



**FACULTAD DE EDUCACIÓN DE PALENCIA
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID**

**AUTONOMÍA Y PATERNALISMO EN LA INTERVENCIÓN
CON DROGODEPENDENCIA.**

**UN ANÁLISIS ÉTICO-FILOSÓFICO Y UNA PROPUESTA
PRÁCTICA PARA LA EDUCACIÓN SOCIAL**

**TRABAJO FIN DE GRADO
EN EDUCACIÓN SOCIAL**

**Micael Martínez Verdeal
TUTOR: Iván Sambade Baquerín**

Palencia, 10 de julio de 2025



RESUMEN

Este Trabajo de Fin de Grado analiza el dilema autonomía-paternalismo en la intervención con personas con problemas de drogodependencia desde una perspectiva ética y filosófica, para encontrar una línea de intervención que aplicar mediante la Educación Social, respetuosa con la libertad del individuo. Tras revisar las aportaciones clásicas y contemporáneas que analizan la cuestión, se realiza una auditoría crítica del Modelo Bio-psico-social de Proyecto Hombre, analizando sus avances y las tensiones que justifican la necesidad de alternativas menos jerárquicas. Como respuesta se diseña el Modelo Comunitario de Autonomía y Reducción de Daños (MCARD), en línea con la participación democrática, la reducción de riesgos y la inclusión social. Por último, se concluye que un enfoque comunitario, horizontal y basado en evidencias puede ofrecer respuestas más eficaces y respetuosas con los Derechos Humanos que los modelos tradicionales.

PALABRAS CLAVE: autonomía; paternalismo; reducción de daños; Educación Social; drogodependencias; participación comunitaria; acompañamiento educativo.

ABSTRACT

This Final Degree Project analyses the autonomy–paternalism dilemma in interventions with people experiencing drug dependence problems from an ethical and philosophical standpoint, with the aim of identifying an intervention approach—implemented through Social Education—that respects individual freedom. After reviewing classical and contemporary contributions to the debate, it conducts a critical audit of Proyecto Hombre’s bio-psycho-social model, examining the advances achieved as well as the tensions that justify the need for less hierarchical alternatives. In response, it designs the Community Model for Autonomy and Harm Reduction (MCARD), which is aligned with democratic participation, risk reduction and social inclusion. The study concludes that a community-based, horizontal and evidence-based approach can provide more effective and more human-rights-respectful responses than traditional models.

KEYWORDS: autonomy; paternalism; harm reduction; social education; drug addiction; community participation; educational support.

• ÍNDICE

1. Introducción.....	5
2. Contextualización.....	6
2.1 Análisis del dilema autonomía-paternalismo en la Filosofía, la Pedagogía y la Educación Social.....	6
2.2 Experiencias reales con metodologías alternativas de intervención.....	13
2.2.1. El caso de Portugal: despenalización y políticas de reducción de daños.....	13
2.2.2. Rat Park: experimento en animales sobre contexto social y conducta adictiva.....	14
2.2.3. El caso suizo: nuevas metodologías médicas para la desintoxicación.....	15
3. Diagnóstico crítico del modelo Proyecto Hombre.....	16
3.1. Descripción del programa.....	16
3.1.1. Filosofía y antecedentes históricos.....	16
3.1.2. Fases y técnicas terapéuticas.....	17
3.2. Auditoría ética autonomía-paternalismo.....	18
4. Propuesta alternativa de intervención desde la Educación Social (MCARD).....	20
4.1 Introducción.....	20
4.2 Población destinataria.....	20
4.3 Justificación.....	20
4.4 Metodología.....	22
4.5 Objetivos.....	23
4.6 Actividades.....	24
4.6.1 Asamblea Constituyente.....	24
4.6.2 Escuela Móvil.....	24
4.6.3 Rat Park Urbano.....	24
4.6.4 Somos Mentores.....	25
4.7 Recursos.....	25

4.8 Temporalización.....	26
4.9 Evaluación.....	27
5. Conclusiones.....	29
6. Bibliografía.....	30
7. Anexos.....	34
7.1. Anexo I. Cuestionario inicial de diagnóstico.....	34
7.2. Anexo II. Cuestionario final de evaluación de producto.....	36

Nota aclaratoria: En coherencia con el principio de igualdad entre mujeres y hombres las expresiones en género masculino utilizadas a lo largo de este Trabajo Fin de Grado se emplean como género gramatical no marcado y deben entenderse referidas de manera inclusiva a todas las personas, sin distinción de sexo ni identidad de género.

1. Introducción

El debate entre la autonomía del individuo y el paternalismo institucional atraviesa la historia de la filosofía y la política y, en el campo de la Educación Social, tiene a día de hoy gran vigencia cuando se habla de intervención con drogodependencia. No estamos únicamente ante un dilema teórico; la tensión entre la libertad de consumo y la protección del individuo tiene consecuencias directas en la salud, la dignidad y los derechos de las personas. Esta investigación parte de la convicción de que para intervenir de forma ética y eficaz es imprescindible hacer un análisis reflexivo de este dilema, para configurar una línea de pensamiento que articule nuestras acciones al respecto, en línea con las demostraciones empíricas, las competencias del educador y los Derechos Humanos.

Este trabajo busca analizar críticamente la génesis, las manifestaciones y los dilemas actuales del eje autonomía-paternalismo desde la Filosofía, la Pedagogía y la Educación Social, sentando las bases de un marco ético actualizado. En segundo lugar, tiene el objetivo de contrastar ese marco con diferentes modelos de intervención, identificando fortalezas y contradicciones. Por último, contiene el diseño de una propuesta práctica que articule la participación democrática, el acompañamiento educativo y las evidencias científicas para promover la autonomía, la participación y la inclusión social de las personas que usan drogas.

2. Contextualización

2.1. Análisis del dilema autonomía-paternalismo en la Filosofía, la Pedagogía y la Educación Social

La libertad ha sido objeto del debate filosófico en toda la historia de la humanidad. Su reconocimiento como una serie de derechos y deberes plantea cuestiones morales en torno a dónde están sus límites y quién está sujeto a disfrutarlos. En lo que se refiere a la Educación Social, este debate se podría traducir en términos de “autonomía” frente a “paternalismo”.

Desde la Antigