaileek garatu ohi duten autoestigma lantzeko erabil daiteke, adibidez, eta bakoitzak gaiari buruz eman ditzaken ikuspuntua baliagarria izan daiteke gainerako taldekideentzat. Hala eta guztiz ere, taldean menpekotasunarekin zerikusirik ez duten gaiak edo horren ondorioak ere eztabaidatu daitezke, edozein pertsonak bere eguneroko bizitzan izan ditzakeen arazoei buruz hitz egin daiteke. Beti ere, kontuan izan behar da arazo beraren, aurrean dauden ikuspuntuak pertsonari lagun diezaioketela, edo baita horri buruz hitz egiteak eta entzuna edo ulertua sentitzeak ere.

Birgizarteratze estrategien atalean hainbat gai azpimarratu behar dira. Hasteko, birgizarteratze terminoarekin dagoen eztabaida adierazgarria da; izan ere, birgizarteratzea, berez, gizartean berriz txertatzea adierazi nahi du eta honen aurrean bi pentsamendu sortu daitezke. Alde batetik, menpekotasuna duten pertsona guztien txertaketa burutzea oso zaila dela horiek ez direlako inoiz izan gizartearen partaideak, baina, beste alde batetik, menpekotasuna duten pertsonak gure gizartearen errealitatearen parte direla kontsideratu daiteke eta ondorioz, ezin dira txertatu denbora guztian gizartearen parte izan direlako. Eztabaida alde batera utzita, birgizarteratzeari erreferentzia egiterakoan, lanean zehar, menpekoek tratamenduan zehar haien errealitatearekiko jasandako deskonexioari eta horrekin berriz harremanetan jartzeari egiten da erreferentzia. Era berean, birgizarteratzean eragiten duten faktoreak aztertu egin dira eta horien azterketak nabarmentzen du banakako esku hartzea burutzearen beharra, izan ere, paperik gabeko pertsona baten errealitatea ez da gaitasun sozioekonomiko aberatsagoa duen pertsona batenaren berdina. Estrategien inguruan laguntza sarearen beharra azpimarratu behar da, horrek pertsonari etorkizunean nolabait “egonkor” mantentzeko aukera emango dio eta. Laguntza sarea duten pertsonen kasuan horrekin lana burutu behar da, laguntza sare horren barruan ematen diren dinamikak aztertuz eta beharrezkoa izanez gero berregituratuz. Bestalde, laguntza sarerik ez duenaren kasuan hura garatzeko beharrezkoak diren gaitasunak eta trebetasunak ematea beharrezkoa da, horrela pixkanaka bere egoerarekin bat datorren laguntza sare egokia sortu dezake bere errealitate propioan. Azkenik, generoaren garrantzia nabarmendu behar da. Fenomeno sozial askotan gertatzen den bezala emakumeek asko galtzen dute menpekotasunean; izan ere, haien seme-alabekin harremana galtzeko aukera edo arriskua izateaz gain etorkizunean harreman hori berreskuratzeko oztopo ugari aurkitzen dira. Amatasuna zaintzarekin erlazionatu egiten da eta zaintza egokia jaso ez dutenentzat zaila izan daiteke zaintza hura burutu behar zuena barkatzea. Era berean, ama diren emakumeengan frustrazioak edota ezinegonak sortu daitezke harreman horiek berreskuratzeko zailtasunen aurrean. Hori dela eta lanean zehar bakoitzaren errealitateari moldatzeko beharra azpimarratu da.

IV. DROGA MENPEKOTASUNAREN ESPARRUAN APLIKAGARRI DEN LEGE TESTUINGURUA

Drogen bilakaera historikoarekin erlazionatuz, kontuan izan behar dugu 1933aren abuztuaren 4ean onartutako Alferren eta Gaizkileen legean ohiko mozkorrak eta

toxikomanoak zigortu egiten zirela portaera antisozialak kontsideratzen zirelako (Heredia Urzáiz , 2009, or. 110). Hau da, lege horretan menpekotasunekin erlazionatu portaerak zigortu egiten ziren, baina gaur egun droga menpekotasuna fenomeno sozial konplexua dela ulertu egiten da eta menpekotasuna izatea ez da zigortzen.

Atal honetan droga menpekotasunaren esparruan aplikagarria den lege testuingurua aztertuko da. Horretarako Espainia mailan eta Euskal Autonomia Erkidegoko mailan aurkitu ahal diren hainbat lege aztertuko dira.

Hori dela eta, hasteko, Euskal Autonomia Erkidegoan, adikzioen eta droga menpekotasunen, apirilaren 7ko, 1/2016 Legea Eusko Jaurlaritzak euskaraz zein gazteleraz idatzitako eta bideratutako legea da. Lege horren oinarrizko helburua gizarteko pertsonen osasuna bermatzea da eta horretako menpekotasunak osasun publikoa eta osasun politiken ikuspegitik lantzen dira. Hortaz, legean kalteak gutxitzeko estrategiak, genero ikuspuntu batetik, garatzen dira.

Lege horretako lehenengo idazpuruak menpekotasunen prebentzioari egiten dio erreferentzia, non osasunaren ikuspegitik gizartean ohitura osasuntsuak garatzeko beharra azpimarratzen da. Bestalde, bigarrenengo idazpuruak sustantzien eskaintzaren gutxitzeari, kontsumoari eta horniketari egiten dio erreferentzia, non alkoholarekiko muga edo neurri gehiago ezartzen diren horren publizitatearekiko, adibidez. Hirugarren, laugarren eta bosgarren tituluan menpekotasuna edo adikzioa duten pertsonen osasun asistentzia, inklusio soziala edota horren ikerketa aurreikusten ditu (Departamento de Salud. Gobierno Vasco, 2019).

Adierazitako legea eta “Alferren eta Gaizkileen” legea ikus daiteke menpekotasunaren tratamendu juridikoa aldatuz joan dela. Hau da, alferren eta gaizkileen legean mozkortasuna eta toxikomaniak zigortuz nolabait menpekotasuna zigortu egiten zen eta, ondorioz, menpekotasuna zuten pertsonen juridikoki egoera zaurgarrian kokatzen ziren. Baina denbora pasa hala ulertu egin da menpekotasuna konplexuagoa dela eta soilik menpekotasuna izateak egoera zaurgarrian kokatzen dituela pertsonak; izan ere, lanean zehar ikusi den bezala menpekoek estigmara edota bestelako oztopoei aurre egin behar diete. Zaurgarritasun hori dela eta babes juridiko bat jasotzea beharrezkoa da, hura gainditzeko beharrezko baliabideak bermatuz.

Hala ere, lege hori baino lehenago Gizarte Zerbitzuetako, abenduaren 5ko, 12/2008 Legea zen aplikagarri droga menpekotasunari. Lege horren helburua Euskal Autonomia

Erkidegoan Gizarte Zerbitzuen prestazioak eta zerbitzuak jasotzeko eskubidea sustatzea eta bermatzea da. Hala ere, ez da menpekotasunen prebentzioan oinarritzen, baina Gizarte Zerbitzuetatik jasoko duten nolabaiteko tratua arautu egiten du (Enkarterriko Mankomunitatea - Mancomunidad de Municipios de las Encartaciones, 2020, or. 3).

Horretaz gain, Euskadin Adikzioen eta menpekotasunen inguruko Planak sortzen dira. Plan horiek Euskal Autonomia Erkidegoko herri administrazioen estrategiak eta jarduerak planifikatzeko, antolatzeko eta koordinatzeko tresna da. Gehien bat menpekotasunen prebentzioan eta arreta integralean jartzen dute fokua. Azkenekoa VIII 2023-2027 plana da eta horren helburu orokorra Euskadi osasuntsuagoa eta sentsibilizatuagoa lortzea substantzien eta horien kontsumoaren ondorioz sortzen diren arriskuen aurrean da. Hala ere, baditu bestelako hainbat helburu, horien artean ondorengoak aurkitu daitezke: portaera osasungarriak sustatzen dituzten eta substantzien edota kontsumoarekin erlazionatutako jokabideak desnormalizatzen laguntzen duten inguruneak martxan jartzea, osasuna sustatzeko eta prebentzio programak indartzea edota jada daudenak hobetzea, birgizarteratzeko laguntzak eta laguntza zerbitzuak indartu eta hobetzea, eta, azkenik, adikzioen arloko ezagutza eta berrikuntza garatzea edota zabaltzea. Orokorrean kontsumoaren edota menpekotasunaren prebentzioan oinarritzen dira helburu gehienak, baina mendekotasuna duten pertsonentzat bideratutako laguntzak eta estrategiak garatzen dituzte ere (Departamento de salud, 2023, 46).

Argi dago mendekotasuna aztertu beharreko fenomeno bat dela; izan ere, kontsumo patroiak edota mendekotasuna garatzen duten pertsonen profilak denborarekin aldatuz joaten dira eta autonomia erkidego bakoitzean menpekotasunen inguruko egoera ez da berdina. Hau da, drogekiko mendekotasunaren fenomenoak ez da fenomeno estatikoa, denborarekin aldatuz joaten da eta aldaketa horiei aurre egiteko estrategiak edota planak aldatu edo moldatu egin behar dira. Hori dela eta, fenomeno hori aztertzen eta ikertzen duen plan bat izatea egokia izan daiteke, urte batetik bestera ematen diren aldaketak ikusteko edota, horretaz gain, estrategiak eta zerbitzuak momentura moldatzeko eta garaiko pertsonen beharrak asetzera iristeko. Esate baterako, adikzioen eta mendekotasunen inguruko planek Euskadin drogen errealitatea ikusteko gaitasuna eskaintzen dute eta, ondorioz, horri aurre egiteko estrategiak garatzea edota horien eraginkortasuna ziurtatzea errazagoa izan daiteke.

Bestalde, Espainia mailako legediari dagokionez, Zigor Kodea aipatu behar da. Bertan, XVII tituluko III kapituluan 368. artikulua aurkitzen da, non drogen kontsumoa, jabetza eta trafikoa zigortu egiten den sustantziak organismoan egiten duen kaltearen arabera, hau da, organismoan kalte larria sortzen duten sustantzien kontsumoa edota jabetza eremu publikoetan, adibidez, hiru eta sei urte arteko espetxe zigorrarekin zigortuko da eta isun zigorra ere jasoko da. Kontuan izan behar dugu lanean zehar aipatu egin dela, garapen historikoan, momentu batzuetan ohikoa izan daitekeela mendekotasuna duen pertsonak sustantziarekin trafikatzera prest egotea sustantzia eskuragarriagoa izateko eta beharrezko kontsumoa ziurtatzeko.

Era berean, nahiz eta droga menpekotasuna arazo sozial bat kontsideratu gizartea nolabait babestu behar da ere. Hau da, argi dago menpekotasuna zigortzea ez dela erabakirik hoberena, baina kontsumo publikoa debekatuz gizartea babestu egiten dela pentsa daiteke; izan ere, pertsona batek pentsa dezake kontsumoa nola burutzen den ikusteak gazteak edota gizarteko bestelako kideak kontsumitzera bideratu dezakeela. Hala ere, kontsumoa debekatzeak menpekoei kontsumoa ezkutuan egitera bideratzen ditu eta horrek isolamendua areagotu dezake. Ildo beretik, ezjakintasuna areagotu dezake, ez soilik sustantzien ondorioen ezjakintasun praktikoa (teorian azaldutako ondorioak errealitatean nola ikusten diren), baita drogen kontsumoaren errealitatearen ezjakintasuna bultzatu dezake. Hau da, drogen kontsumoa ezkutuan ematen baldin bada, kontsumoa ematen ez dela pentsatzera iritsi ahal gara.

Hala ere, artikulua horrekiko argitu behar da berez drogen jabetza ez dela delitu kontsideratzen, beti ere horiek trafikora bideratuta ez baldin badaude, baina herritarren segurtasunaren babesa jasotzen duen 4/2015 Lege Organikoan (or. 21) isun administratiboak jasotzen dira sustantzia horien kontsumoa edo jabetza eremu publikoetan burutzeagatik, pertsonak alde batetik bestera sustantziak lortzeko garraiatzeagatik, droga toxikoen legez kanpoko landaketa eremu ikusgarrietan burutzeagatik edota, azkenik, lokal edota establezimendu publikoetan legez kanpoko kontsumoa edo droga horien trafikoa onartzeagatik.

Bestalde, Zigor Koderak bueltatuz, drogen menpekotasunaren inguruan hitz egiterakoan inguruabar aringarriak eta salbuesleak azaldu behar dira. Izan ere, kode horretako 20.2. artikulua arabera burututako jokabidearen erantzukizunetik salbuetsiak egongo dira egitateen momentuan drogen kontsumoaren ondorioz intoxikazio osoa jasaten duten pertsonak, beti ere lehenagotik egoera hori nahita eragin ez den heinean. Horretaz gain,

kode horretako 21.2. artikuluan aringarri gisa jasotzen da pertsonak 20.2. artikuluan adierazitako sustantziekiko mendekotasun larriaren ondorioz jardunez gero aringarria aplikagarri zaiola.

Era berean, Espainiako estatuan, urtarrila 15ko, 5/1996ko Errege Dekretua aurkitu daiteke non opiazeoekin burututako tratamenduak erregulatzen diren. Horren arabera, beharrezkoa izango da tratamendua jasotzerakoan farmazialari bat presente egotea tratamendua era egokian burutzeko, gehien bat dosien administrazioa egokia izateko. Era berean, bestelako aldaketa batzuk burutzen dira, non, adibidez, tratamendua jaso baino lehenago menpekotasuna duen pertsonak opiazeoei menpekotasuna duela ziurtatzen duen diagnostiko bat eskatzen zaion.

Azkenik, adierazi behar da Espainian ere Drogen Plan Nazionala burutzen dela, non drogen menpekotasunaren inguruko legedi estatal, autonomikoa edota udalekoa jasotzen den. Horretaz gain, Adikzioen Estrategia Nazionala sortu egiten da Plan Nazionalaren eskutik. Azkenekoa, 2017-2024 urte artekoa da, non kalteen murrizketan jartzen den arreta, gizarte osasuntsuago bat lortzeko helburuarekin. Hala ere, helburu nagusi horretaz gain estrategian ondorengo hiru helburuak jasotzen dira: lehenengoa, mendekotasuna garatzeko potentziala duten sustantzien kontsumoarekin lotutako kalteak edota portaerak murriztea; bigarrena, mendekotasuna garatzeko potentziala duten sustantzien presentzia eta kontsumoa murriztea; eta, hirugarrena, azkenik, mendekotasuna garatzeko edo hasteko adina atzeratzea ahal den neurrian.

Lehenago adierazi bezala aldizka estrategiak berritzea edota garatzea era egokia izan daiteke gizarteak momentuan bizitzen duen egoera ulertzeko eta horien beharretara gerturatzeko. Adierazitako legediak ez du zertan mendekotasuna guztiz etengo, baina mendekotasunari mugak ezarriko dizkio edota mendekotasunari aurre egiteko programak bermatuko ditu. Beti ere momentuan ematen den errealitateari moldatuta.

V. DROGA MENPEKOTASUNA ETA HORREN TRATAMENDUAREN PERSPEKTIBA ENPIRIKOA

1. Birgizarteratzearen inguruko elkarrizketa

Alderdi enpirikoa elkarrizketetan oinarritua izan da. Horretarako, alde batetik birgizarteratzearen inguruko elkarrizketa bat burutu da eta, beste alde batetik, prebentzioaren ingurukoa.

Birgizarteratzeari dagokionez, Izan Fundazioak zuzentzen duen Gizakia Helburuko talde teknikoko langile batekin burutu da elkarrizketa. Kasu honetan, Edurne Mancisidorren eskutik, programako kriminologoa, burutu da elkarrizketa. Hala ere, elkarrizketa azaldu baino lehenago hura kokatu behar da.

Gizakia Helburu 1983. urtean hasten da martxan, Donostiako Diozesiaren esku. Garai hartan diozesiak planteatu egiten da menpekotasuna duten pertsonen eta haien familiei lagundu ahal dien proiektu bat egiteko aukera; izan ere, horiek gizarteko talde marjinatuen parte direla kontsideratua izan zen. Garai hartako gotzainak Elkartasun Zentro Italiarrarekin kontaktuan jartzen da eta haiek duten programa hezitzaile-terapeutikoa (Progetto Uomo) ezagutzen dute. Azkenik, programa hura Gipuzkoara ekartzen dute.

Gaur egun, Gizakia Helburuk 7 programa ditu: programa tradizionala, intentsiboa, irekia, alkoholismokoa, Eraiki, Arrimu eta jokabide mendekotasunei zuzendutako programa. Lehenengoan, droga menpekotasuna narriadura pertsonala suposatu izanaz gain harremanak kaltetuak dituen pertsonentzat bideratuta dago. Bigarrena, droga menpekotasunaz gain nolabaiteko erlazio pertsonal edota familiarrak mantentzen dituzten pertsonentzat bideratuta dago. Hirugarrena, programa irekia, bizitzako momentu batean drogen ondorioz denboraldi gatazkatsua pasatzen ari diren pertsonen zuzenduta dago, baina horien kasuan bizitza familiarra, laborala eta soziala mantentzeko gai dira. Laugarrenean, alkoholismoan, alkoholarekiko menpekotasuna duten pertsonen bideratuta dago. Eraiki, sustantziekiko mendekotasun arazo larria izanik haien psikismoan eragin handia duten pertsonak artatzen ditu. Arrimuren kasuan, programak eguneko zentro bat eskaintzen du 18-25 urte bitarteko eta mendekotasuna duten gazteentzat. Azkenik, jokabide mendekotasunei zuzendutako programa, sustantzia gabeko mendekotasunei bideratuta dago.

Elkarrizketan, Edurnek programa tradizionala, intentsiboak, irekia, alkoholismokoa eta jokabide mendekotasunei zuzendutakoa hiru faseetan banatzen direla azaldu du. Lehenengo fasea, harrera fasea izango da, non bertan pertsonak bere kontsumoaren lanketa hasten da. Fase horretan sustantziatik aldendu egiten dira eta jada mendekotasunean zehar izandako jokabide edota ohitura desegokiak alde batera uzten saiatzen dira. Horretarako hiru edo lau hilabete erabiltzen dira eta Edurneren hitzetan “bizitza ordenatzeko eta kontsumoa eteteko fasea da”. Lehenengo fasea amaituta bigarren fasera pasatzen dira, komunitate terapeutikoa. Bertan, nolabait bakoitzak bere

iragana lantzen du, bakoitzaren historia pertsonalak edota familiarrak lantzen dira, adibidez. Komunitateko fasea, urte bat inguru irauten duena, amaitzerakoan birgizarteratze fasera pasatzen dira. Azkeneko fase hori pixkanaka kanpora ateratzeko fasea da. Komunitateko estruktura zurruna alde batera utzita beraiek atzean utzitako errealitatearekin konektatzeko momentua da. Hala ere, fase honetan nolabaiteko estruktura bat jarraitu egiten da; izan ere, talde terapeutikoaren eskutik jarraipen bat burutzen da, baina pertsona berak bere bizitzaren inguruko erabakiak hartzen hasten da bere autonomia landuz.

Hori kontuan izanda, adierazi behar da birgizarteratze fasean pertsonaren autonomiak garrantzia handia hartzen duela. Hau da, esan daiteke birgizarteratze fasea dela pertsonak erakundetik kanpo eraman nahi duen bizitza planteatzeko momentua eta horren alde lantzeko egoera aproposena. Hori dela eta, bestelako faseetan pertsonak fase horretako estruktura moldatu izan behar da, baina birgizarteratze fasean estruktura malguagoa da eta pertsonak bere erabakiak hartzen hasi behar da.

Beraz, birgizarteratzerako iristeko burutu behar duten bidea argitu eta gero birgizarteratzerakoan erabiltzaileek aurkitu ahala dituzten zailtasunen inguruan galdetua izan zen Edurne. Edurneren kasuan, programa tradizionalan aritzen da eta elkarrizketan adierazi egin zuen tradizionalera joaten diren pertsonak beste fase batzuetako pertsonekin alderatuz zailtasun gehigarri bat izan dezaketela. Izan ere, programa intentsibora, adibidez, iristen diren profilak gazteagoak dira eta errekurso familiar handiagoak edota laguntza sare solidoagoak izaten dituzte. Tradizionalera iristen direnak, orokorrean, denbora asko daramate kontsumitzen eta horren ondorioz ez dira soilik familia edo lagun harremanak hondatzen, baizik eta pertsona berak ere kalte kognitiboak edota fisikoak izaten ditu.

Hori dela eta, menpekotasunaren ondorioz garatu dituzten muga horiek zailtasunak ezartzen dizkie birgizarteratzerako momentuan, gehien bat errekursoak eskatzerakoan. Fase horretan ohikoa izaten da muga fisiko edota kognitiboen ondorioz ezgaitasun balorazioak eskatzea eta prozesu horiek luze samarrak egiten direnez, eskaera egin duen pertsonaren birgizarteratze fasea luzatu egin ohi da. Hala ere, aipatu beharrekoa da orokorrean lan mundura txertatzeko ez dituztela zailtasun gehigarriak izaten, baina zailtasun asko etxebizitza aurkitzearekin erlazionatuta daude. Izan ere, Gizakia Helburuko talde teknikoak gizarte-langile bat dago ezgaitasuna duten horiei lan babestu batera bideratzen laguntzen diena, adibidez.

Muga horietaz gain, Edurnek bakardadea azpimarratzen du. Izan ere, tradizionalen dauden pertsona askok ez dute izaten nolabaiteko jarraipen familiarrik eta duten laguntza sarea urriagoa da. Ondorioz, egoera horretan birgizarteratzea burutzea zailagoa izaten da. Era berean, nahasmendu mental bat duen pertsonen kasuan birgizarteratzea zaildu egiten dela azaltzen du.

Lanean zehar laguntza sarearen garrantzia azpimarratu egiten da, gehien bat zailtasunei aurre egiterakoan. Elkarrizketari esker ikusi izan da praktikan nabaria izan ohi dela laguntza sareak duen garrantzia. Edurnek azaltzen du programan zehar erabiltzaileek eramaten duten prozesua nolabait entrenamendu prozesu bat dela eta programak irauten duen denboran zehar erabiltzaileak nolabait sostenitua sentitzen dela, baina askok kanpora ateratzen direnean ezer ez dutenez birgizarteratzea ondo burutzea zaila da. Era berean, kanpotarren edota emigratu duten pertsonen egoera azpimarratu du; izan ere, beraien laguntza sareak beraien jatorrizko herrialdeetan geratzen dira normalean. Hori dela eta, laguntza sare bat izateak edota eguneroko bizitza norbaitekin banatzeko aukera izateak birgizarteratzean eta kanpoan bizitza normal bat mantentzeko aukeran eragina du.

Bestalde, zailtasunekin jarraituz, espetxetik ateratzen diren eta programan sartzen diren pertsonen egoera kontuan hartu behar da. Beraien kasuan, beste erabiltzaileak baino askoz baldintzatuagoak daude; izan ere, haiek egin nahi duten guztia espetxearekin komentatu edota kontsultatu behar da lehenago. Hala ere, edozein erabiltzaile bezala, prozesuan zehar bere harreman familiarrik edo garrantzitsuenak lantzeko aukera egonez gero landu egiten dira laguntza sare hori finkatzeko edota indartzeko.

Ildo beretik, programako edozein faseetan bilgune familiarrik edota saio multifamiliarrik burutzen dira laguntza sarea lantzeko; izan ere, tradizionalera iristen diren pertsonen kasuan kontsumo luzatu horrek harremanak kaltetu egiten ditu eta programa osoan zehar horiek landu egiten dira. Birgizarteratzeari dagokionez azpimarratu behar da kanpora ateratze horretan landu gabeko gaiak atera egiten direla eta horiek landu ohi direla.

Horietaz gain, paperik gabeko erabiltzaileak ere zailtasun handiagoak izaten dituzte birgizarteratze egokia burutzeko. Izan ere, Edurnek dioen bezala “paperik gabe ez zea inor, ezin duzu ezer egin, ezin dituzu ezta praktikak egin” eta egoera horretatik birgizarteratzea aurrera eramatea oso zaila da.

Bestalde, berrerortzeak birgizarteratzean izaten duten eraginaren inguruan hitz egin zen elkarrizketan. Edurnek adierazten du askotan kanpotik ikus daitekeela birgizarteratzera iristen den pertsona hori jada harrera fasea eta komunitate terapeutikoa burutu duenez oso landuak iristen direla, baina birgizarteratze fasean prozesuan zehar ikasi egiten dituzten estrategiak edota mekanismoak martxan jartzeko momentua iristen da eta kanpoan eta barruan egote horretan pertsona berrerortzea edota erortzea eragin dezaketen egoera konfliktokoak egon daitezke. Hori gertatuz gero, egoera aztertu edota gertatutakoa identifikatzen saiatzen dira programan zehar ikasitakoa indartu edo sendotuz.

Horretaz gain, birgizarteratze estrategien inguruan Edurnek azaldu zuen birgizarteratzean programan zehar erabiltzen den metodologia erabiltzen dela. Hori dela eta, familia edota harreman sozialekin lanketa bat burutzeaz gain erabiltzaileekin gaitasun sozialak landu egiten dira, gehien bat beraien artean erabiltzen dituztenak. Horrela, erabiltzaileak sentazio berriak erregistratzeko gai dira eta pixkanaka ikasitakoa entrenatzeko edo martxan jartzeko aukera izaten dute. Beraz, birgizarteratzean programan zehar ikasitakoa perfektionatu egiten da eta kanpoan erabiltzera bultzatzen dituzte.

Azkenik, birgizarteratze fasearen amaieraren inguruan hitz egin du. Izan ere, bestelako faseak bezala birgizarteratzeak ere amaiera bat izan behar du, baina nola ematen zaio amaiera hori? Edurnek azaldutakoaren arabera, berarentzat birgizarteratzeari amaiera emateko pertsonak kanpoan sortu duen bizitzan nola mantentzen den begiratu behar da. Hau da, ea bizitza edota bere egunerokotasuna era osasuntsu batean eramateko gai den, familia harremanen dinamika ondo eramaten duen eta sortutako bizitza horretan egonkor mantentzeko gaitasuna duen, beti ere kontsumitu gabe. Era berean, bakoitzak bere prozesuan ezarri dituen objektiboak bete diren edo ez ikusi behar da. Hau da, bakoitzaren errealitatea desberdina da eta bere errealitatea kontuan hartuta objektibo erreal batzuk ezarri behar ditu. Esate baterako, 60 urte dituen eta ezgaitasun totala edo absolutua duen pertsona baten objektiboa agian tutoretzapeko pisu bat aurkitzea izan daiteke bere objektiboetako bat edo bere bizitza plana edota lana ezin eginez gero boluntario gisa bestelako programetan parte hartzea. Orokorrean bakoitzak ezarritako objektibo horiek erakutsiko dute pertsona bere errealitatea eta bere mugak onartzeko gai den edo ez eta bere bizitza era egokian estrukturatzeko gai den.

Hala ere, faseari amaiera ematearekin batera birgizarteratzearen mugak landu behar dira. Izan ere, pertsona guztiek ez dute prozesu berdina burutzen birgizarteratzean eta askorentzat prozesua asko konplikatu daiteke. Esate baterako, nahasmendu mentalak dituztenek nahasmendua kontrolpean mantentzen dien medikazioa behar dute eta erakundearen barruan dauden bitartean hori era antolatu eta erregular batean hartzea erraza izan daiteke, baina kanpora ateratzerakoan, sostengu hori gabe, egoera kontroletik kanpo gera daiteke. Hori dela eta, Edurnek azaltzen du egoera batzuetan gerta daitekeela pertsonarentzat talde teknikoa izatea bere laguntza sarea edota beraien familiak talde teknikoko kideengatik aldatzea. Horren aurrean birgizarteratze fasean, pertsona hori kanpora bideratzen ari direnean, pertsonari kanpoan beste “gantxo” bat aurkitzera bultzatzen zaio talde teknikoa bere laguntza saretik kentzeko. Adierazitako “gantxo” hori lana, lagunak edota bestelako kideak izan daitezke, hau da, baliagarri sentiarazten digun zer edo zer edota gure egunerokoa elkarbanatu dezakegun norbait. Baina Edurnek adierazi duen bezala programan lan egiten duten langileek “ezin dituzte mirariak” egin eta birgizarteratzea pertsonaren ingurunearen eta bestelako faktoreen ondorioz aurrera eraman daiteke edo ez.

Burututako elkarrizketatik gogoetak ateratzea saihestezina da. Birgizarteratze fasea ezinbestekoa bihurtzen da Gizakia Helburuko bezalako edozein programentzat; izan ere, programan zehar burututako prozesuan erabiltzaileak haien errealitateetik nolabait deskonektatu egiten dute eta horrekin berriz konektatzeak zailtasun berriak agerian utzi ahal ditu. Programan zehar haien historia familiarrak edota pertsonalak landu egiten dituzte, baina errealitatearekin berriz konektatzerakoan zailtasunak aurkitu ahal dituzte landutakoa martxan jartzeko.

Era berean, ezinbestekoa da profil desberdinetara moldatzen diren programa ezberdinak garatzea; izan ere, denbora luzean zehar burututako kontsumoa lantzea edota ibilbide laburreko kontsumoa lantzea ez da berdina. Berdina gertatzen da laguntza sarea duten pertsonekin tratamendua gauzatzearekin edota laguntza sarea ez dutenekin.

Ildo beretik, lanean zehar laguntza sarearen garrantzia azpimarratzen saiatu naiz, baina elkarrizketen bitartez argi geratzen da laguntza sarea ezinbesteko faktore bat dela menpekotasunei aurre egiterakoan. Hori dela eta, ezinbestekoa dirudi programan zehar laguntza sarearekin lanketa bat burutzea; izan ere, lanketa hori birgizarteratzea erraztu ahal dio erabiltzaileari. Hau da, pertsona baten kasuan familia kideen arteko harremanak edota dinamikak desegokiak baldin baziren eta programan zehar burututako lanketari

esker egokitzen joaten baldin badira (kideen arteko komunikazioa erraztuz, adibidez); etorkizunean, kanpora ateratze horretan, errazagoa izan daiteke pertsona hori familia dinamiketan sartzea.

2. Prebentzio estrategien inguruko elkarrizketa

Adierazitako elkarrizketaz gain, Gizakia Helburuko Koldobika Gómez, psikologoarekin prebentzioaren inguruko elkarrizketa bat burutu da. Elkarrizketan zehar bereziki berrerortzeen prebentzioa landu egin da. Hala ere, erorketa eta berrerortzearen arteko desberdintasuna burutu izan da. Koldoren arabera berrerortzea eten ezin diren kontsumoak ematen direnean burutzen da. Hori dela eta, erabiltzaile batek kontsumo bat izan duela esaten duenean edo horren zantzua dagoenean erabiltzaileari analitika bat egiten zaio eta positiboa emanez gero etxera bidaltzen zaio. Hortik denbora batera, aste baten barruan, erabiltzailearekin bildu egiten dira eta beste analitika baten bitartez kontsumoa eten dela frogatzen baldin bada erabiltzailea programan sartzen da berriz.

Berrerortzen kasuan, lehenik eta behin kontsumoa eteten saiatzen dira, baina etete horretan komunitate edota birgizarteratze faseetan ez zaie jarraipenik egiten. Hau da, printzipioz pertsona kontsumitzen jarraituz gero ezin izango luke fase horietako dinamiketan parte hartu. Kontsumoa eteteko ezintasuna ikusten denean hasierako fasera bidaltzen zaio pertsonari, harrerako fasera. Harrerako fase horretan jarraipen bat egingo diote kontsumoa ete dadin eta nolabait pertsona egonkortu dadin.

Gizakia Helburu errehabilitazio programetan oinarritua dagoenez kontsumoa ez da onartzen, ondorioz abstinentzia mantentzerakoan aurre egiten dioten faktoreen inguruan galdetua izan zen Koldo. Honek dio abstinentzia mantentzerakoan erabiltzaileek nahitanahiez bizitza aldaketa bat burutu behar dutela eta aldaketa hori haien harremanetara eraman behar dela. Hau da, aldaketak ez du esan nahi pertsonak lagunez aldatu behar duela, baizik eta bere lagun erlazio horien oinarrian edo erdigunean ezin dela kontsumoa egon. Izan ere, programan dauden bitartean erraza izan daiteke erabiltzailearentzat bere lagunek alkohola edaten duten bitartean berak kafe bat hartzea baina luzaroan dinamika horiek aldatzen ez baldin badira berrerortze bat jasatea erraza izan daiteke. Aldaketa hori ere jarrera aldaketa bat suposatu behar du, hau da, pertsonaren baloreak bizitza osasuntsuaren alde egiteaz gain bera modu aktibo batean landu beharko du hori. Era berean, arazoei aurre egiterakoan ezin izango du kontsumora

jo ezegonkortasun emozionala lasaitzeko, baizik eta bestelako errekurtsoetara jo beharko du.

Horretaz gain, kontuan izan behar dira arrisku egoera desberdinei aurre egin beharko dietela erabiltzaileek. Izan ere, abstinentziaren erabakia hartzerakoan beste hainbat gauzei uko egin behar baitzaie. Uko egite hori festetara edota erlazio sozial desegokiekin erlazionatzen da. Horrek esan nahi du ezkontza batera gonbidatua izanez gero, jakinik bertan alkohol asko egongo dela edota sustantzien kontsumo ugaria emango dela, eta joateko erabakia hartuz gero, adibidez, menpekoek beraien abstinentziarekin sintonian egongo diren pertsonaz inguratu beharko da edota agian momenturen batean bertatik alde egin beharko du. Argi dago ezin dugula besteek egiten dutena kontrolatu, baina bai gure jokabideak. Ondorioz, festaren batean gonbidatuek gehiegi edaten edo kontsumitzen dutela ikusiz gero agian pertsona bertatik alde egiteko erabakia hartu beharko du, gehien bat kontsumitzeko arriskua pertzibituz gero.

Ildo beretik, psikologoaren arabera beldurrak dira erabiltzaileek eta haien familiak aurre egiten dieten zailtasun nagusienetako bat. Beldur hori eremu askotara zabaldu egiten da eta hura porrot egiteko edota gai ez izateko beldurrarekin oso erlazionatua dago. Horretaz gain, harremanekin ere zailtasunak izaten dituzte. Izan ere, gurasoekin duten harremanetan gerta daiteke txikiegiak ikusten direla edota ez zaiela haien espazioa ematen. Bikoteekin, aldiz, beldurra izan dezakete kontsumotik aldentuta erlazionatzeko, hau da, kontsumoa uzten dutenean eta aldaketa bat burutzen dutenean beldurra izan ahal diote bikoteen aurrean beste modu batera aurkezteari. Hala ere, nabarmendu behar da Koldok adierazitako seme-alabekiko nagusi den sentimendua. Orokorrean seme-alabekiko errua sentitzen dute, beraien burua haien seme alaben zaurien arduradun aurkitzen dute eta horrek bestelako etsipen sentimenduak piztu ahal ditu.

Bestalde, menpekotasuna duten pertsona batzuk garatzen duten fantasiaren inguruan hitz egin da. Fantasia horren barruan erabiltzaileek sinesten dute etorkizunean haien menpekotasuna kontrolatzeko gaitasuna izango dutela, hau da, sustantzia baten kantitate txikia hartzeko eta gelditzeko gaitasuna izango dutela. Elkarrizketatuak dionez hori bakoitza bere burua gezurra esateko modu bat da. Menpekotasuna duen pertsona batek orainean pentsatzen baldin badu etorkizunean bere adikzioa kontrolatzeko gai izango dela, jada kontsumoan pentsatzen ari da. Ondorioz, horrek esan ahal dezake pertsona ez dagoela behar bezala programa edo tratamendua burutzen; izan ere, errehabilitazio

programen helburua pertsona bere bizitzan zehar abstinente mantentzea baldin bada, ez dator bat abstinentzia hori urratu dezakeenaren pentsamenduarekin.

Era berean, laguntza sare bat izatearen garrantzia azpimarratu egin da, baina ez prebentzio gisa. Hau da, familiako kideek pertsona lehengo bizimodura bueltatzeko beldurra izan dezakete eta beldur horren ondorioz prebentzioa burutzea oso zaila izan daiteke. Elkarrizketatuaren arabera familia euspen funtzio bat betetzen du. Bere ustetan hori Gizakia Helburu erakundearen familiako kideentzat eskaintzen diren autolaguntza taldeetan parte hartzen duten familietan ikus daiteke. Izan ere, talde horietan parte hartzen duten familiak muga zehatzak, argiak eta apurtezinak ezartzen dituzte eta horiek pasaz gero pertsonak jasango dituen ondorioak argi geratzen dira. Ezarritako muga horiek ez dira soilik berrerortzeetara aplikatzen, baizik eta bizitzako eremu desberdinetan aplikagarri dira.

Bestalde, erabiltzaileak garatu edo landu ahal dituen gaitasunen inguruan hitz egin da. Kasu honetan garrantzitsuena erabiltzaileak pixkanaka bere sentazioak eta sentimenduak adieraztea dela azpimarratu da; izan ere, ezin zaio laguntza eskatzen ez duen norbaiti lagundu, hau da, nahiz eta programa batean sartu laguntza bilatuz erabiltzaileak azaldu beharko ditu bere kezak edo landu nahi dituen alderdiak talde teknikoak ezingo baititu bere beharrak edota arazoak igarri berak bere aldetik esfortzu bat jartzen ez baldin badu. Era berean, hitz egite horrek edota bere arazoak azaltze horrek prebentzio gisa funtzionatzen du, hau da, pertsona bere barrurako gordetzen baldin baditu bere laneko kezak, adibidez, eta ez baldin badu bere laguntza sarean laguntzarik bilatzen egoera horretan kontsumora jo dezake ezinegonasasaitzeko edo gutxitzeko.

Era berean, berrerortzeak erabiltzaileen errehabilitazio prozesuan duten eragina aztertu egin da. Koldobikak azaldu zuenaren arabera, berrerortzeak atzerapenekin zerikusia du. Hau da, berrerortze bat ematen denean aztertu behar da familia edota pertsona horren atzean dagoen sisteman zer gertatu ote den berrerortze hori emateko, baina, aldi berean, errehabilitazio prozesuan aurrera egiten duten heinean berrerortze bat atzerakada bat suposatzen du non egindako prozesua desegin behar den zehazki zer gertatu den aztertzeko. Hala ere, atzera egite horrek ez dira era negatiboan ulertu behar; izan ere, errehabilitazio prozesuetan bakoitzak bere bidea burutzen du eta bere denbora hartu beharko du era eraginkorrean programa burutzeko.

Prebentzioaren beste alderdi bat beste sustantzia batekiko menpekotasuna ez garatzera, adibidez, bideratu daiteke. Hori ekiditeko alertak presente izatearen garrantzia azpimarratu behar da. Hau da, menpekotasuna duten pertsonak ulertu behar dute beti izango direla menpekoak eta sustantziatarako menpekotasuna garatzeko nolabaiteko erraztasuna izango dutela. Ondorioz, etorkizunean bestelako menpekotasun bat ez garatzeko lehenagotik garatutako menpekotasuna garatzerako momentuetan identifikatutako faktoreak edo abisuak presente izan behar ditu.

Bestalde, lanean zehar estigmaren inguruan hitz egin da eta horrek menpekotasuna duten pertsonengan duen eraginaren inguruan ere. Hala ere, elkarrizketatuak azaldu du programan zehar harrotasuna lantzen dutela, gehien bat haiek lortutakoaren eta landutakoaren harro egon daitezela. Hori dela eta, nahiz eta programan edo prozesuan zehar beraien burua gutxiesten duten denboraldiak egon, denbora aurrera egiterakoan programan egoteak oztopo bat izateari uzten dio. Hau da, estigmari edota aurreiritziei harrotasunetik aurre egiten saiatzen dira.

Azkenik, prebentzioari dagokionez, aurre egiteko estrategiak azpimarratu behar dira. Koldobikaren arabera, programaren barruan dauden bitartean oso garrantzitsua da haien ezinegonak elkar banatzeko gaitasuna izatea; izan ere, zenbat eta gehiago elkarbanatu haien zailtasunak errazagoa izango da laguntza jasotzea. Era berean, kezka edota ezinegonak zabaltzeak, etorkizunera begira, nolabaiteko entrenamendu bat izan daiteke. Hau da, pertsona pixkanaka horiek zabaltzera edota laguntza eskatzera ohitzen baldin bada etorkizunean errazagoa egin ahal zaio bere laguntza sareari laguntza eskatzea. Aldi berean, hori besteei gure beharrak komunikatzeko gaitasunarekin erlazionatuta dago, hau da, pertsona bat bestea ikusteko eta besteari bere beharrak komunikatzeko gai baldin bada, errazagoa izango da bien arteko elkarlana ematea dinamika osasuntsuen alde.

Elkarrizketa burutu ostean laguntza sareak prebentzioan izan dezakeen paperaren aldaketaren beharra agerian ikusi da. Izan ere, lanean zehar laguntza sarea prebentzio gisa funtzionatu dezakeela adierazi da. Esate baterako, laguntza sare egokia izanez gero ezegonkortasun emozionala sortzen duten egoerei aurre egiteko erraztasuna izan dezakete eta, ondorioz, kontsumitzeko arrisku egoeren aurrean kontsumoa ekidin dezaketela adierazi da, baina Koldobikak adierazi duen bezala laguntza sarea euste gisa funtzionatu dezake gehiago.

Hau da, laguntza sareko kideek pertsonak laguntza behar duenean hura eskaini dezakete eta patroik beretara bueltatuz gero horiek gainditzeko laguntza eman edota bilatu ahal diote. Baina, era berean, laguntza sareak menpekotasuna duen pertsonari ezarri ahal dizkioten mugek pertsonari kontsumotik aldentuta mantentzeko balio dezakete. Era berean, muga horiek menpekotasuna duenari galdu dezakeena gogorarazteko balio diote eta horrek abstinente mantentzeko motibazioa eman.

VI. ONDORIOAK

Lanean zehar droga menpekotasuna duten pertsonentzat aplikagarriak diren prebentzio eta birgizarteratze estrategiak aztertu dira. Horretarako, lehenik eta behin droga menpekotasunaren fenomenoaz aztertu egin da eta bertan aurkitu da fenomeno horri faktore ugari eragiten diotela. Ondorioz, horri aurre egitea zailagoa izan daiteke, gehien bat kontsideratuz faktore horietaz gain bakoitzaren errealitatea eta historia pertsonala eragina izan dezaketela menpekotasuna garatzerako momentuan.

Hori dela eta, menpekotasuna duten pertsonen aplikagarri zaizkien programak edota tratamenduak aztertu dira. Programa horiek kalteak murrizteko programen eta errehabilitazio programen artean banatzen dira eta horien arteko desberdintasun nagusia lehenengoetan pertsona kontsumitzen jarraitu dezakeela da; izan ere, errehabilitazio programetan ez da kontsumoa onartzen eta pertsonak abinentzia mantendu beharko du bere bizitzan zehar. Hala ere, kalteak murrizteko programetan aurreikusi egiten da kontsumoa eteteko ezintasuna edota zailtasunak eta horiek menpekotasun handia edota gaindiezina duten pertsonentzat egokiak izan daitezke. Hau da, droga menpekotasuna duten pertsonen aplikagarri diren programek menpeko guztien errealitateak kontuan hartu behar dituzte, bakoitzaren inguruabarrak ez dira berdinak eta.

Programa horien artean, kalteak murrizteko programei dagokionez, xiringak trukatzeko programak, elkartzeko eta harrera zentroak edota kontsumo gainbegiratuaren aretoak azpimarratu behar dira. Izan ere, hiru programa horiek bateragarriak kontsideratu daitezke. Argi dago garrantzitsua dela, ez soilik osasun ikuspegi batetik, xiringak erabiltzen dituzten menpekoek ahalik eta segurtasun handiagoarekin erabiltzea, gehien bat xiringak partekatzearen ondorioz kutsatu daitezken gaixotasunen kutsadura eteteko edo ekiditeko. Hori dela eta, elkartzeko eta harrera zentroetan laguntza indibiduala emateaz gain xiringak trukatzeko programak aplikagarriak izan ahal dira. Horrela,

erabiltzaileak hiru leku desberdinetara joan beharrea zuzenean zentro batera joanda xiringak trukatu dezakete edota arreta psikologikoa jaso dezakete. Ildo beretik, kontsumo gainbegiratuko aretoak jarri daitezke kontsumitzerako momentuan arreta sanitarioa jaso behar izanez gero hura jasotzeko.

Bestalde, errehabilitazio programei dagokionez, komunitate terapeutikoak nabarmendu behar dira. Orokorrean horiek eremu itxiak izaten dira eta pertsonari kanpoko mundutik aldentzeko aukera ematen dio, bere kontsumoaren eta mendekotasunaren atzetik dagoen guztia ondo ikertzeko aukera emanez. Komunitatean landu beharreko arazo guztiak atera daitezke, baina bertatik gizartera edo kanpoko mundura pasatzeko birgizarteratze fase bat izatea ezinbestekoa da. Izan ere, komunitateak, orokorrean, estruktura zurruna eta mugatua izaten dute, non erabiltzaileak landu behar dituen gai guztiak terapia psikologikoa jasoz landu edota sakontzen ditu eta askotan erabiltzaileak kontziente ez diren “zauriak” edota traumak azaleratzen dira. Hainbesteko intentsitate emozionala pasa eta gero zuzenean kanpora ateratzeak, mendekotasuna garatzera bultzatu zuen tokira bueltatzeak, pertsonak berrerortzea eragin dezake. Gainera, elkarrizketetan argi geratu den bezala, birgizarteratze fasean, kanpora ateratze horretan, pertsonak dituen benetako zailtasunak ateratzen dira.

Bestalde, adierazi behar da Alkoholzale Anonimoak taldea erabilgarria izan daitekeela menpekotasuna duten pertsonen abstinentsia mantentzeko, hau da, elkarrizketan azaldu den bezala, gerta daiteke pertsona batek programa batetik ateratzerakoan, estruktura batetik kanpo geratzerakoan, abstinentsian mantentzeko ezintasuna izatea, baina Alkoholzale Anonimoak bezalako talde baten parte izanez gero berriro nolabaiteko estruktura batean sartu daitezke eta astean zehar bizitzako larritasunak taldearekin elkar banatzeko aukera izateak kontsumotik aldenduta bizitzeko aukera eman ahal die.

Era berean, kontuan izan behar dugu azaldutako programak berez boluntarioak direla, baina egoera batzuetan droga menpekotasuna duten pertsonak baldintzatuak izaten dira errehabilitazio programetan sartzeko. Hori dela eta, garrantzitsua izan daiteke adierazitako programetan familiarekin esku hartze bat diseinatzea edota menpekoak bere inguruko pertsonekin dituen erlazioak hobetzera bideratuta dagoen laguntza terapeutikoa jasotzea. Argi dago, familia bateko kide batek droga menpekotasuna izateak familiako dinamikan eragiten duela eta nahiz eta programa menpekotasuna duen pertsonak burutu tratamenduan zehar, familiak parte hartu nahi izanez gero, familiako

kideek ere saio terapeutikoak jaso beharko lituzkete, menpekotasunaren fase aktiboan zehar ezarritako dinamikak aldatu ahal izateko, adibidez.

Ildo beretik, espetxeetan eskaintzen diren zerbitzuak, hala nola, errespetuzko moduluak, komunitate terapeutikoak edota unitate terapeutiko eta hezitzaileak, berez, borondatezkoak izan behar dira, baina horietatik lortu daitezkeen onurak borondate hori baldintzatu dezakete. Hau da, espetxea, orokorrean, ez da esperientzia polita izaten presoentzat eta espetxeko modulu edo eremu batean presoak “hobeto” tratatzen dituztela ikusiz gero lortzen den erreakzioa modulu horretan sartzea nahi izatea edota modulu horietan dauden pertsonak mespretxatzea izan daiteke. Ondorioz, espetxea bi alderditan banatu daiteke eta presoen arteko berdintasuna ez legoke bermatua egongo.

Horretaz gain, agindu judizial baten ondorioz desintoxikazio tratamendua jaso behar duten pertsonen kasuan kontuan izan behar da hau soilik muturreko egoeretan erabili daitekeela, gehien bat aldaketa eraginkor bat burutzeko pertsonaren motibazioa ezinbestekoa delako. Hau da, pertsona batek ez baldin badu nahi bere menpekotasuna alde batera utzi ezinezkoa izango da abinentzia mantentzea, baina agian desintoxikazio prozesu horretan pertsona horrek ikus dezake menpekotasunaren ondorioz garatutako arazoak ikusi ahal ditu eta, horregatik, tratamendua jasotzeko erabakia hartu. Ildo beretik, adierazi behar da seguraski agindu judizial baten ondorioz jasoko duten tratamendua ospitaleko desintoxikazio unitate batean izango dela, non behin desintoxikazioa lortu etxera bidaliko zaien.

Adierazitakoa kontuan izanda, prebentzio estrategiei dagokionez, horien barnean berrerortzea saihesteko estrategiak aurkitzen dira. Berrerortzea eta erorketa askotan nahastu egiten direla kontuan izan behar da, baina bakoitzari aplikatu behar zaion esku hartzea ez litzateke berdina izan beharko. Hau da, menpekotasuna gainditzeko bidean gerta daiteke pertsonak erorketa bat izatea eta, ondorioz, kontsumo bat izatea, baina horrek ez du esan nahi pertsona berrerori denik. Erorketa baten aurrean pertsona kontsumora bultzatu duten faktoreak aztertu ahal dira eta azterketa horren ondorioz etorkizunean erorketak saihestu esku hartze bat landuz. Berrerortzeak, aldiz, ez du soilik kontsumoa suposatzen, pertsonak lehenago zituen patroi desegokietara itzulera bat suposatzen baitu.

Hala ere, azaldutako autoerresgistroak edota berrerortzeen erreportaje autobiografikoak berrerortzeentzat eta erorketentzat erabili daitezke. Hau da, estrategia horietan pertsonak

kontsumoa azalduko du, egoera edota sentrazioak deskribatuz. Honen helburu nagusia etorkizunean antzeko sentrazio edo bizipenen aurrean aurre egiteko estrategia aproposa erabiltzea da, kontsumoa ekiditeko. Horrelako estrategiak banakako esku hartze egokiagoa burutzen lagundu dezakete; izan ere, bakoitzaren inguruabarrei egokituak egongo dira, bakoitzaren bizi esperientzia desberdina delako egoera beraren aurrean.

Bestalde, auto-txostenak aurkitzen dira non pertsonak arrisku egoera desberdinak 1etik 5ra ebaluatuko ditu. Txosten horiek egokiak izan daitezke pertsonak planteatu ez dituen egoera desberdinen inguruan hausnartzeko, baina argitu behar da pertsona guztiak ez dituztela esperientzia berak bizitzen eta horrelako txostenak esku hartzeak pertsonalizatzea zailtzen dute. Gainera, egoerei egiten zaien balorazioa subjektiboa da, hau da, pertsona bakoitzarentzat 1a esanahi desberdina izan dezake. Horregatik, txostenak bestelako estrategiekin osagarria izan daiteke, baina estrategia gisa nahiko eskasa geratzen da. Hala ere, hausnarketa gisa erabili daiteke eta geroago pertsonari aukera eman adierazitako egoerak sortu dizkioten sentrazioak lantzeko.

Horietaz gain, Marlatt eta Gordonek adierazitako estrategiak azpimarratu behar dira. Horien artean, aurre egiteko estrategien lanketa dago. Kontuan izan behar da pertsona batzuentzat kontsumoa estatusun emozionala sortzen duten egoerak edota egoera horien ondorioz sentitzen dituzten emozioak saihesteko edota ekiditeko erabili dezaketela. Hortaz, kontsumoa kentzen denean eta egoerari aurre egin behar zaionean zailtasunak izan ahal dituzte eta, ondorioz, berriz kontsumora jo irtenbide edo ihes egiteko bide bakarra kontsideratzen dutelako. Estrategia horiek rol-jokoa bezalako dinamika batekin landu daitezke. Programa burutzen duten bitartean pertsonak babestuak sentitu ahal dira; hori dela eta, programan zehar horrelako dinamikak burutuz sentrazio berriak erregistratu ahal dituzte eta pixkanaka bakoitzak bere errealitateara eta bere izaerara egokitzen den aurre egiteko estrategiak garatu.

Era berean, berregituraketa kognitiboa erabilgarria izan daiteke, non pertsonak hainbat egoera nola sentiarazten dioten ikasi egiten duen. Pertsonak ezinegon emozionala sortzen duten egoerak desberdin sentitzen dituzte, baina ezinegon hori sortzen edo sustatzen duten faktoreak identifikatzeak horiei aurre egiteak erraztu dezake. Horretaz gain, zenbait egoeretan pentsamenduak edota sentimenduak nahastu egin daitezke eta horiek identifikatzeak pertsonak errealitatean sentitzen duen emozioa identifikatzen lagundu dezake; horrela, benetako emozioari espazio bat eman ahal zaio eta dagokion

bezala aurre egin. Hau da, askotan tristura haserrearekin nahastu daiteke eta errealitatean sentitzen dugun tristura horri ez zaio behar duen espazioa ematen eta haserrearekin ordezkatzeko dugu, agian errazagoa egiten zaigulako haserrea kudeatzea.

Azkenik, ongizate fisikoa eta mentala hobetzeko helburuarekin, *mindfulnessa* aurkitu dezakegu. Teknika horren bitartez egunerokotasunean zehar bizi ahal diren egoera estresagarri edota ondorez sortzen dutenen aurrean gure gorputzak nola erantzuten duen ikus daiteke. Bestelako estrategiekin bezala arrisku egoeren aurrean pizten zaizkigun “interruptoreak” identifikatu ahal dira eta horiei dagokien tratamendua eman. Hau da, lagun baten amonaren heriotzak pertsonari jada duen trauma batekin konektatzea egiten baldin badio, pertsonak aktibatzen zaizkion abisuak ohartuz gero terapian jasotako baliabideak erabili ahal ditu egoerari aurre egiteko.

Hala ere, prebentzioaren inguruan hitz egiterakoan kontuan izan behar da prebentzio esku hartzea ez dela bera izango genero edo adin guztientzat. Hau da, 20 urte dituen pertsona batek errehabilitazio programa batean sartzen baldin bada, horrek bizitza aldaketa bat suposatzen du eta aldaketa horren barruan festa alde batera uztea sartzen da edota kontsumoa erdigune duten laguntasunetatik aldentzea ekar dezake; izan ere, abstinentzia mantentzeko ezin du sustantziarik kontsumitu. Hori dela eta, 20 urterekin pertsona horren lagunak herriko jaietan egunero atera eta kontsumitzen duten bitartean, adibidez, pertsona egunero atera daiteke, baina ezingo du kontsumitu. Kontsumitzeko ezintasun hori bere lagunekin bat etortzeak zaildu dezake, gehien bat horiek alkoholaren efektuen menpe daudenean. Era berean, kontuan izan behar dugu nerabezaroan eta gaztezarroan berdinen taldeak duen pisua edota rol garrantzitsua. 50 edo 60 urteko pertsona baten kasuan, aldiz, festa giro horiek ematea zailagoa edo ezohikoa izan daiteke eta horietatik aldentzea errazagoa izan daiteke.

Bestalde, kontuan izan behar dugu 20 urterekin errazagoa izan daitekeela lagunaren artean ematen diren dinamikak edota harremanak aldatzea 50 urterekin baino. Esate baterako, 50 urte dituen pertsona batentzat bere lagunekin betidanik “poteoan” aritu baldin bada eta hura baldin bada bere lagunekin erlazionatzeko duen modu bakarra zailagoa izan daiteke finkatutako dinamika hura aldatzea, baina 20 urterekin lagunaren arteko dinamikak aldatzea errazagoa izan daiteke betiko planen alternatibak proposatuz edota beste giro edo eremu batzuetan ezagutzen diren pertsonekin laguntasuna bultzatuz. Hau da, 20 urterekin gerta daiteke pertsonak oraindik lanean hasi ez izana, baina lanean hasterakoan beste pertsona batzuk ezagutuko ditu eta horiekin kontsumoa erdigunean ez

dagoen erlazio bat sortu dezakete. Era berean, errazagoa izan daiteke zuzenean erlazio berri horiekin kontsumo gabeko, behintzat errehabilitazioa burutu duen pertsonaren alde, erlazio bat sortzeko eta horrek abstinentzia mantentzeak erraztu dezake.

Generoari dagokionez kontuan izan behar da gizartean gizonezkoek edota emakumezkoek jasotzen duten tratua. Argi dago gizarte patriarkal batean bizi garela eta horren ondorioz emakumeek nolabait oztopo gehiago gainditu behar dituztela; izan ere, emakumeen partez amatasun rola era egokian betetzea espero da, adibidez, eta hori betetzen ez denean emakumeek jasotzen duten kritika handiagoa izan ohi da. Hau da, ama den emakume batetik rol zaintzailea aurrera eramatea espero da, baina zaintza hori sustantzien ondorioz era desegokian burutzen denean seme-alaben aldetik amak jaso dezakeen errefusatzeko handiagoa izango da aitak jasoko duenarekin alderatuz. Era berean, zaintza rol horrek pertsonari laguntza eskatzea zaildu egin ahal dio, bere burua laguntza jasotzen duenaren paperean ikusteko zailtasunak izan ahal dituelako.

Adierazitakoa kontuan izanik, prebentzio estrategiak banakako bakoitzari egokituak izan behar dira. Pertsona bakoitzaren errealitatea eta inguruabarrak ez dira berdinak, ondorioz aurre egin beharko dituen arrisku egoerak ere desberdinak izango dira. Hala ere, lanean zehar azaldutako prebentzio estrategiak lagungarriak izan daitezke pertsona bakoitzak bere burua hobeto ezagutzeko. Argi dago abstinentzia mantentze horretan prebentzioak etorkizuneko kontsumo errepikatuak edota esporadikoak ekiditeko balio dezakeela, baina kalteak murrizteko programen esparruan ezinegon emozionala sentiarazten duten egoerak identifikatzeak edota egoera horietan zer sentitzen den identifikatzeak laguntza eskatzera eraman dezake pertsona hori edota gehiegizko kontsumoa ez burutzera.

Horretaz gain, prebentzio estrategietan garrantzitsuena bakoitzak bere errealitatean kontsumora bultzatu ahal dioten egoerak edo arriskuak identifikatzea izan daiteke. Horrekin batera, bakoitzak bere menpekotasuna nola garatu zuen argi izatea azpimarratu behar da. Izan ere, menpekotasuna nola garatzen den argi izanez gero etorkizunean menpekotasun bat garatzen haserakoan pertsonan nolabaiteko “alarmak” piztu daitezke eta patroi desegokietan sartuta dagoela ikus dezake edo errazagoa egin ahal zaio. Bestalde, kontsumora bultzatu ahal dizkieten faktoreak, sentimenduak edota egoerak erregistratuz gero etorkizunean antzekorik pertzibituz gero laguntza eskatu dezake kontsumoa ekiditen edo abstinentzia mantenduz. Argi izan behar da lanean azaldutako guztia menpeko bakoitzaren errealitatera moldatu behar dela, hau da, ez dagoela

estrategia edo modu unibertsalik bakoitzari era desberdinean eragingo baitiote arrisku egoera edota faktore desberdinak.

Era berean, berrerortzeari dagokionez lanean zehar garatutako ideia edo zalantza bat adieraztea beharrezkoa da; lanean zehar sustantzien inguruan hitz egin da, baina sustantziekiko menpekotasunaz gain portaeren adikzioak eman edo garatu ahal dira. Horien barruan, adibidez, teknologiari menpekotasuna aurkitu daiteke. Zehazki menpekotasun horretan berrerortzea edota erortzea identifikatzeko zailtasunaren inguruan hausnartu dut; izan ere, gaur egun, teknologia berriak geroz eta aurreratuagoak daude eta ez dirudi etorkizunean horien erabilpena etengo denik. Ondorioz, horrelako menpekotasun baten aurrean, nola jakin daiteke pertsona batek erorketa edo berrerorketa bat izan duen? Hau da, teknologiaz inguratuko gizarte edo errealitate batean ezinezkoa da menpekotasun hori garatu duten pertsonak teknologiaz guztiz aldentzea, gehien bat aldentze horrek gizartetik aldentzea suposatuko lukeelako eta horrek beraien birgizarteratzean oztopo handia izango litzatekeelako, baina nola ikus daiteke pertsona horiek noiz erori diren? Berrerortzea agian zuzenean identifikagarria izan daiteke pertsona hori egun osoa ordenagailuan pasatzen baldin badu edota bere eguneroko bizitza burutzeari uzten dionean ordenagailu edota mugikorrarekin dagoelako.

Horretaz gain, menpeko batzuk duten nolabaiteko fantasia adierazi behar da; fantasia horrek etorkizunean menpekotasuna kontrolatzeko gaitasunari egiten dio erreferentzia, hau da, baten batek pentsa dezake etorkizunean kaña bat edateko eta aurrera ez jarraitzeko gaitasuna izango duela, baina errealitatean kaña hori hartzerakoan, abstinentzia mantentzeko erabakia hartu zutenean beraien buruari jarri zioten muga pasatzeaz gain, ezinezkoa egiten zaie kontsumoa etetea. Elkarrizketan adierazi den bezala hori auto engainatzea da eta hura landu beharko da programan zehar tratamendua eraginkorra izateko, bestela denbora pasatzerakoan berrerortzen amaituko du.

Beste alde batetik, lanean birgizarteratze estrategiak aztertu dira. Hasteko, birgizarteratze terminoa ikertu egin da; izan ere, horren esanahia, berez, berriro gizarteratzea adierazi nahi du, baina gizarteak berak baztertu egiten duen talde bat gizarteratzea zaila edota ezinezkoa izan daiteke. Birgizarteratzearen pisua, askotan, “arazoa” duen pertsonarengan jartzen da, baina errealitatean gizarteak onartzen ez baldin baditu ezinezkoa izango da guztizko gizarteratze bat burutzea. Hortaz, edonor gizarteratzeko prozesuan pertsonaren eta gizartearen rol aktiboa ezinbestekoa izango da.

Hala ere, lanean zehar birgizarteratzearen inguruan hitz egin denean droga menpekotasuna duen pertsona gizartean bizitza “normal” bat (drogen kontsumotik aldentuta eta era batean egonkorra) izateko aurrera eramaten duen faseari egiten zaio erreferentzia, hau normalean errehabilitazio programetan ematen da, hau da, programa baten barruan egon hondoren kanpora ateratzen hasten diren fasea izango litzateke birgizarteratzea. Hori dela eta, birgizarteratzean pertsonaren autonomia eta parte hartze soziala bilatzen da, hau da, era autonomoan bizitzeko gaitasunak garatzea eta gizartean lana, boluntariora edota bestelako ekintzen bitartez parte hartzea.

Era berean, azpimarratu behar da programa desberdinen barnean ematen den birgizarteratze fasea egokia izan daitekeela etorkizuna planteatzeko denbora hartzeko, hau da, birgizarteratzerira iristerakoan egokia izan daiteke hilabete bat, adibidez, hartzea bakoitzak etorkizunean programatik kanpo bizi nahi duen errealitatea irudikatzeko eta ondoren birgizarteratzean horren alde lan egiteko. Hala ere, planteatu edo lortu nahi den errealitatea bakoitzaren beharretara moldatzeaz gain, bakoitzak jada duen errealitatera moldatu behar da. Horretarako bakoitzak bere errealitatea aztertu beharko du kanpora ateratzen hasten denean eta errealitate horretan aurkitzen dituen ahuleziak indartu edo landu beharko ditu.

Ildo beretik, kanpora ateratze horretan bakoitzaren zailtasunak gailentzen dira eta errehabilitazio programan zehar landu diren aurre egiteko estrategiak, adibidez, praktikan jartzeko momentu aproposa da. Horrela, praktikan jartze horretan aurkitzen diren zailtasunak edota arazoak programako talde teknikoarekin landu daitezke pixkanaka estrategia horiek hobetuz eta bakoitzaren errealitatera moldatuz. Horretaz gain, errealitatearekin mantentzen den kontaktu horretan bakoitzak bere arrisku egoerak identifikatu ahal ditu eta horiei aurre egiteko estrategiak landu.

Hala ere, aurre egiteko estrategiak prebentzioarekin lotu behar dira; izan ere, gatazka sortu dezaketen egoerei era egokian aurre egiten baldin bazaie abinentzia mantentzea errazagoa izango da. Hau da, menpekoen kasuan gerta daiteke sustantzien kontsumoa arazoei aurre egiteko edota horietatik sortzen diren ezinegonak ekiditeko erabiltzea. Beraz, abinentzia mantendu nahi baldin bada, adibidez, egoerei era egokian aurre egin beharko zaie eta hori lanketa baten ondorioz garatu egiten da.

Jarraituz, birgizarteratzean eragina izan dezaketen faktoreak aztertu dira eta elkarriketekin batera laguntza sarearen garrantzia azpimarratu da. Argi dago edonork

behar duela laguntza sare bat bizitzan zehar aurre egin beharko dizkion arazoei aurre egiteko. Izan ere, laguntza sareak laguntza mota desberdinak eman ahal ditu. Hau da, arazo batzuen aurrean pertsona baten laguntza sareko hainbat kidek babes emozional bat eman ahal diote pertsonari edo egoera beraren aurrean laguntza instrumentala. Adibide gisa, Nerea Pérez de las Herasen kasua hartu dezakegu. Nereari 2023ko udan hanka anputatu zioten barku batekin izandako istripu baten ondorioz. Hori dela eta, “No sé de qué hablas” programan Nereak azaldu du lagun batzuen aldetik sostengu emozional bat jaso zuela, baina Inés Hernanden aldetik laguntza instrumentala jaso zuela; izan ere, honek Nereak behar zituen paperak lortzen edo betetzen lagundu zion eta Nerearen hitzetan aurre egin nahi ez zion egoera “aspergarriari” (burokraziari erreferentzia eginez) aurre egiten lagundu zion. Hala ere, kontuan izan behar dugu bakoitzaren laguntza sareko kideek haien gaitasunen barruan ahal dutena emango dutela, hau da, emozionalki eskuragarri ez dagoen pertsona bati ezin zaio eskatu eman ahal duena baino gehiago. Bakoitzak ahal duenarekin laguntzen duela onartzeak frustrazioa ekar dezake; izan ere, hainbat egoeretan pertsona baten beharrak ez dira era egokian, behintzat pertsona horrek behar zuen bezala, asetua izaten, baina behar horiek asetu behar dituen pertsonak ahal duena egin du nahiz eta nahikoa ez izan. Kontuan hartu behar da haltzari ezin zaiola fruiturik eskatu.

Lanean zehar burututako elkarrizketetan argi geratu da laguntza sareak duen garrantzia; izan ere, hura erabakigarria izan daiteke. Hala ere, egoera desberdinak aurreikusi behar dira. Hau da, gerta daiteke denbora oso luzean luzatutako kontsumoak edo menpekotasunak pertsona baten laguntza sarea ahultzea edota pertsona pixkanaka bere laguntza saretik (lagunengandik edota familiako kideetatik) urruntzea isolamendua handituz. Hala ere, kontuan izan behar dugu kanpotik datozen pertsonen egoera, hau da, emigratu egiten dutenen egoera; izan ere, horien kasuan gerta daiteke beraien laguntza sarea haien jatorrizko herrialdean geratzea eta ezagutzen ez duten herrialdean bestelako bat sortzea zaila izan daiteke.

Egoera horietaz gain, aurreikusi behar da gerta daitekeela pertsona batek erabakitzea bere familia kideak bere laguntza saretik kentzea; guraso zabarrak dituzten pertsonen kasuan, adibidez, gerta daiteke pertsonak erabakitzea gurasoekin kontaktua moztea edota harremana mugatzea. Izan ere, askotan familiako kideak zuzenean laguntza sareko kideak direla kontsideratu daiteke, baina nahiz eta hori egoera ohikoena izan ez da batzuen errealitatea. Familiak ez ditu beti pertsona baten beharrak asetzen eta batzuetan

haiek sortutako mina edota ondorioak pertsonari familiarik aldentzera bultzatzen diote. Bakoitzak definituko du bere laguntza sarea eta horren irudia bakoitzak garatuko du.

Hori dela eta, pertsona baten laguntza sarearekin lan egiterakoan oso garrantzitsua izango da pertsona horren laguntza sarearen errealitatea ezagutzea. Horretarako sare mapen metodoa erabili daiteke eta horiek identifikatu ondoren esku hartze zehatzago edo banakakoa planteatzea errazagoa izango da. Hala ere, metodo hori programaren hasieran burutzea izango litzateke egokiena, horrela programan zehar laguntza sare horrekin lanketa bat burutu daiteke eta etorkizunean, birgizarteratze fasean, gizarteratze hori errazagoa izan daiteke.

Bestalde, autolaguntza taldeei dagokionez horien erabilera lagungarria izan daiteke programaren azkeneko fasean edota programa amaitzerakoan. Hau da, autolaguntza taldeak pertsonaren kezkek, zalantzak edota bestelakoak banatzeko eremu aproposak dira eta horiek pertsonak bere egunerokotasunean aurre egin behar dien gatazka emozionala sortzen duten egoerei aurre egiteko balio dezake. Izan ere, alderdi praktikoan argi geratu da pertsonak bere ezinegonak elkarbanatuz gero sustantziara joateko beharra gutxitu egiten dela, askok sustantzia ezinegon hori kudeatzeko erabiltzen baitute. Era berean, alderdi praktikoan adierazi egin da garrantzitsua dela pertsonak programa uzterakoan nolabaiteko sostengu bat izatea kanpoan eta hori horrelako programen bitartez lortu dezakete.

Ildo beretik, laguntza taldeak menpekotasuna duten pertsonen ingurukoentzat erabilgarriak izan daitezke, gehien bat haientzat ez menpekotasuna duen pertsonarentzat. Laguntza talde horietan harremanetan beharrezkoak diren muga garrantzia azpimarratu ohi da eta horiek errehabilitazio prozesuan duten garrantzia nabarmentzen da. Droga menpekotasuna duen pertsonaren ingurukoek ezartzen dituzten mugak ez dira soilik onuragarriak menpekotasuna duen pertsonarentzat, baizik eta ingurukoek beraien buruak zaintzeko erremienta egokia izan daiteke. Era berean, muga horien bitartez menpekotasuna duen pertsonak berriro kontsumitzeko erabakia hartuz gero galdu dezakeena argi ikus dezake eta horrek nolabait euspen gisa funtziona dezake.

Era berean, birgizarteratzean eragiten duen estigmatizazioa kontuan izan behar da. Izan ere, estigma horren ondorioz droga menpekotasuna duten pertsonen birgizarteratzea zaildu egiten da. Estigma horren atzean gizarteak dituen beldurrak aurkitzen dira,

gehien bat menpekotasunarekin erlazionatu diren fenomenoak beldur hori sustraitzea sustatu dute, hala nola, HIESA edota heroinaren krisialdiaren ondorioz galdu ziren belaunaldien historiak. Estigmatizazioaren barnean autoestigma izan daiteke zailena edo garrantzitsuena birgizarteratzeari dagokionez. Pertsonak berak bere burua islatzen edo baztertzen baldin badu bere burua gutxiesten duelako menpekotasunaren ondorioz, pertsona hori gizarteak onartzea zaila izango da. Hori dela eta, autoestigma nahitanahiez pertsonak landu behar du era indibidualean, baina estigma soziala amaitzearen edo aldatzearen alde gizarteko sektore guztiak aritu behar dira.

Horretaz gain, estigmari genero ikuspegia ematea ezinbestekoa da; izan ere, emakumeek eta gizonezkoek jasaten dituzten aurreiritziak ez dira berak. Lehenago adierazi den bezala, emakumeen kasuan exigentziak handiagoak izaten dira dugun gizarte patriarkalean eta, ondorioz, oztopo edo zailtasun gehiago gainditu behar dituzte. Era berean, ama diren eta menpekotasuna duten emakumeek zailtasun handiagoak izaten dituzte adierazitako exigentzia amaren rolera aplikatzen delako. Gizartean aita arduragabeak edota ausenteak (nahiz eta fisikoki egon) ohikoak izaten dira eta, gainera, historikoki amari bizkarreratu zaizkio zaintza eta heziketa rolak aitari “dirua” ekartzeko zeregina jarri zaion bitartean. Nahiz eta gizarteak aurrera jarraitu eta egoera aldatu rol horiek edo zeregin horiek errotuak daude. Ondorioz, menpekotasun baten ondorioz ama rola bete ezin izan duen emakumeari rol hori berreskuratzea oso zaila edo batzuetan ezinezkoa izan daiteke; izan ere, horien seme-alabek erabaki dezakete zuzenean ama beraien laguntza saretik kentzea eta harremana moztea.

Hala ere, estigmatizazioak ez du soilik birgizarteratzean eragiten. Estigmatizatua izatearen beldurraren ondorioz gerta daiteke pertsona batek tratamendua ez jasotzeko erabakia hartzea, haien burua gizarteak beti irudikatzen duen jonkiaren irudiarekin alderatuz bat ez datozela kontsideratzen dutelako. Errealitatean jonki irudi hori aurreiritzietan eta estigmatetan oinarritua dago eta menpekotasuna duten pertsona guztiek ez dute hori betetzen.

Birgizarteratze estrategiekin jarraituz, menpekoen autonomia garatzeko etxebizitza laguntzak eskaintzen dituzten programak aurkitu daitezke. Birgizarteratzearen inguruko elkarrizketan azpimarratu zen bezala etxebizitza bilatzeko gizartean dagoen zailtasunak frustrazioak sor dezake menpekoetan. Izan ere, bizitza autonomo bat izateko oinarritzko beharrak asetuak egon behar dira eta horien barruan etxebizitza izatea sartzen da. Denborazko etxebizitza eskaintzen duten zerbitzuak egokiak izan daitezke etxebizitza

bilaketa burutzen den bitartean. Gainera, zerbitzu horietan nolabaiteko orientazio bat eskaintzen baldin bada pertsona horren autonomia guztiz garatzera eraman daiteke. Adierazitako elkarrizketan ere nabarmendu da lan eremuan askok ez dituztela zailtasunak izaten, baina birgizarteratze fasea burutzen duten tokian lan mundura gerturatu edota horretan sortzen diren zalantzak argitzeko profesionalak izateak lanean hastea erraztu dezake. Hala ere, paperik gabeko etorkinen egoera kontuan hartu behar da eta horien egoerarentzat egokia den esku hartze edota estrategia bat lantzeko beharra azpimarratu behar da. Etorkinentzat zaila izan daiteke ezagutzen ez duten herrialde batean haien bizitza burutzea, laguntza sarea jatorrizko herrialdean izanez gero egoera askoz gehiago zaildu egiten da, eta beraien egoera jasotzen duen esku hartze baten beharra azpimarratu behar da. Izan ere, nahiz eta etorkinak izan gizartearen parte dira eta haien bizitza nonbaiten burutu beharko dute. Beraien egoerara moldatutako laguntzak kontsumotik aldentuta mantentzen laguntzeaz gain, gizarteratzen lagundu ahal die.

Horretaz gain, birgizarteratzea eraginkorra izateko gaitasun sozialak edo trebetasunak landu egin behar dira. Horiekin, pertsona harreman edota dinamikak osasuntsuak garatzera irits daiteke. Hau da, kontsumoa erdigunean ez duten erlazioak garatu ahal dituzte edota kontsumitu gabe harremanak zaintzen ikas dezakete. Abstinentzia mantendu nahi izanez gero pertsonan aldaketa bat burutu behar da eta aldaketa horren ondorioz, pertsonak zituen harremanak edota erlazionatzeko erak aldatu egiten dira. Aldaketa hori beldurra eman dezake edota nolabaiteko ezinegona sortu dezake, baina trebetasun sozialak landuz aldaketa hori bereganatu daiteke eta sententzio berrien erregistroaren bitartez harreman osasuntsuak garatu.

Birgizarteratzea prozesu baten azkeneko fasea izango litzateke eta horretan bakoitzaren benetako gabeziak gailendu egiten dira. Birgizarteratze fasea prozesuan zehar ikasitako eta landutako estrategia guztiak martxan jartzeko momentua da; izan ere, horiek errealitatearekin talka egiterakoan ahuleziak ikusgarriak dira eta horiek landuz ikasitakoa biribildu daiteke. Bestalde, nahiz eta prebentzioa tratamendu osoan zehar landu daitekeen, birgizarteratzea izan daiteke momentu aproposena hura lantzeko. Hau da, birgizarteratzean pertsonak bere errealitatearekin berriro konektatu egiten du eta fase horretan eman daitezkeen kontsumoek ikertu beharreko jatorri bat dute, gehien bat haien errealitatearekin zerikusituzena duelako. Hori dela eta, ondorioztatu daiteke ikertutako

bi eremuek badutela bata bestearekin zerikusia eta bien lanketa egokia eragina izango duela menpekoaren etorkizunean.

VII. BIBLIOGRAFIA

- Abarca Cardona , M. F., Reyna Moctezuma, V. A., & García Figueroa , L. J. (2022). La importancia de la red de apoyo en la rehabilitación de personas con adicción al cristal, marihuana y crack, con usuarios de CAPA. *Revista multidisciplinaria de la Universidad Emiliano Zapata*, 19-23.
- Abeijon, J. A. (2008). La comunidad terapéutica y la teoría sistémico-relacional . *Revista Española de Drogodependencias*, 255-271.
- Ahumada Alvarado , H. M., & Grandón Gernández , P. (2015). Significados de la reinserción social en funcionarios de un centro de cumplimiento penitenciario. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 84-95.
- Alan Marlatt, G. (1985). Relapse Prevention: theoretical rationale and overview of the model. G. Alan Marlatt, & J. R. Gordon en, *Relapse prevention* (or. 3-70). The Guilford Press.
- Alcoholicos Anonimos España. (2009). *Los doce pasos ilustrados*. Aviles: Alcoholics Anonymous.
- Alcoholics Anonymous World. (d.g.). *Las doce tradiciones ilustradas*. Aviles: Alcoholics Anonymous.
- Aleixandre-Benavent, R., Agulló-Calatayud, V., Alonso-Arroyo, A., Bueno-Cañigral, F. J., Castelló-Cogollos, L., Lucas-Domínguez , R., . . . Valderrama-Zurián, J. C. (2021). Investigación española en las áreas de adicciones y de trastornos de la alimentación: analisis de produccion y colaboracion e impacto científico (1962-2017). *Revista Española de Documentación Científica*, 1-28.
- Alonso Verdugo , B., de Antonio de las Heras, M. J., Camarena Rodriguez , P., Casla Gil, J., de Ena de la Cuesta , S., Martín Maganto , E., . . . Soler Torroja , P. (2024). *Protocolo de intervención psicológica*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid.
- Álvarez , E., Barrio , G., Brime , B., Domingo-Salvany , A., González , J., Llorens, N., . . . Sánchez , A. (2010). *Informe 2009*. Madrid : Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Alventosa del Río, J. (2013). Incapacitacion y drogodependencias. *Seccion Jurídica*, 67-81.
- Aranda Carbonel, M. J. (2006). *Reducción y reinserción social. Tratamiento Penitenciario. Análisis teórico y aproximación práctica*. Madrid: Ministerio del Interior. Secretaría General Técnica.
- Arenas Domínguez, F., Bermudo Albalá, M. d., Delgado Esteban , N., Escobar Ruíz , A., Fernández-Gaitán Angulo, G., Herrera Bermúdez, D., . . . Trillo Vargas , C. (2003). *Programa de intervención en centros de encuentro y acogida de andalucía*. Junta de Andalucía- Consejería de Asutntos Sociales.

- Arenas Domínguez, F., Del valle Bermudo Albalá, M., López Medel, R., Martín Pozas, J., & Tirado Rodríguez, P. (2003). *Programa de intervención Comunitaria Terapéutica en Andalucía*. Consejería de Asuntos Sociales. Junta de Andalucía.
- Arranz López, S. (Junio de 2010). *Estrategias para la diversificación de la red personal de personas drogodependientes en proceso de reinserción*. Obtenido de REDES - Revista Hispana para el análisis de redes sociales : http://revista-redes.rediris.es/html-vol18/vol18_7.htm
- Arroyo Cobo, J. M., & Sanz Sanz, J. (2013). *Acción 15: Protocolo de inserción personalizada para drogodependientes en proceso de rehabilitación*. Madrid: Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Asociacion Loiola etxea - Elkartea. (s.f.). *Proyecto residencial*. Obtenido de Programas: <https://www.loiolaetxea.org/copia-de-proyecto-de-diagnostico-or>
- Bados, A., & García Grau, E. (2015). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Barcelona : Universitat de Barcelona .
- Banacloche Palao, J. (2012). *Legislación sobre Enjuiciamiento Civil*. Pamplona: Thomson Reuters. Civitas .
- Barragán Torres, L., Flores Mares, M., Morales Chainé, S., González Vázquez, J., Martínez Ruiz, M. J., & Ayala Velázquez, H. (2014). *Programa de satisfactores cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas: manual material didáctico*. Facultad de psicología.
- Becoña Iglesias, E., & Oblitas Guadalupe, L. A. (2003). Psicología de la salud y adicciones: perspectiva terapéutica. *Revista de Psicología de la PUCP*, XXI(1), 73-106.
- Becoña Iglesias, E., Cortés Tomás, M., Arias Horcajadas, F., Barreiro Sorribas, C., Berdullas Barreiro, J., Iraurgi Castillo, I., . . . Villanueva Blasco, V. J. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Betina Lacunza, A. (2012). Las intervenciones en habilidades sociales: revisión y análisis desde una mirada salutogénica. *Psicodebate 12. Psicología, Cultura y Sociedad*, 63-84.
- Bizkaiko Foru Aldundia. (s.f.). *Servicios vinculados a la atención especializada en materia de Inclusión Social*. Obtenido de Programas de atención especializada en materias de Inclusión Social: <https://www.bizkaia.eus/es/tema-detalle/-/edukia/dt/12251>
- Blanco Álvarez, T., & Jiménez Morales, S. (2015). Factores de riesgo que influyen en la recaída de consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes atendidos en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. *Revista Costarricense de Psicología*, 147-157.

- Bosque-prou, M., & Brugal, M. T. (2016). Intervenciones de reducción de daños en usuarios de drogas: situación actual y recomendaciones. *Gaceta Sanitaria*, 30, 99-105.
- Bowen , S., Chawla , N., & Marlatt, A. (2013). *Prevención de recaídas en conductas adictivas basada en mindfulness: guía clínica* . Editorial Desclée de Brouwer.
- Cabrera Gustavo, A. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 129-138.
- Casas Brugué , M., & Gossop, M. (1993). *Tratamientos psicológicos en drogodependencias: recaída y prevención de recaídas*. Barcelona: Ediciones en neurociencias, CITRAN, FISP.
- Castaños , M., Meneses , C., Palop , M., Rodríguez , M., & Tubert, S. (2007). *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Castilla Carramiñana, P. (2016). La prevención de recaídas en drogodependencias desde el modelo de Marlatt. Aportaciones desde el Trabajo Social. *Trabajo Social Hoy*, 109-133.
- Cendón Silvan , J. M., Belinchón Calleja , E., & García Casado, H. (2011). *Módulos de Respeto. Manual de Aplicación* . Madrid: Ministerio del Interior. Secretaría General Técnica .
- Centro Acción. (2023.eko 01k 31). *Ingreso involuntario de un adicto en un centro de desintoxicación*. Información General: <https://centroaccion.es/ingreso-involuntario-centro-desintoxicacion/> helbidetik eskuratua
- Centro Clinico Adicciones . (31 de Agosto de 2022). *¿Es posible lograr la completa reinserción de un adicto?* . Obtenido de Inicio: <https://www.ccadicciones.es/es-posible-lograr-la-completa-reinsercion-de-un-adicto/>
- Centro de Centroamericano de Población. (d.g.). *Redes de Apoyo Social*. https://ccp.ucr.ac.cr/espam/descargas/ESPAM_cap5web.pdf helbidetik eskuratua
- Cerda Carvajal, J. (2020). Trabajo de redes. Sentidos y significados desde el trabajo social. *Revista Cuaderno de Trabajo Social* , 54-70.
- Chica Villar, J., Juárez Jiménez, M. d., & Canillo Fúnez, R. (2019). Programas de reducción de daños en la drogodependencia. *Medicina familiar Andalucía*, 182-188.
- Cohen, S. (2017). *Demonios populares y pánicos morales. Delincuencia juvenil, subculturas, vandalismo, drogas y violencia*. Barcelona: Editorial Gedisa, S.A.
- Comas Arnau, D. (2010). La comunidad Terapéutica: una perspectiva metodológica. F. Atenea en, *La metodología de la comunidad terapéutica* (or. 13-41). Fundación Atenea.

- Comision Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (2022). Cómo reducir el estigma del consumo de sustancias. *OEA*, 1-15.
- Consejería de Sanidad. (2003). *Regulación de la organización y funcionamiento de las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria para Drogodependientes de la red sanitaria*. Madrid: Gobierno de España.
- Correa-Pérez , L. F., Ramírez-Macías, M. C., & Restrepo-Segura, Y. C. (2023). Aportes de la rehabilitación cognitiva en los procesos de reinserción social y familiar en el tratamiento de las adicciones. *Salud y Drogas*, 165-176.
- de la Cuesta, J. L., & Blanco, I. (2003). ¿Es posible la normalización de las drogas? Perspectiva jurídico-penal. L. Pantoja, & J. A. Abeijón en, *Drogas, Sociedad y Ley* (or. 19-42). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Departamento de Salud. Gobierno Vasco. (2019.eko 12k 04). *Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias*. Normativa: <https://www.euskadi.eus/informacion/ley-atencion-integral-de-adicciones-y-drogodependencias/web01-a3adipla/es/helbidetik eskuratua>
- Departamento de Salud Gobierno Vasco. (2023). *VIII Plan sobre Adicciones de Euskadi. 2023-2027*. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco.
- Departamento Foral de Empleo, Inclusión Social e Igualdad. (2018). *Yo me quiero reír como se ríe esta gente* . Bizkaiko Foru Aldundia - Diputación Foral de Bizkaia.
- de Rementería, I. (2001). Prevenir en drogas: paradigmas, conceptos y criterios de intervención. *CEPAL - SERIE Políticas sociales*, 1-59.
- Díez García , R. (2011). La inserción sociolaboral de un colectivo excluido: personas drogodependientes en prisión. *Lan Harremanak*, 119-147.
- Donis de Santos , X., de Dios Martinez , J., & Sussel Cheesman Mazariegos , S. (2019). Niveles de prevención de la salud. 1-5.
- Echeburúa, E., de Corral, P., & Amor, P. J. (2004). Prevención de recaídas en las ludopatías. *Salud y Drogas*, 4(2), 97-116.
- Enjuanes, J., García , F., & Longoria , B. (2014). La Unidad Terapéutica y Educativa del Centro Penitenciario de Villabona, un nuevo modelo penal de reinserción social . *Educacion Social, Revista de Intervención Socioeducativa* , 33-47.
- Enkarterriko Mankomunitatea - Mancomunidad de Municipios de las Encartaciones. (2020). *Plan Local de Adicciones*. Servicios: https://www.enkarterri.eus/es-ES/Servicios/Adicciones/plan_adicciones/01-plan-adicciones-2016-2020-cas.pdf helbidetik eskuratua
- Eusko Jaurlaritzza - Gobierno Vasco. (2024). *Encuesta sobre adicciones de Euskadi 2023*. Eusko Jaurlaritzza .
- Fernández , P. L., & Martín del Moral, M. (2009). Conceptos fundamentales en drogodependencias. P. Lorenzo Fernández, J. M. Ladero Quesada, J. C. Leza

- Cerro , & I. Lizasoain Hernández en, *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación.* (3. ed., or. 725). Madrid, España: Editorial Médica Paramericana S.A. 2024.eko 01k 25 jasota
- Ferreira González , M., Rodríguez Recarey , L., & Riopérez Redondo, N. (2020). Aplicación grupal de *mindfulness* en drogodependencias. *Revista digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 1-15.
- Fundación Atenea. (2010). *La metodología de la comunidad terapéutica*. Fundación Atenea Grupo Gid.
- Galante, A., Rossi, D., Goltzman, P., & Pawlowicz, M. P. (2009). Programas de Reducción de Daños en el Escenario Actual. Un cambio de perspectiva. *Revista Escenarios*, 113-121.
- Gallizo Llamas , M. (2007). Reinserción social de drogodependientes ingresados en centros penitenciarios. *Salud y drogas*, 57-73.
- Galván , J., Serna , G., & Hernández , A. (2008). Aproximación de las redes sociales: una vía alterna para el estudio de la conducta de uso de drogas y su tratamiento. *Salud Mental* , 391-402.
- García Varela, P. (2019). *El mundo de las drogas en el País Vasco y su relación con el Movimiento de Liberación Nacional Vasco (MLNV): ETA-m contra la “mafia de la droga” (1980-2000)* (Tesis de doctorado, Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea). ADDI.
- García Varela, P. (2020). *ETA y la conspiración de la heroína*. Madrid: CATARATA.
- García Zapico , F. (2014). Otra prisión es posible. UTE de Villabona. *En la calle: revista sobre situaciones de riesgo social*, 26-28.
- Garmendia , M. L., Alvarado , M. E., Montenegro, M., & Pino, P. (2008). Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. *Revista Médica de Chile* , 169-178.
- Gobierno de España - Ministerio de Sanidad. (d.g.). *Recursos de Tercer Nivel*. Plan Nacional sobre Drogas:
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/atencionIntegral/red/recursos_tercer_nivel/home.htm helbidetik eskuratua
- Gobierno de México. (2016.eko Enero k 01). *Secretaría de Educación Pública* . Qué es la participación social : <https://www.gob.mx/sep/acciones-y-programas/que-es-la-participacion-social> helbidetik eskuratua
- IAFA. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2022.eko Julio k 01). *¿Qué es una recaída?* iafa : <https://www.iafa.go.cr/wp-content/uploads/2022/06/PC-MD-074-UI-PJ-AF.pdf> helbidetik eskuratua
- Izaola , A., & Zubero, I. (2021). Los años ochenta y la heroína: entre la emergencia sociosanitaria y el pánico moral. Imanol Zubero , A. Izaola Argüeso , M. Beltrán de Heredia Pérez de Mendiguren, J. M. González de Audikana y de la Hera, &

- G. Roldán Intxusta en, *Los años ochenta y la heroína en Gipuzkoa. Entre la emergencia sociosanitaria y el pánico moral* (or. 9-54). Madrid: CATARATA.
- Julio, V., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Prensa Médica Latinoamericana*, 11-14.
- Lespada Martínez , M. T., Arostegui Santamaría, E., & Iraurgi Castillo , I. (2004). *Factores de riesgo y de protección frente al consumo de drogas hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en jóvenes de la CAPV*. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jarularitza. Argitalpen Zerbitzu Nagusia.
- Linhares García , E., Grasel Zacharias , D., & Rocha de Araújo , B. (2023). Recaídas na drogadição: uma via para (re)pensar a atenção. *Saúde em Debate*, 37(spe1), 137-146.
- Llorens, N., Tristán, C., García, N., Sánchez, E., & Brime, B. (2022). *Monografía Cannabis*. Madrid : Ministerio de Sanidad.
- Llorente del Pozo, J. M., & Iraurgi Castillo, I. (2008). Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabitación de cocaína. *Trastornos Adictivos*, 252-274.
- Longoria, M. B. (2014). La Unidad Terapéutica y Educativa de Villabona: un modelo alternativo a la prisión tradicional. I. Markez en, *Cuadernos de Psiquiatria Comunitaria* (or. 51-58). Oviedo: Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental - Profesionales de Salud Mental.
- López Larrosa, S., & Rodríguez-Arias Palomo , L. (2010). *Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo*. Oviedo: Psicothema.
- López-Muñoz, F., González , E., Serrano , M., Antequera , R., & Alamo , C. (2011). Una visión histórica de las drogas de abuso desde la perspectiva criminológica (Parte II) . *Cuadernos de Medicina Forense* , 67-75.
- López-Torrecillas, F., Salvador , M. d., Verdejo, A., & Cobo, P. (2002). Autoeficacia y consumo de drogas: una revisión. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 33-51.
- López y Segarra, F., Grau, J., & Pozo, E. (2007). Inserción Social del Drogodependiente . *Salud y drogas* , 9-13.
- Martín Alvarado, S., Remacha García , G., & Pérez Das , A. (2006). *Comunidad Terapéutica Intrapenitenciaria* . Valencia : Ministerio del Interior.
- Martínez González , F. (d.g.). Redes y programas para el tratamiento de las drogodependencias. *El tema*, 79-93.
- Martínez González, J. M., Trujillo Mendoza, H. M., & Robles Lozano, L. (2006). *Factores de riesgo, protección y representaciones sociales sobre el consumo de drogas: implicaciones para la prevención*. Junta de Andalucía.

- Martínez Perza, C., Quesada Arroyo, P., Dzvonkovska, N., de Miguel Calvo, E., & Nieto Rodríguez, L. (2021). *Situación de las personas con adicciones en las prisiones Españolas. Una visión con perspectiva de género*. Madrid: Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD).
- Martín Pozas, J., & Benítez Méndez, C. (d.g.). *Drogodependencias y Prisión: Situación de las cárceles españolas*. Pamplona: Unión de Asociaciones y Entidades.
- Menéndez Vega, C., & García Gutiérrez, E. (2018). Características predictoras de éxito en la reinserción social de personas drogodependientes. *SIPS, Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 107-125.
- Ministerio de Interior. (d.g.). *Módulos terapéuticos*. Instituciones penitenciarias: <https://www.iipp.es/gl/web/home/reeducacion-y-reinsercion-social/programas-especificos-de-intervencion/modulos-terapeuticos> helbidetik eskuratua
- Ministerio de Justicia. (2018). *Qué es la reinserción*. Obtenido de Reinserción Social: <https://www.reinsercionsocial.gob.cl/que-es-la-reinsercion/>
- Ministerio del Interior. (d.g.). *Programas de intervención con drogodependientes*. Institución penitenciaria: <https://www.institucionpenitenciaria.es/es/web/home/reeducacion-y-reinsercion-social/programas-especificos-de-intervencion/drogodependencia> helbidetik eskuratua
- Ministerio del Interior. (s.f.). *institucionpenitenciaria.es*. Obtenido de [institucionpenitenciaria.es](https://www.institucionpenitenciaria.es): <https://www.institucionpenitenciaria.es/es/web/home/reeducacion-y-reinsercion-social/programas-especificos-de-intervencion/drogodependencia>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2010). *Grupos de Autoayuda: Red de apoyo y estrategia para afianzar los logros terapéuticos*.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2018). *Estrategia nacional sobre adicciones 2017-2024*. Madrid: Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. (2020). *Plan Nacional sobre Drogas*. Obtenido de Plan Nacional Sobre Drogas: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/atencionIntegral/red/abordaje_terapeutico/Insercion_socilaboral/home.htm
- Molina Mansilla, M. d. (2008). Evolución histórica del consumo de drogas: Concepto, clasificación e implicaciones del consumo prolongado. *International E-journal of Criminal Sciences*, 1-30.
- Montero Hernanz, T. (2021). A modo de prólogo: unas notas sobre la reinserción y el tratamiento penitenciario. T. Montero Hernanz, R. M. Mata y Martín, F. de Marcos Madruga, R. Martínez Fernández, F. Gudín Rodríguez-Magriños, C. Güerri Ferrández, . . . X. Costales Peñaherrera en, *Reinserción y prisión* (or. 15-26). Bosch Editor.

- Moratal Ibáñez , L. M. (2011). La historia de Alcohólicos Anónimos y del desarrollo de los grupos de autoatención de los pacientes. *Revista de Medicina y Cine*, 100-106.
- Navarro Botella, J. (2000). *Factores de riesgo y de protección de carácter social relacionados con el consumo de drogas*. Madrid: XX.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2018.eko 06k 07). *Salas de consumo supervisado de droga: una visión general de los servicios prestados y los datos disponibles*. https://www.emcdda.europa.eu/salas-de-consumo-supervisado-de-droga-una-visi%C3%B3n-general-de-los-servicios-prestados-y-los-datos-disponibles_es helbidetik eskuratua
- Observatorio Proyecto Hombre . (2017). *Informe 2016*. Asociación Proyecto Hombre.
- Osakidetza. (2010). *25 Urte GIB/ HIESA Euskadin 1984-2009*.
- Osuna Fuentes , J. M. (2005). Drogas, ¿un fenómeno en evolución? *Revista de estudios locales*, 1269-1291.
- Pascual Fernández, C. (2001). Las unidades de desintoxicación en el circuito terapéutico. *Transtornos Adictivos*, 64-66.
- Pascual Mollá , M., & Pascual Pastor , F. (2017). El estigma en la persona adicta . *Adicciones* , 223-226.
- Pedrero Pérez, E. J., Santed germán, M. Á., & Pérez García , A. M. (2012). Adaptación española de la Escala Multiaxial de Afrontamiento Estratégico (SACS) de Hobfoll. *Psicothema*, 455-460.
- Peñañiel Pedrosa, E. M. (2009). Factores de riesgo y proteccion en el consumo de sustancias en adolescentes. *Pulso: revista de educación*, 147-173.
- Pereiro Gómez , C. (d.g.). Prevención de recaídas y otros enfoques psicoterapéuticos o psicosociales en el manejo del alcoholismo., (or. 1-15).
- Pere Martínez Oró, D. (2019). *Opioides en España. Ni repunte de heroína ni crisis de opioides a la americana* . Barcelona: Episme.
- Plan Nacional Sobre Drogas . (1999). *ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE DROGAS 2000-2008*. Madrid : Ministerio del Interior .
- Ramos, P. R. (2010). *Trabajo social en drogodependencia*. Málaga: Editorial ICB.
- Ramos Blazquez , V., & Carcedo González , R. J. (2010). Facyores dinámicos de la reincidencia de reclusos drogodependientes en tratamiento en comunidad terapéutica . *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 613-627.
- Red Iberoamericana de ONG que Trabajan en Drogas y Adicciones. (2019). *Estigma, consumo de drogas y adicciones. Conceptos, implicaciones y recomendaciones*. Madrid: Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social.

- Regadera Martínez, B. (2016). La recaída en el consumo de alcohol y sustancias: un tratamiento alternativo desde la perspectiva del *mindfulness*. *Adicciones. Tratamientos*, 37-53.
- Rodríguez Kuri , S. E., & Fernández Cáceres , C. (2014). Inserción social de usuarios de drogas en rehabilitación. Un estudio cualitativo. *Revista de Psicología Universidad de Antioquía*, 55-78.
- Rodríguez Kuri, S. E., & Nute Méndez , L. D. (2013). Reinserción social de usuarios de drogas en rehabilitación una revisión bibliográfica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 180-213.
- Rodríguez Kuri, S. E., Pérez Islas , V., & Fernández Cáceres, C. (2017). Inserción social de mujeres que finalizaron un tratamiento residencial por uso de drogas . *Salud y drogas* , 45-56.
- Romaní , O. (2008). Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. *Salud colectiva*, 301-318.
- Romaní, O. (2010). Adicciones, drogodependencias y "problema de la droga" en España: la construcción de un problema social. *Cuicuilco*, 83-101.
- Rondón Bernard, J. E., & Reyes Fernández, B. (2019). Introducción al modelo transteórico: rol del apoyo social y de variables sociodemográficas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 2601-2633.
- Rosales Jiménez , J. J., Caparrós Flores , B. M., Molina Rubio, I., & Alonso Delgado , S. H. (2013). *Habilidades Sociales* . Madrid : McGraw-Hill/Interamericana de España .
- Rovira Guardiola, J., Cortés, E., Vidal Giné, C., Aranda Rodríguez, E., Balarguer Armengol, G., Calzada Álvarez, N., . . . Ventura, M. (2018). *La reducción de daños en la intervención con drogas "concepto y buenas prácticas"*. RIOD.
- Ruiz , A., Barrio , G., & Mata , J. M. (2005). *Informe 2004*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo .
- Sánchez-Hervás , E., & Llorente del Pozo , J. M. (2012). Recaídas en la adicción a cocaína: una revisión. *Adicciones*, 269-279.
- Sánchez Payá , J., Romo Cortina, T., Rodríguez Ortiz de Salazar , B., & Barrio Anta , G. (1991). Consumo de drogas en España: fuentes de información y evolución durante el periodo 1984-1990. *Revista Sanidad Higiene PÚBLICA* , 395-412.
- San Narciso, D. (2021). "Oleadas de sangre joven, tibia y vigorizante". La historia de las drogas en la Guerra Civil Española. *Revista Historia Autónoma*, 241-244.
- Sansinenea Mendez, E., Soroa Martinez, G., & Machimbarrena Garagorri, J. M. (2022). *Adikzioen Psikologia eta Osasuna* . Bilbo: Euskal Herriko Unibertsitatea.
- Sanz, E. (2019). La importante diferencia entre caída y recaída. *La mente es maravillosa*.

- Schwarz, A., & Schwarz, A. (2017). *Relajación muscular progresiva de Jacobson*. Hispano Europea.
- Secades Villa , R. (1997). Evaluación conductual en prevención de recaídas en la adicción a las drogas: estado actual y aplicaciones clínicas. *Psicothema*, 259-270.
- Tavera Romero, S. (2021). *La comunidad terapéutica. Guía para el consejero terapéutico en adicciones*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Tovar-Zavala , N., Campos-Aguilera , M. G., & Rodríguez-Orozco , A. R. (2020). Socialización y afrontamiento en el adulto mayor en estudios Españoles e Hispanoamericanos (años 2013-2019). *Archivos de Neurociencias* , 62-69.
- TXALAPARTA. (2017.eko 05k 10). *Justo Arriola: "El GAL nos enseñó que algunos saben aunar el interes contrainsurgente con el afán de lucro"*. Noticias : <https://www.txalaparta.eus/es/noticias/el-gal-nos-enseneno-que-algunos-saben-aunar-el-interes-contrainsurgente-con-el-afan-de-lucro> helbidetik eskuratua
- Usó Arnal, J. C. (2014). San Sebastián (Donostia), 1917: la sobredosis que cambió la historia de las drogas en el estado español. . *Norte de salud mental* , 101-115.
- Valderrama Bares , P. (2016). Los módulos de respeto en las cárceles, una revision desde la educación social . *Revista de Educación Social*, 29-49.
- Vela Lopez, G., Ortega Gonzalo, P., Ezquerria Boado, A., Belinchon Urrutia, M. L., Garcia Barrio , M., Garcia Alvarez , J. M., . . . Alvarez Santiago , J. (1998). Opciones preventivas, asistenciales, de inserción y de mantenimiento de la abstinencia a drogas, en un programa de intercambio de jeringuillas para usuarios de drogas por vía parenteral (...). *Psychosocial Intervention*, 293-307.
- Vindas-Acosta , J., & Valdelomar-Marín, E. (2021). Cambio de perspectiva en los paradigmas y prácticas profesionales en el acompañamiento de personas que usan sustancias psicoactivas: analisis desde la Psicología y la Terapia Ocupacional. *Revista Terapéutica*, 119-133.
- Yubero, S. (2004). Socialización y aprendizaje social. I. Fernández Sedano, S. Ubillos Landa , & E. Mercedes Zubieta en, *Psicología Social, Cultura y Educación* (or. 819-844). Madrid: Pearson Educación.
- Zulaica Aristi, D., Bimbela Pedrola , J. L., Bolea Laguarda , A., Martínez Barquín , D., Menoyo Monasterio , C., Montoya Ramos , M., . . . Urcelai Iñurritegui , A. (d.g.). *Guía para la puesta en marcha del programa*. Ministerio de Sanidad: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/progInterJeringuillas/guiasPIJ.htm> helbidetik eskuratua

LEGEDIA:

- 1/2016 Legea, apirilaren 7koa, Adikzioen eta Droga Mendekotasunen gaineko Arreta Integrala. *Estatuko Aldizkari Ofiziala*, 105 zk., 2016ko maiatzaren 2koa.
<https://www.boe.es/eli/es-pv/l/2016/04/07/1>
- 10/1995 Lege Organikoa, azaroaren 23koa, Zigor Kodea. *Estatuko Aldizkari Ofiziala*, 281 zk., 1995ko azaroaren 24koa.
<https://www.boe.es/eli/es/lo/1995/11/23/10/con>
- 190/1996 Errege Dekretua, otsailaren 9koa, Espetxe Araudia. *Estatuko Aldizkari Ofiziala*, 40 zk., 1996ko otsailaren 15koa.
<https://www.boe.es/eli/es/rd/1996/02/09/190/con>
- 4/2015 Lege Organikoa, martxoaren 30koa, herritarren segurtasuna babestearren ingurukoa. *Estatuko Aldizkari Ofiziala*, 77 zk., 2015ko martxoaren 31koa.
<https://www.boe.es/eli/es/lo/2015/03/30/4/con>
- 5/1996 Errege Dekretua, urtarrilaren 15koa, urtarrilaren 19ko 75/1990 Errege Dekretua aldatzeko (75/1990 Errege Dekretua, menpekotasuna duten pertsonak opiazeoekin jaso dezaketen tratamendua arautzen duena). *Estatuko Aldizkari Ofiziala*, 44 zk., 1996ko otsailaren 20koa.
<https://www.boe.es/eli/es/rd/1996/01/15/5>

VIII. ERANSKINAK

1. Burututako elkarrizketen transkripzioak

1.1. Birgizarteratze Estrategiak (elebiduna)

¿Cuál es el proceso de reinserción que una persona en tratamiento de rehabilitación suele llevar?

Un poco para situar, porque al final del proceso terapéutico aquí el estándar es sobre todo hay 3 fases. La reinserción sería la última. Yo quiero explicar esto un poco para situar mejor, para entender un poco la reinserción. La primera fase, que es la acogida, normalmente se trabaja sobre todo que se para el propio consumo, se vayan alejándose un poco de esos hábitos no saludables o tóxicos hacia ellos, que se paren un poco. Para ello, se utiliza de alguna manera tres o cuatro meses como mucho y es una fase un poco de ordenar. Ordenar un poco la vida y parar el consumo. Una vez que acaban la acogida van a la comunidad que se empieza a trabajar de alguna manera el pasado, las historias familiares, personales... un poco es donde hacen más el trabajo hacia el pasado. Ya acabada la comunidad, que dura como un año, llegan a la reinserción y llegan ya con vistas a futuro. Es una fase que ya se va hacia fuera, vienen de una comunidad con una estructura más cerrada. Bueno aquí hay dos comunidades, una es un poquito más abierta que es la intensiva y la tradicional que es más cerrada. después llegan a la reinserción donde no tienen tanta estructura porque ya tienen que ir buscando la autonomía, un poco hacia fuera. Evidentemente se sigue una estructura, se tiene todavía un acompañamiento desde el equipo terapéutico, pero ya intentando que ellos empiecen a tomar pequeñas decisiones, que es lo que quieren ya en la vida porque esto ya es hacia fuera, sobre todo trabajo, piso, aficiones y todo lo que vaya a ser su vida fuera de la institución.

¿Cuáles son las dificultades recurrentes que se suelen encontrar en la fase de reinserción?

En la fase de reinserción, yo la intensiva no la controlo mucho, pero por perfil entiendo que tienen de alguna manera todavía más recursos familiares, más apoyos sociales, el perfil también son más jóvenes.

¿Entonces, para tirar hacia un mercado laboral seguramente tengan más facilidades no?

En donde yo estoy, que es la reinserción tradicional, el perfil es mucho más bajo. Bajo en el sentido de que son personas que tiene más edad, cognitivamente están más dañados a nivel físico y cognitivo. Entonces, por ejemplo, a la hora de encontrar trabajo, pueden tener más dificultades, porque, por ejemplo, la media de la reinserción tradicional puede ser de 50 años. Entonces, hay algunos que están de baja y simplemente vuelven a sus trabajos y ya está, pero hay muchos que tienen que volver a introducirse al mercado laboral y es más difícil acceder a un trabajo desde ahí. Pero también porque tienen muchísimas limitaciones físicas, muchísimas limitaciones mentales, cognitivas, que no les facilitan nada la propia sociedad a la hora de reinsertarse en ese sentido. A la hora de solicitar recursos sociales, también lo tienen más difícil. Es que para algunos recursos son demasiado jóvenes, para otros recursos demasiado mayores en cuanto a edad. también se solicita mucha valoración de discapacidad, que son procesos muy largos, entonces se alarga mucho la reinserción también en ese sentido, ya no tanto terapéuticamente, porque desde el daño físico y mental hacer terapia también es más complicado. Pero bueno, yo creo que actualmente el grupo que tenemos, la población, también colabora mucho y trabajamos mucho, pero a la hora de la reinserción se enfrentan a muchos obstáculos. O sea, ya de por si el acceso a la vivienda nos cuesta a cualquiera, pues a personas que tienen dificultades mentales y físicas les cuesta más. Lo que supone todo esto entonces más bien, yo creo, que son dificultades para acceder a una vivienda, más que al mercado laboral.

Y mucha soledad, por lo menos en mi fase. Si una persona está en la intensiva es porque tienen como un seguimiento familiar, tienen una red de apoyo más sólida de alguna manera y entonces desde ahí pues es más “fácil” que para las personas que están en la tradicional. Están en la tradicional, entre otras cosas porque no tienen seguimiento familiar y tienen una red social muy pobre, entonces es más difícil también hacer una reinserción desde ahí. Pero bueno, son diferentes dificultades, algunas burocráticas y otras más sociales. Hay mucha enfermedad mental, entonces desde ahí también pues más dificultades.

¿Es posible llevar a cabo una reinserción efectiva con personas que no tienen una red de apoyo? Personas que igual vienen de fuera y su red de apoyo se queda un poco en el país de origen, ya que igual puede ser más complicado conseguir una red de apoyo efectiva al país que vas.

Pero ¿qué sería en concreto una red efectiva? ¿Que cumpla con qué?

Pues con que sea un sustento también para ellos. Al final mi red de apoyo, cuando igual yo flaqueo más puedo conseguir en algunas personas un apoyo emocional, por ejemplo, o en otras puedo conseguir más un apoyo más instrumental.

Bueno para mí se nota cuando una persona tiene una red de apoyo fuera y quien no, se nota muchísimo, porque al final esto es como un entrenamiento. Este proceso es un entrenamiento y mientras que están aquí al final sí que vinculamos con ellos y si se sienten como tú dices sostenidos, pero muchos salen fuera, no tienen a nadie y al final, por mucho trabajo y casa que tengas, si no tienes con quien compartir tu vida es verdad que se hace muy complicado. Si que es verdad que los que vienen de fuera pueden verse como más solos en ese sentido, pero bueno, que los de aquí también, porque al final, sobre todo en el perfil nuestro tradicional, son personas que han tenido mucho recorrido de consumo que eso conlleva que el entorno también está muy dañado y hay muchos que también tienen una red de apoyo muy pobre. Para mí si influye a la hora de luego tener una vida fuera.

Una vida más estable, ¿no?

Si

En el caso de las personas que salen de prisión, ¿Cuáles son los principales desafíos que se enfrentan a la hora de intentar reintegrarse en la sociedad? Porque sales de prisión, de un sitio encerrado para entrar en un programa en el que si coges el método tradicional también vuelves a estar encerrado y luego sales después de mucho tiempo, entonces entiendo que esa reinserción puede ser algo más complicada, ¿no?

Bueno, no me parece que tenga... Estando aquí sí que dependen de Martutene, al final todas las cosas que tengan que hacer sí que hay que pedirle permiso a prisión y sí que están como muchísimo más atados. Tenemos como una responsabilidad plus con ellos, pero luego al final son personas que también tienen sus familias, tienen sus redes y al final tampoco influye tanto, significativamente, que estén con el artículo (el artículo le llamamos porque salen con el artículo 182). Entonces si están condicionados más que otros, sí que es verdad, porque tienen que esperar a que acaben la condena. Entonces dependen de nosotros, porque si de alguna manera abandonan luego tendrían que hablar con prisión y tendrían cumplir ciertas condiciones. Si que es verdad que no tienen una reinserción estándar o al uso como el resto, no son tan libres evidentemente, pero dentro

de todo eso ahora mismo hay una persona que encontró un piso y está teniendo dentro de lo que puede y las limitaciones que se le ponen judicialmente, está teniendo una vida relativamente normal, pero sí que está condicionado y todo hay que hablarlo con prisión y la abogada para que continúen. Tienen esos límites en cuanto a la libertad, pero en sí, al final luego todo depende de lo que tenga fuera, de si tiene familia o no tiene familia, pero como todos los demás.

En el caso de las personas que en el proceso de rehabilitación se han alejado un poco de sus familiares (no solo el alejamiento físico, sino el alejarse también podría afectar a sus relaciones), ¿Cómo se intentan reconstruir esas relaciones o que se hace un poco con esas relaciones para que vuelvan a ser una red de apoyo?

Suele pasar lo contrario a veces, Lasao landu egiten dira erlazio familiarrak. Azkenen beste fase denetan bezala, pertsona baldin badago bere guraso eta familiarrekin lanketa bat egiteko prest ba hori egiten da. Egia da tradizionalera iristen diren pertsonak igual esas relaciones están mucho más dañadas y puede ser un poco más difícil pero no es porque se vayan a Lasao. Sino que vienen así desde fuera al programa y estarán así por x factores como el consumo prolongado. El consumo prolongado ha generado que este como este con la familia y su entorno, pero azkenen Lasao landu egiten dira erlazioak. Aukerarik baldin badago lanketa bat egiteko, lanketa burutzen da komunitate desberdinetan. Azkenen, saiatzen da erlazio horiek berreskuratzen.

Eta adibidez birgizarteratzean, ¿se hace algo?

Bai hemen guk enkuentroak egiten ditugu, gehien bat Lasaoetik etortzen direnean enkuentroak egiten dira pixkabat ikusteko nola dauden erlazio horiek eta lantzeko, ez komunitaden bezain sakona, baina hemen ere lantzen dira. Hemen multifamiliarak egiten dira, ze notatzen dugu zenbat eta gehiago izan inplikazio familiarra ba prozesua askoz hobeto joango da. Tradizionalen aurkitzen diren familien egoera zaila izaten da, baina egoten dira eta hori lantzen da.

Claro porque entiendo que si en reinserción lo que se busca es pixkat kanpora ateratzea hori ere landu beharko da. Entiendo que se buscara que kanpoan pertsona hori ere bizitza normal bat izatea eta que se mantenga lo más estable posible. Gero, en la reinserción, ¿cómo suelen afectar las recaídas?

Se trabajan las recaídas. En reinserción ematen du que estos ya han hecho una acogida, una comunidad y que han llegado a la reinserción más trabajados y aquí te das cuenta, eta zentzua daka, fase konplikatua dala kanporaka ateratzen direlako. Como se están yendo hacia fuera es cuando se empiezan a ver las dificultades y como poner en marcha lo aprendido y lo entrenado. Entonces, en ese estoy fuera y dentro hay muchas dificultades y hay recaídas. Hay recaídas y se trabajan, desde la recaída de cada uno, pero no expulsamos ni nada. Se trabajan las recaídas viendo que ha podido pasar y trabajar desde ahí.

Un poco identificar que ha pasado, ¿no?

Bai, pero eso como en cualquier otra fase.

Bai, pero yo entiendo que en otra fase pueden consumir, pero están algo más aislados porque están viviendo una comunidad terapéutica o un proceso de acogida y en reinserción ya es que estas yendo a fuera, vuelves a tu casa o a tu pueblo o a donde sea. Donde igual tenías problemas, y yo entiendo que las recaídas tendrán más historia por detrás.

Yo entiendo que la reinserción, sobre todo, ya las recaídas son reaccionarias porque van hacia fuera y las dificultades y todo lo que les ha traído hasta aquí que se trabaja en Lasao o en comunidad, incluso todo el programa, pues ya es hacia fuera y ahí en esas dificultades se dan las recaídas.

¿Cómo medís el proceso que hacen dentro de reinserción? Entiendo que cada persona tiene su proceso de reinserción, pero tenéis que tener algún parámetro para saber si la reinserción se está haciendo bien o mal, ¿no?

Pues para mí, yo lo que más he notado es que cuando en ese hacia fuera como lo está llevando. En el sentido de si no lo está superando la vida que está construyendo fuera, de qué manera lo está llevando. Si lo está llevando de alguna manera bien, ya empieza a trabajar, ya está bien con la familia fuera. Se está sabiendo encajar fuera con la familia, el trabajo y el piso y de alguna manera se está manteniendo estable ahí o que no le está superando, para mi es un buen indicador. Nola dagoen kanpoan y de qué manera le está afectando la vida de fuera.

¿Un poco como afronta las dificultades que le pueda poner la vida, no?

Bai

Relacionado con eso, ¿Qué se suele considerar una reinserción exitosa? En qué momento se para este proceso y se van con el aprobado del equipo.

Cuando ha cumplido los objetivos. Que este situado. Cada uno tiene sus objetivos. Si de repente una persona de 40 años que está disponible para trabajar ha encontrado trabajo, un sitio en el que vivir, un hogar, y de alguna manera tiene la vida bastante encaminada en esos aspectos y que lo lleva bien y está a gusto se da por terminado. También hay otras personas, como he dicho antes, que están muy dañadas con incapacidad para trabajar (algunos absoluta otras total), entonces también que tengan de alguna manera un plan de vida fuera, aunque no sea trabajo, un plan de vida fuera que tenga como una especie de estructura que se sienta bien y lo sostenga y que pueda seguir adelante. Al final es que cada uno con sus expectativas reales, que se marque unos objetivos y que los cumpla y se sienta bien. Cada uno con su realidad. Tenemos personas que tienen 60-61 años, entonces la expectativa o el plan de vida de esa persona será encontrar un piso tutelado o algún recurso o compartir piso con personas y que se apunte a hacer algún voluntariado. O sea, cada uno con su plan y que acepte su realidad y que sepa encajarlo bien. Y que mientras haga todo eso que no consuma, claro. Desde ahí que cada uno estructure un plan de vida lo más sana posible y real. Si se sabe sostener eso y estar de alguna manera estable pues adelante.

En cuanto a encontrar trabajo, un poco más la reinserción sociolaboral y las frustraciones que pueden crear esa reinserción, ¿Cómo se abordan esas frustraciones que pueden sentir a la hora de encontrar trabajo o reincorporarse?

Aquí nos encontramos perfiles que ya muchos tienen la discapacidad para ir a un trabajo protegido. A veces encontrar personas que han tenido un super trabajo y de repente se están viendo en un trabajo protegido por discapacidad, pero normalmente lo encajan bien, pero hay gente que no se ve. Entonces esas frustraciones se trabajan en coloquios o en terapia. Es verdad que con el trabajo en general todos encuentran trabajo, no hay una especial frustración de trabajo. Además, aquí todos los que piden la discapacidad se van hacia un trabajo protegido en Kateak o Gureak, normalmente la gente está a gusto. Lo que pasa que sí que hay como una población de 50-60 años que igual ellos sí que están teniendo como más dificultades, pero bueno tampoco es excesivo. Yo creo que la frustración se centra en encontrar una vivienda.

¿Se les hace más difícil?

Bai, eso está siendo más frustrante que a la hora de encontrar trabajo. Ahora estoy pensando y no hay una especial frustración, quizás más relacionada con la espera a que te llamen del trabajo, pero no es generalizado. Lo del piso es más frustrante y más preocupante.

También es verdad que aquí tenéis una trabajadora social que les ayuda un poco, ¿no?

Si les ayuda un poco a encontrar trabajo protegido, que aquí la mayoría a van hacia allí. Los que no tienen discapacidad tiran más por ETT y así, normalmente encuentran trabajo. Habrá un par de ellos con esa frustración, pero no es generalizado.

Estaba pensando que igual bideratze horrek edo laguntze horrek, que la trabajadora social les ayude un poco hacia donde tienen que ir o que tienen que hacer igual también favorece que no haya una especial frustración.

Bai, baino iruditzen zait kanpoan lana dagoela. Orokorrean oraintxe bertan lana dago, joaten baldin bazara ETT batea aurkitzen duzu. Gainera hauek programan sartu baino lehen langileak izan dira, orduan esperientzia asko dute. Bai azkenean horregatik izaten dugula batzuetan, ez bereziki, diskapazidade eskatu behar duela eta lan babestu batera joan behar dela eta batzuk ez dute beren burua hola ikusten eta ez dute nahi, baina ez da zeoze bereziki generalizatua. Okerrena papelik ez duenak, horrek lana aurkitzeko bai ditu arazoak.

Bai, baina entiendo beraiantzat ere birgizarteratze bat aurrera eramatea konplikatua izango dela, ez?

Bai, es que papelik gabe ez zea inor. Sin papeles no eres nadie, ezin dezu ezer egin. Ezin dituzu hasta praktikak egin. Ordun oso zaila da, eta badaude hemen papelik gabeko pertsona.

Imaginatzen det bakoitzaren testuinguru sozioekonomikoa ere zerikusi handia izango duela birgizarteratze erraztearekin edo ez.

Bai, azkenen hemen no hay más dificultades que en otros sitios. Gizartea daon bezala dago eta zailtasun berdinekin daude orokorrean, tampoco es algo de otro mundo. Los que no tienen papeles, eta zailtasun asko gehiago dituzte, baina lan inguruan ez dago frustrazio berezirik. ETTetara apuntatzen direnak normalean deitzen diete eta diskapazidadea dutenak Gureakera edo KATEara juten dia eta gustora juten dira, ondo daude.

Igual tendrá más frustración el que no quiera aceptar el trabajo protegido, ¿no?

Bai, pero tampoco es nada generalizado eh, pero suelen ir hacia ese recurso.

¿Vosotros usáis alguna estrategia de reinserción? Yo las estrategias que yo he trabajado son estrategias un poco de trabajar la red de apoyo de cara a la reinserción, un poco situarse en la red de apoyo cada persona eta ahulduta dauden erlazio horiek lantzea eta habilidade sozialak lantzea, porque puede que haya gente que no tenga o que sus habilidades sociales no sean adecuadas o limitadas.

Si, bueno, al final tampoco hay ni una estrategia diferente a la que hay en otra fase. Al final es seguir la metodología que se da en todas las fases. Entonces, seguimos en reinserción seguimos trabajando con las familias, trabajando para que hagan cosas diferentes en el aspecto social y luego hacemos muchas dinámicas para trabajar mucho las habilidades sociales entre las personas usuarias, para que vayan entrenando y que registren nuevas sensaciones de bienestar para que ellos puedan continuar con esa dinámica, pero al final no es nada diferente a otras fases. Al final es toda la misma metodología y al final la reinserción se perfeccionan esas cosas.

Betikoa baina agian pixkat bideratuagoa kanpora ez?

Bai, inportatzi pixkat eman que las habilidades sociales y todas estas cosas tienen mucho que ver y que lo interioricen ya para que fuera lo puedan poner en práctica con las familias o los que empiecen un curso con los nuevos compañeros. No es ninguna estrategia diferente hacia comunidad.

¿Ósea que las estrategias que se usan son las mismas no?

Bai, con el objetivo de la reinserción de que es más hacia fuera, pero la base es la misma.

Bai, pero entiendo igual hemen gehiago lantzen direla pues cuando lo ponen en práctica si algo no va bien como cambiarlo, ¿no? Entiendo que todo el mundo trabajara en la misma línea, pero no es lo mismo para todos entonces se pulirán.

Bai, totalmente.

Esta pregunta tiene que ver un poco con la experiencia, ¿todas las personas pueden llegar a reinsertarse? Es fácil hablar de reinserción y de que cada uno tiene sus límites, pero ¿puede todo el mundo reinsertarse? ¿Es factible para todo el mundo?

Yo quiero creer que sí. Yo no tengo mucha experiencia, pero en mi opinión en general sí. Igual soy muy optimista, pero nere ustez bai, baino lanketa asko egin behar da. La reinserción tradicional sobre todo hay mucho daño a nivel cognitivo y mental y al final eso ya es algo orgánico. Quiero decir, tiene que haber como una medicación que le ajuste bien orgánicamente para poder hacer un trabajo terapéutico real y trabajar a su vez con la familia. Entonces, eso es un trabajo complicado. Pero bueno desde ahí yo quiero creer que sí.

Igual en reinserción tienen más factores que pueden jugar en su contra, ez? hemen dauden bitartean porque entiendo que instituzio barruan dauden bitartean igual errexa dela estable mantentzea (tomarse toda la medicación cuando toca, por ejemplo), baina ya kanpoan zaudenean, gehien bat hemendik kanpo zaudenean, igual se puede volver a los patrones de antes

Bai, hori da pasatzen dena. Pasan dos cosas, que hay mucha gente que fuera de estructura no funcionan, que eso significa que cuando salen de aquí hasta luego porque no saben estar sin estructura. Luego hay otros que al final aquí están por algo y, lo que he dicho antes, mientras están aquí se sienten recogidos, cuidados... y sin querer generan una dependencia, porque al final son personas dependientes y generan dependencia hacia las instituciones y entonces salen fuera y también se pierden. Al final “mal hecho” porque muchos sustituyen sus familias por esta institución. Entonces esas personas tienen un mal pronóstico. Se intenta trabajar en la reinserción hacia fuera y trabajar todas esas partes.

Entiendo que habrá personas a las que llega un momento en las que las personas del grupo técnico sois su red de apoyo y que en reinserción pretendéis un poco quitaros de ahí.

Bai, quitarnos de ahí para no generar dependencia y que ellos puedan tener una vida normal. Que fuera encuentren fuera un gancho que los sostenga, ya sea el trabajo, porque al final el trabajo no es solo un ingreso económico también es una estructura que te sostiene, que te tiene ocupado y que te puedes sentir útil

También da una rutina

Bai, se pretende también enganchar, aunque sea un poco de vida social y a la familia para que se puedan mantener a flote. Con esos factores la reinserción es factible y efectiva.

Ya, pero puede que a alguno de esos factores les falle porque al final en algún momento el trabajo no estará.

Bai, totalmente, se intenta que encuentren diferentes enganches, aunque es difícil. Si creo en la reinserción, pero es difícil

Habrán personas que tendrán factores que se lo harán más difícil, ¿no?

Si, individualmente puedo decirte quien, si puede llevar una reinserción y quien no o lo tiene difícil, porque ya hay cosas que ya no dependen de nosotros. Nosotros tampoco hacemos milagros y hay que trabajar con lo que hay y con lo que se pueda, ellos también hacen lo que pueden porque tienen lo que tienen. Aun así la reinserción es factible.

Azkenekoa, ¿Cuáles son los factores que más afectan en la reinserción?

Para mí la clave es la red de apoyo, que tengas con quien compartir tu vida. No estoy hablando de pareja afectiva ni nada eh. Aunque sea familia o, aunque sea amigos o, aunque sea algo que te ayude a compartir o, aunque sea yo que se poder irte a darte un paseo y compartir aficiones o ir a conciertos. Compartir tu vida, yo creo que para mí es lo más favorable para que una persona sane y pueda mantenerse.

¿Y lo contrario? ¿Qué factor puede hacer que si identificas ese factor en la persona pienses que será más complicado?

Lo mismo, la red de apoyo. También la soledad es lo que más en contra tienen estas personas. La soledad es lo que los lleva normalmente a consumir (la soledad de sentirse solo, no de vivir solo), ese sentimiento de no tengo nada que compartir con nadie. Cuando además ese sentimiento es lo que te ha llevado a consumir. Para mí es eso lo que le hace volver.

1.2.Prebentzio Estrategiak (Gaztelerazkoa)

¿Qué protocolos se utilizan ante las recaídas? Es decir, cuando un usuario tiene una recaída, ¿qué se hace?

Primero igual hay que concretar nosotros que consideramos recaída. Cuando ya hay consumo reiterado y que no se pueden parar es cuando consideramos que hay una recaída. ¿Qué quiere decir eso? Que si por ejemplo alguien nos dice “he consumido”, consume una vez, hacemos analítica, da positivo, entonces vuelve dentro de un tiempo. Un tiempo que puede ser una semana máximo. Vuelve y se le hace otra analítica y ya da negativo. Con esa persona tendríamos una manera de actuar, pero eso no sería una recaída. Una recaída es alguien que está consumiendo, que igual no nos lo dice o nos lo dice la familia o nos lo dice al final el, pero que ya lleva bastante tiempo, ¿con esa persona que se hace? Primero se trata de que frene, de que frene de consumir para poder seguir haciendo algo con él. ¿Cómo deja de consumir? Eso ya nosotros ahí no les acompañamos en el dejar de consumir. Si está consumiendo no se le hace ningún seguimiento ni nada. Entonces desde de reinserción, ¿qué hacemos cuando han recaído y frenan? A veces les mandamos a la acogida, ¿cuándo les mandamos? Cuando consideramos que han sido como varios consumos durante tiempo espaciado y luego hay una recaída posterior que ya no se puede parar. ¿Entonces, cual sería nuestra forma de actuar? Bueno, tener varias conversaciones con él, ver si se puede estabilizar, si no estabiliza a la acogida y que este un tiempo. Y, ¿por qué a la acogida? Porque en la acogida es donde le van a hacer un control y un seguimiento para que verdaderamente demuestre que no está consumiendo.

Vale, seguimos. ¿Qué papel desempeña el apoyo de la familia y la comunidad (la red de apoyo) en la prevención de recaídas para las personas que han recibido un tratamiento?

Pues como prevención, igual poca. Como prevención poca, pero como contención, bastante, y como forma de control, mucha. ¿Por qué? La prevención suena más a cuidado y a eliminación de algo o a ¿qué hacemos antes? Yo creo que la familia ahí lo único que tiene es miedo. A nosotros muchas veces las familias nos dicen que tienen miedo, tienen un miedo de dónde vienen, tienen miedo como de algo que ha pasado y no quieren volver a ello y cuando se vuelven a meter en otro ciclo parecido, empiezan a meterse en el miedo. Hay una parte en la que no hay prevención porque están mirando para otro lado, están mirando hacia su miedo y a que no pase a como ha sido antes. Entonces, como muchas veces no se repiten los mismos patrones, ya cuando están metidos en una recaída ahí poca prevención o ninguna. Lo que si hay es como contención y mucho decir no queremos que vuelvas ahí y si pasa esto, fuera. Yo

diferenciaría las familias que vienen a autoayuda. Las familias que vienen a autoayuda hacen más contención, hacen más contención sobre todo porque hay límites más claros y el propio usuario va a tener claro que su familia le está poniendo límites. Incluso sin que haya recaída, sin que haya consumo ni nada, hay límites claros en la relación. Entonces para mí si hay límites claros en la relación va todo mejor, va todo el proceso mejor. No es una prevención puntual, sino que es como algo más continuo.

¿Cuáles son los principales problemas a los que se enfrentan a la hora de mantener la abstinencia?

Yo creo que lo que más: los miedos. ¿Qué miedo? Miedo a fracasar, a no ser capaz, miedo a decepcionar... sobre todo lo que más les imposibilita como seguir adelante o seguir un proceso. Eso uno. Las relaciones, las relaciones familiares, las relaciones de pareja, las relaciones con los hijos... Diferenciando pues que igual con los padres se sienten muy frustrados o muy pequeños o que no tienen espacio y eso les puede llevar a consumir. Con las parejas, a veces teniendo pareja el propio miedo de como ahora yo me presento ante esta persona siendo diferente o sin reconocermelo o sin reconocer al otro en el ahora. Entonces, casi que prefiero volver al pasado que es donde nos conocemos. Luego con los hijos hay mucha culpa, ante la culpa si no trabajamos la culpa y si ellos no nos dan pie a trabajar la culpa se vuelve a las andadas. Luego en lo laboral, por problema laboral, a no ser que sientan mucha incapacidad personal y relacional lo laboral tendrá que ver con incapacidad e historias laborales. Con los amigos y amigas igual, si no tienen es mucho más fácil volver a recaer porque no hay red social que sujete y si los amigos que hay son los de antes y los de antes siguen en la misma historia de siempre, pues van a acabar en el mismo chocolate.

Entonces, ¿Qué factores suelen afectar más a la hora de, por ejemplo, mantener su abstinencia?

Un cambio de vida sí o sí. El cambio de vida, ¿qué es? Para mí un cambio de vida es tener claro que tengo que cambiar de relaciones, relaciones de amistades. No quiere decir que mis amistades no puedan seguir siendo las de antes, sino que mis amistades y yo tenemos que tener otra forma de relacionarnos, no podemos salir a los bares y estar sentados en una terraza y seguir yo tomándome un café y ellos cuatro cervezas porque esto es imposible de mantener en el tiempo, ¿de mantener puntual? Sí, ¿cuánto tiempo? Mientras están en la estructura que les damos nosotros sí pero cuando ya no hay esa

estructura de fuera es muy difícil. Es muy muy difícil. Cambio de vida a nivel actitudinal de como yo me enfrento a la vida y a mis dificultades y cambio relacional de relaciones de formas de relacionarme y de estar. Los chicos y chicas que están aquí tienen valores muy muy buenos, pero los tienen olvidados. Entonces hay que retomar también esos valores. Y engancharse a valores provida o prorelaciones, no proaislamiento y prosoledad y prodestrucción.

Para la prevención ¿cuáles pueden ser las herramientas o las habilidades más importantes para poder prevenir la recaída?

Eso es como si yo voy en el coche y veo una curva de lejos y no voy reduciendo y sigo acelerando pues me voy a pasar de frenada, no voy a poder ni reducir ni frenar antes de llegar a la curva. Eso pasado a nuestro ámbito, cuando en realidad empiezan a sentirse pues cada uno como se sienta si no van hablando de cómo se están sintiendo se van a pasar de frenada. ¿La prevención cuál es? Que sean capaces de contar y de nos sentirse juzgados en aquellas cosas que les pasas. Para mi esa es la prevención principal, porque si se sienten mal en el trabajo, pero sienten que tienen que trabajar porque tienen que ganar dinero, porque tienen que mantener a la familia, pero no dicen que se sienten mal o no dicen que no se están sintiendo capaces, pues seguramente se pasen de frenada. Si con la familia sienten que no cumplen las expectativas, que creen que les están pidiendo de más, pero no van hablando de cómo se sienten pues se van a pasar de frenada.

¿Qué impacto tienen las recaídas en los procesos de rehabilitación? En la persona que recae o incluso en la familia

Mira, el otro día en la supervisión hablamos no de las recaídas sino de los retrocesos, de como uno si retrocede, retrocede en su vida. Entonces al final las recaídas tienen que ver con retrocesos o con regresiones. Igual lo que hay que mirar es que pasa en toda la familia o en toda la estructura en la que estoy para tener que tirar para atrás, porque si recaigo evidentemente es que vuelvo para atrás, porque si consideramos que aquí durante todo el proceso se va como hacia adelante y se van dando pasitos hacia adelante la recaída tiene que ver con retrocesos, pero no con retrocesos personales, sino que con retrocesos de todo un sistema. Igual hay que mirarlo no en individual sino en todo el sistema, ¿qué hago yo con esa persona si soy un familiar? ¿Por qué le estoy tirando para atrás? ¿Por qué, si soy su pareja, yo le estoy tirando para atrás y le estoy diciendo “antes estabas mejor”?

¿Qué papel puede tener la fantasía que muchas personas tienen de que en un futuro van a poder llegar a controlar su adicción?

Eso es mentira, pero es mentira para las personas que están aquí. Que alguien piense que va a poder controlar, no es verdad. Entonces, ¿qué incidencia tiene? Pues si alguien piensa que en un futuro va a poder controlar se está engañando. Se está engañando ya en el ahora. Ya no tanto en el futuro, sino que eso tiene que ver con el ahora. Si yo en el ahora estoy pensando que voy a ser capaz de controlar dentro de tres meses o dentro de un año el beber es que ya estoy pensando en beber, entonces seguramente no estoy trabajando lo que tiene que ver con mi yo de ahora. Es como si dijese “estoy aquí porque he consumido yo que sé que cosa, pero dentro de un año creo que voy a poder beber y voy a controlar”, entonces te estas engañando.

¿Cómo se trabaja para evitar que la persona que este aquí por, por ejemplo, adicción al alcohol no desarrolle otra adicción?

Esto pasa mucho, es como yonqui mal curado alcohólico asegurado. Aquí se lo decimos muchos, porque si yo consumo una sustancia que es como un poquito más complicada de conseguir porque tengo que llamar o tengo que moverme puedo comprar alcohol en cualquier momento y además esta como socialmente mejor visto y claro si empiezo a beber pues obviamente me voy a enganchar. Yo creo que ahí los adictos o los dependientes o los codependientes no se acaba de curar nunca entonces hay que tener claro que siempre tengo que tener todas las alertas. Y si no soy adicto al alcohol pues igual soy adicto a las compras, o soy adicto al juego o soy adicto al chocolate o soy adicto al trabajo. Entonces, tengo que estar siempre con las alertas bien puestas y teniéndolo claro. De ahí creo que todos somos dependientes y necesitamos de otros y somos codependientes, bueno más que codependientes interdependientes. Si somos capaces de pasar de una sustancia a darnos cuenta de que nuestra dependencia puede ser interdependencia, que yo necesito a otro y otro me necesita a mí, pues igual eso nos ayuda y nos hace estar mejor. Sino siempre voy a estar enganándome y enganándome a otras cosas. Aparte pues físicamente y biológicamente va a estar ahí.

¿Cómo se suelen abordar los desafíos comunes que enfrentan las personas en rehabilitación para reducir el riesgo de recaída o evitar una recaída?

¿La presión social?

Si, o el estigma, por ejemplo.

¿El estigma de haber estado aquí?

Si el que puedan llegar a sentir ellos

Esto es raro, pero como la mayoría de los que están aquí son bastante orgullosos eso también les ayuda. El sentir orgullo de ser lo que soy, que lo trabajamos mucho la parte del orgullo. También sirve para no pensar que soy “un puto yonqui de mierda” sino “soy un yonqui rehabilitado”. Esto también da un poco de buen estigma, ¿a todos? No al 100%, pero si hay una gran parte de nuestro colectivo que se sienten orgullosos de lo que hacen o de haber sido capaces de haber hecho esto o de incluso terminarlo. Durante el proceso hay tiempos donde sí que se sienten muy mierda y con poca capacidad de enfrentarse a nada, pero según van avanzando se van dando cuenta que estar aquí no se lo pueden contar a todo el mundo y no es algo como para contárselo a todo el mundo, pero no es un lastre. Entonces yo creo que lo enfrentan desde el orgullo.

¿Crees que existen situaciones de riesgo generalizadas a la hora de recaer?

¿Generalizadas para toda la población?

O que sean muy comunes, porque cada persona es diferente, pero yo entiendo que sí que habrá algunas circunstancias en las que sea muy probable que la persona vaya a consumir

Claro, cuanto menos nivel de renuncia al alcohol, de renuncia a las sustancias... ¿eso que implica en nuestro territorio? Renuncias a muchas fiestas y a muchas relaciones sociales. Si yo soy capaz de renunciar a eso y a un cierto tipo de vida social por otro, pues igual consigo no recaer o me mantengo más tiempo abstinentes.

¿Qué habilidades de afrontamiento son necesarias para enfrentarse bien a las situaciones que pueden hacer que consuman?

Yo les digo, además hace poco hemos estado hablando de eso, que cuanto menos tragones sean; o sea, cuando hay menos actitud de menos tragar, no quiere decir de escupir mierda para todos lados, sino que cuanto más empáticos sean y asertivos mucho mejor. ¿Para mí que quiere decir eso? Si yo soy capaz de ver al otro, si soy capaz de decirle, sin echarle mierda, como yo me estoy sintiendo pues tengo un camino importante hecho.

Y, por último, ¿puede ser la prevención una manera de reducir futuros daños? O incluso riesgos.

Es que yo no soy muy de prevenir. Entonces, me parece complicado. Es que prevenir es estar viviendo en el miedo. Si yo vivo en prevención vivo en miedo. Esto es un discurso un poco filosófico, de filosofía social. A mí me da la sensación de que en general en nuestra vida vivimos en prevención, que quiere decir eso' prevenimos el COVID, prevenimos la gripe, prevenimos todo, prevenimos las enfermedades de transmisión sexual, prevenimos los contagios de no sé qué, no voy a no sé dónde porque voy a prevenir porque me voy a poner malo, no voy a no sé dónde porque voy a prevenir, pero eso también quiere decir que me pierdo muchas cosas. Entonces, si la prevención es como meter miedo yo no soy muy pro de prevenir. Si de desarrollar habilidades y capacidades que me ayuden a enfrentarme, ¿qué quiere decir eso? Que si yo voy a una fiesta y hay un montón de alcohol y empiezan a sacar más cosas que a lo mejor no quiero probar y no quiero volver a probar igual me tengo que ir, no tengo que quedarme. Si yo voy a una boda, que es para nuestros chicos de aquí es como lo más fácil y cercano, y yo sé que en la boda hay gente que va a ir al baño y va a estar consumiendo y, aparte, va a haber alcohol a manta, pues ¿qué hago yo yendo ahí? Igual tengo que ir un rato e irme o ir con gente que sé que no va a beber y que vamos a estar en la misma sintonía. Una cosa que aquí se oye mucho es “todo el mundo consume”, no es verdad porque ni todo el mundo consume ni todo el mundo no consume. Hay gente que consume y hay gente que no. Y como todo en la vida, hay que elegir. Hay que elegir con quien estoy y con quien me quiero relacionar y en qué tipo de ambiente me quiero mover. Entonces, yo creo que esa es la decisión y la prevención tiene que ver con el cambio de vida y el cambio de actitudes, no con una prevención, sino que tengo que hacer un cambio de vida y un cambio de actitudes, sino mal vamos

2. Elkarrizketetarako baimen sinatuak

Edurne Mancisidor:

CONSENTIMIENTO PARA ENTREVISTA

Yo, Edurne Mancisidor Vargas (DNI: 72584938C), he sido invitada a participar en una entrevista con la alumna de Criminología de EHU-UPV, Noa Fonseca Gonzalez. Entiendo que el objetivo de esta entrevista es recopilar información sobre la reinserción de personas con adicción, para el Trabajo de Fin de Grado.

Comprendo que mi participación en esta entrevista es totalmente voluntaria y que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento sin sufrir consecuencias negativas.

Asimismo, entiendo que la información proporcionada durante la entrevista será utilizada únicamente para llevar a cabo el Trabajo de Fin de Grado de Noa Fonseca Gonzalez, y que cualquier dato personal que proporcione será tratado de manera confidencial y no será compartido con terceros sin mi consentimiento previo. Los datos personales serán tratados conforme al Reglamento Europeo 2016/679 de protección de datos.

Además, comprendo que la entrevista será grabada y transcrita para facilitar su análisis, y que tanto las grabaciones como las transcripciones se manejaran con la misma confidencialidad que cualquier otro dato proporcionado.

He leído y comprendido las condiciones descritas anteriormente, y doy mi consentimiento para participar en la entrevista

Firma:

Fecha:

19/04/2023

Koldobika Gómez:

CONSENTIMIENTO PARA ENTREVISTA

Yo, *Koldobika Gómez* (DNI: *20179769-N*), he sido invitada a participar en una entrevista con la alumna de Criminología de EHU-UPV, Noa Fonseca Gonzalez. Entiendo que el objetivo de esta entrevista es recopilar información sobre la reinserción de personas con adicción, para el Trabajo de Fin de Grado.

Comprendo que mi participación en esta entrevista es totalmente voluntaria y que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento sin sufrir consecuencias negativas.

Asimismo, entiendo que la información proporcionada durante la entrevista será utilizada únicamente para llevar a cabo el Trabajo de Fin de Grado de Noa Fonseca Gonzalez, y que cualquier dato personal que proporcione será tratado de manera confidencial y no será compartido con terceros sin mi consentimiento previo. Los datos personales serán tratados conforme al Reglamento Europeo 2016/679 de protección de datos.

Además, comprendo que la entrevista será grabada y transcrita para facilitar su análisis, y que tanto las grabaciones como las transcripciones se manejarán con la misma confidencialidad que cualquier otro dato proporcionado.

He leído y comprendido las condiciones descritas anteriormente, y doy mi consentimiento para participar en la entrevista

Firma:



Fecha: *3-V-24.*

IX. TXOSTEN TEKNIKOA

Droga menpekotasuna historian zehar presente egon den fenomeno bat da, baina urteak aurrera egin hala bere egoera aldatuz joan da kezka soziala bihurtu den arte. Fenomeno horretan eragina duten faktoreak ugariak dira eta denboran zehar aldatuz joan dira. Hala ere, lan honetan droga menpekotasuna duten pertsonentzako birgizarteratze eta berrerortzeak saihesteko prebentzio estrategiak aztertu egin dira. Horretarako, estrategiak aztertu baino lehen droga menpekotasunaren inguruko definizio batzuk eskaini dira, lanean zehar erabilitako terminologia finkatzeko eta argitzeko helburuarekin. Horien barnean droga edota menpekotasuna terminoak aurkitu daitezke; lehenengoa, pertsona baten funtzio biologikoa aldatzen duen sustantzia kimiko gisa definitua izan da (Sansinenea Mendez, Soroa Martinez , & Machimbarrena Garagorri , 2022, or. 18), eta bigarrena, aldiz, portaera zehatz bat aurrera eramateko premia larria bezala definitua izan da (Ramos, 2010, or. 9-10).

Horretaz gain, droga menpekotasunaren bilakaera historikoa ikusi da, bereziki Euskal Autonomia Erkidegoan heroinaren krisialdia aztertuz; izan ere, gure gizartean ohikoa izaten da krisialdi horren inguruan hitz egitea, gehien bat gazte asko hil zirelako. Garapen historikoa azken ehun urteak aztertuz burutu da eta horrek agerian utzi du hamarkada bakoitzean gehien kontsumitzen zen sustantzia. Hasieran, 20 hamarkadan, kokaina zen gehien kontsumitzen zen sustantzia, baina geroago Gerra Zibilak, frankismoa edota bestelako fenomeno sozialak zirela eta anfetaminak, morfina, heroina edota kalamuaren kontsumoa zabalduz joan da. Garapen horretan heroinaren krisialdia nabarmendu behar da, gure gizarteko paniko moraletako bat kontsideratua izan daiteke eta.

Era berean, fenomenoan eragiten dute hainbat arrisku eta babes faktore aztertu dira. Horien artean menpekotasuna garatzeko edota ez garatzeko faktoreak azaldu egin dira, baina lanean zehar birgizarteratzean eta prebentzioan eragiten duten faktoreak nabarmendu dira. Horien artean, laguntza sarea edota estigmatizazioa aurkitu daitezke.

Lanean zehar droga menpekotasunaren gaur egungo egoera aztertu egin da, gehien bat birgizarteratzeari eta berrerortzeak saihesteko prebentzioari arreta jarritz. Hala ere, fenomeno horiek ulertzeko kontuan izan behar da menpekotasuna duten pertsonen esku hartzeak kalteak murrizteko eta errehabilitazio programen artean bereizten direla. Alde batetik, kalteak murrizteko programetan kontsumoa onartu egiten da eta horien artean

xiringak trukatzeko programak, harrera zentroak, opiazeoen agonistekin tratamendua edota kontsumo gainbegiratuko aretoak aurkitu daitezke. Programa horiek kontsumoa eten ezin edo nahi ez duten pertsonentzat egokienak izan daitezke; izan ere, kontsumotik eratorritzen diren kalteak edota ondorioak gutxitzen saiatzen dira pertsonaren bizi kalitatea ahal den heinean hobetuz (Romaní , 2008, or. 302-303). Bestalde, errehabilitazio programen barruan Alkoholzale Anonimoa, komunitate terapeutikoak edota ospitaleko desintoxikazio unitateak aurkitu daitezke. Horietan ez da kontsumoa onartzen, helburua menpekoa bere bizitza osoan abstinente mantentzea baita. Sustantzien kontsumotik aldentuta mantendu nahi dutenentzat egokiak dira, horietan menpekotasuna landu egiten da abstinentzia mantentzeko helburuarekin (Martínez González , or. 79).

Era berean, programa horiek borondatez egin ahal dira edota agindu judizial baten ondorioz. Borondatezko programen barruan espetxeetan aplikagarri diren programak sartzen dira, hala nola, errespetuzko moduluak, espetxe barruko komunitate terapeutikoak eta unitate terapeutiko eta hezitzaileak. Guztiak errehabilitazio programen barruan sartzen dira, horien helburua drogen kontsumotik edota sustantzietatik aldentutako eremu hezitzaile eta terapeutikoa sortzea da eta (Ministerio del Interior, d.g.). Bestalde, agindu judizial baten ondorioz egiten diren tratamenduak espetxetik aterata borondatez errehabilitazio programa bat burutzea da edo jasan eta mantendu ezin diren egoeren aurrean agindu baten bitartez menpekoa desintoxikazio unitate edo zentro batean sartzeari egiten dio erreferentzia. Barneratze hori egoera larrietan soilik aplikatu daiteke eta familia kideek edota Ministerio Fiskalak eskatu dezake (Alventosa del Río, 2013, or. 69).

Berrerortzea saihesteko estrategiei dagokionez, berrerortzearen eta erortzearen arteko desberdintasuna argitu behar da. Erortzeak sustantziaren bat bateko kontsumoa suposatzen du, abstinentziarekin amaituz. Era berean, erortze hori berrerortze batean amaitu dezake, baina ez du zertan horrela izan behar (Becoña Iglesias & Oblitas Guadalupe, 2003, or. 97). Berrerortzea emateko, aldiz, pertsonak lehenagotik aldaketa bat jasan behar du non kontsumoan zehar mantentzen ziren patroi desagokiak ezabatu edo eraldatzen diren. Berrerortzea pertsonak patroi desagoki horietara bueltatzea suposatzen du, horrekin batera kontsumoa eman ohi da, baina, erorketarekin alderatuz, denbora luzeagoan mantentzen da kontsumoa (Pereiro Gómez , or. 2).

Bestalde, berrerortzean eragiten duten faktoreei dagokionez, kontuan izan behar ditugu menpekotasunean eragiten duten faktoreak, hala nola, bakoitzaren historia familiarra edota pertsonalak edo bakoitzaren kontsumo historia, adibidez (Sánchez-Hervás & Llorente del Pozo , 2012, or. 270). Horretaz gain, faktore psikologikoak ere aurkitzen dira; horien artean erregulazio emozionala edota nahasmenduak aurkitu daitezke. Faktore ugari izango dute eragina berrerortzean, baina gehien bat arrisku egoerei aurre egiteko estrategiak izan behar dira kontuan; izan ere, zenbat eta estrategia egokiagoak izan orduan eta errazagoa izango da pertsonarentzat egoerari aurre egiterakoan ez kontsumitzea.

Azkenik, berrerortzea saihesteko estrategien artean autoerregistroak eta historia bibliografikoak aurkitzen dira, non menpekoak bere berrerortzeak, erortzeak edota kontsumoak jaso behar dituen arrisku egoerak identifikatzeko edota horietan eragiten duten faktoreak (Secades Villa , 1997, or. 261). Erregistro horietan ere menpekoak kontsumitzeko beharra edo premia sentitu izan dituen egoerak jaso ahal dira eta ondoren, horiek aztertuz, aurre egiteko estrategiak moldatu edo hobetu edota banakakoaren errealitatearekin bat egiten duen esku hartzea sortu.

Estrategien barnean Marlatten berrerorketa saihesteko programa azpimarratu behar da non, trebetasunak edo gaitasunak lantzen diren berregituraketa kognitiboa eta bizimodua aldatzen den bitartean. Programa horien oinarrian menpekoak burutu behar duen aldaketa kokatzen da, horretarako role-playing edota ebaluazio feedback teknikekin trebetasunak landu egiten dira, hala nola asertibitatea, haserrearen kontrola, komunikazioa edota estresaren kontrola (Castilla Carramiñana, 2016, or. 113). Berregituraketei dagokionez, kognitiboan pentsamendu desegokiak identifikatu eta egokiagoak diren beste batzuekin ordezkatzeko edota nahasmendu emozionala gutxitzeko helburuarekin (Bados & García Grau, 2015, pág. 7) eta bizimodua berregituratzean erreferentzia egiten zion ongizate fisikoa eta mentala hobetzeari. Hobetze horien barruan *Mindfulness*-a aurkitu daiteke; izan ere, horri esker menpekoak egoera gatazkatsuen aurrean bizi ahal diren emozioak edota sententzioak erregulatzea lortu dezake.

Amaitzeko, *Coping Scale Strategic Approach* edota auto-txostenak aurkitu ahal dira estrategia gisa. Estrategia horiek item desberdinak eskala baten barruan sailkatzean oinarritzen da. Item horien barruan arrisku egoerak kokatu daitezke eta horiek

identifikatzeko egokiak izan ahal dira, baina errealitatean banakako esku hartzea aplikatzeko eskasak izan daitezke.

Prebentzio estrategietan bakoitzaren errealitatea kontuan hartzea ezinbestekoa da; izan ere, nahiz eta menpekoentzat arrisku egoera orokortuak egon bakoitzaren errealitatean desberdinak izango dira. Hau da, 20 urteko atzerritar baten menpekotasuna ez da 50 urteko bertako baten errealitatea izango. Kontuan izan behar dugu berrerortzean bakoitzaren errealitatea eta bizi esperientziak eragin handia dutela, ondorioz esku hartzeak bakoitzaren errealitateara moldatu behar dira eraginkorrak izan daitezzen.

Birgizarteratze estrategiak ondo ulertzeko birgizarteratzearen definizioa aztertu behar da. Berez, birgizarteratze horrek pertsonak gizartean berriz txertatzeari egiten dio erreferentzia, baina horrek gatazka sor dezake. Izan ere, menpekoak inoiz ez direla izan gizartearen partaideak kontsideratuz gero birgizarteratze hori ematea zaila edo ezinezkoa izan daiteke, baina, era berean, pentsa daiteke menpekoak gizartearen parte izan direla momentu oro, nahiz eta marjinauak egon. Lanean zehar birgizarteratze terminoa erabiltzerakoan programa edo tratamendua amaitzerakoan menpekoek berriz haien errealitatearekin kontaktuan jartzen diren momentuari egiten zaio erreferentzia. Hala ere, garbi utzi behar da birgizarteratze egokia eta eraginkorra izateko gizartearen komunitate gisa ere menpekoen gizarteratze horretan parte hartu behar duela prozesua ahal den heinean erraztuz.

Birgizarteratze fasea edo prozesua ezinbestekoa da menpekotasuna lantzen duten programa edo tratamenduetan. Izan ere, birgizarteratzean menpekoek haien errealitatearekin berriz konektatu egiten dute eta konektatze horretan bakoitzak dituen zailtasunak agerian geratzen dira. Birgizarteratze egokia burutzeko horretan eragiten duten faktoreak aztertu behar dira, hala nola, laguntza sarea edota estigmatizazioa.

Hori dela eta, birgizarteratze egoki bat burutzeko faktore horiek lantzen dituzten estrategiak burutzea ezinbestekoa da. Laguntza sareari dagokionez, sare maparen metodoa erabiliz bakoitzak bere laguntza sarea identifikatu dezake mapa batean gertuko edo inguruko pertsonak kokatuz gertutasunaren arabera maila desberdinetan (Arranz López, 2010). Behin laguntza sarea identifikatu dela, sare horretan ematen diren zailtasunak edota oztopoak identifikatu ahal dira eta banakako esku hartze baten ondorioz sare hori berregituratu daiteke edota horren barnean ematen diren arazoei aurre

egin. Hau da, pertsona baten laguntza sareko ideen arteko komunikazio gabezia identifikatuz gero, hura sustatu dezaketen estrategiak landu daitezke gaitasun sozialak trebatuz, adibidez.

Bakoitzak bere laguntza sareak identifikatzea ezinbestekoa izan daiteke; izan ere, nahiz eta askotan pentsatu edo suposatu laguntza sare baten barnean pertsona horren gurasoak egongo diren egoera batzuetan gerta daiteke pertsonak erabakitzea bere gurasoak laguntza sare horretatik kanporatzea. Era berean, laguntza sarean dauden kideek eman dezaketen laguntza mota identifikatzea baliagarria izan daiteke, bakoitzak ahal duen neurrian eta dituen gaitasunekin lagunduko du eta ezin dira mirariak eskatu. Hori dela eta, bakoitzaren errealitatea aztertu eta adierazitako guztia identifikatu behar da.

Era berean, autolaguntza taldeak egokiak izan daitezke astean zehar sortutako ezinegonak adierazteko edota lantzeko. Gainera familiako kideentzat laguntza taldeak erabili daitezke haiek ere haien ezinegonak landu dezaken. Talde horiek astean behin edo gehiagotan elkartu egiten dira eta taldeko partaideek nahi dutena elkarbanatzen dute. Menpekotasunari dagokionez, menpekoentzat egokia izan daiteke menpekotasunaren ondorioz aurre egin behar dioten zailtasunak taldeetan banatzeko eta beste menpeko batzuen ikuspuntuak ezagutzeko, adibidez, eta familiei dagokionez haiek beraien errealitatean aurre egiten dieten arazoengatik hitz egin dezakete.

Bestalde, birgizarteratzean pertsonaren autonomia bilatu egiten da eta horretarako pertsonak lana edota etxebizitza izatea beharrezkoa da. Horretarako, gaur egun programa desberdinak aurkitu ahal dira egoera zaurgarrian dauden pertsonen etxebizitza ematen dietenak edota lana bilatzen laguntzen dietena. Horien artean Donostian Loiola Etxea programa aurkitu daiteke, non egoera marjinatuan dauden pertsonen birgizarteratzea aurrera eramaten lan egiten dute.

Hala ere, birgizarteratzean ezinbestekoa da bakoitzaren errealitatea kontuan hartzea esku hartze egokiak burutzeko. Era berean, birgizarteratze prozesuan laguntza sarea ezinbesteko faktorea izan daiteke horrek prozesua erraztu edo zaildu egingo du. Ondorioz, laguntza sarea dutenen kasuan ezinbestekoa da horren lanketa programan zehar burutzea. Aldi berean, laguntza sarea ez dutenen errealitatea aztertu behar da. Izan ere, kanpotarren kasuan gerta daiteke haien laguntza sarea haien jatorrizko herrialdeetan

geratzea eta hainbat zailtasun edota oztoporen ondorioz bizi diren herrialdean laguntza sare egokia garatu ezin izatea.

Azaldutako prebentzio zein birgizarteratze estrategietan bakoitzaren errealitatea kontuan hartzearen garrantzia azpimarratu egin da, baina horren barruan generoaren garrantzia nabarmendu behar da. Izan ere, menpekotasunean emakumeek edota gizonek pairatzen dituzten ondorioak ez dira berdinak. Emakumeengandik nolabaiteko perfekzionismoa espero da gizartetik eta, ondorioz, menpekotasuna izatea “zigortu” egiten da menpekotasuna duten emakumeak egoera zaurgarriagoan kokatuz. Era berean, ama diren emakumeentzat askoz zailagoa izaten da haien seme-alabekin harremanak berreskuratzea aita diren gizonezkoak baino. Ama batetik zaintza egokia espero da eta hura menpekotasunaren ondorioz ematen ez denean, normalean, ahal den kasuetan, beste emakume batek hartzen du zaintza rol hori eta amari hura berreskuratzeko oztopoak jartzen zaizkio. Seme-alabekiko erlazioak berreskuratzeko ezintasun horrek frustrazioak edota egoera emozional gatazkatsuak sor ditzake ama direnengan eta ondorioz kontsumitzeko arrisku egoerak handitu.

Droga menpekotasunaren fenomenoan aplikagarri den lege testuingurua aztertu da. Izan ere, hasiera batean “Alfer eta Gaizkileen” legearen arabera mozkorrak edota toxikomaniak zigortzen ziren, baina gaur egun menpekotasuna lantzeko programak izatea bermatu egiten da. Era berean, bai Espainia mailan, zein Euskal Autonomia Erkidegoan Drogen inguruko Planak sortu egiten dira. Horietan, drogen egoera aztertu eta horri aurre egiteko estrategiak sortzen dira. Azken urteetan fokua droga menpekotasuna garatzearen prebentzioan jarri da, askotan esku hartzea nerabegarora mugatuz.

Lanean zehar landutako alderdi teorikoa errealitatean nola ematen den aztertzeo elkarrizketak burutu dira Gizakia Helburuko bi langileren eskutik. Birgizarteratzeari dagokionez laguntza sarearen beharra nabarmendu egin zen; izan ere, hura dutenen kasuan birgizarteratzea burutzea askoz errazagoa izan ohi da. Era berean, birgizarteratzearen fasearen beharra azpimarratu behar da, hau da, Gizakia Helbururen kasuan erabiltzaileak Komunitate Terapeutiko estrukturatu batetik ateratzen direnean birgizarteratze fasean beraien errealitatearekin berriz konektatzen dute eta konektatze horretan programan zehar landutakoa martxan jarri behar dute, ondorioz, zailtasunak eta gabeziak agerian geratzen dira. Bestalde, prebentzioari dagokionez laguntza sareak

prebentzioan duen euste funtzioa azpimarratu da. Izan ere, laguntza sareak menpekoari mugak ezarri ahal dizkio kontsumora bueltatu ez dadin edota patroï desegokiak alde batera utzi dezan eta horrek menpekoari galdu dezakeena gogorarazi ahal dio abstinentzia mantentzera motibatuz.

Ondorioetan orain arte azaldutakoa nabarmendu eta azpimarratu da, baina, horretaz gain, lanaren mugak nabarmendu dira. Izan ere, lanean zehar sustantziekiko menpekotasuna landu da, baina menpekotasunen barruan portaera adikzioak kokatzen dira. Adikzio horiekiko zailtasuna aurkitu da horien berrerortzea definitzerakoan edota erorketa definitzerakoan. Hau da, teknologiei menpekotasuna duen pertsona baten kasuan erorketa edo berrerorketa identifikatzeko zailtasunak aurkitu dira, gaur egun teknologiak inguratzen gaitu eta menpekotasun hori duen pertsonarentzat ezinezkoa da bere egunerokotasunean teknologiarik ez erabiltzea. Hori dela eta, gerta daiteke portaeren kasuan berrerortzea beranduegi identifikatzea.

Era berean, praktikan ikusi den fantasia baten inguruan hitz egin da. Fantasia horretan menpekoek pentsatzen dute etorkizun batean haien menpekotasuna kontrolatzeko gaitasuna izango dutela, baiian hori errealitatetik oso urrun kokatzen da. Fantasia hori dela eta, berrerorketa batean amaitzeko probabilitateak oso handiak dira. Ulertu behar da abstingente mantentzeko erabakia hartzen denean kontsumoarekiko nolabaiteko muga bat finkatzen dela eta hura pasatzen edo puskatzen denean errazagoa izango dela bakoitzak bere buruari ezarritako beste mugei jaramonik ez egitea.

Birgizarteratzearen eta prebentzioaren arteko lotura adierazi behar da; izan ere, berrerortzeak haien birgizarteratze fasean eragina izango dute eta era berean birgizarteratze fasean landutako aurre egiteko estrategiak edota bestelako estrategiek prebentzioan eragina izango dute. Hau da, pertsona batek bere egunerokotasunean aurre egin ahal dien egoera gatazkatsuei era egokian aurre egiten baldin badie bizimodu baketsua mantentzen jarraituko du eta, aldi berean, kontsumotik aldenduta mantenduko da.

Laburbilduz, birgizarteratzea eta prebentzioa lotura duten faktoreak dira eta horiek esku hartzea banakakoa izatea ezinbestekoa da. Nahiz eta horien planteamendu generiko bat egin ahal den, bakoitzaren errealitatea islatzen duen esku hartzea beharrezkoa da menpekoak etorkizunean bizimodu osasuntsu bat mantentzeko aukera izateko.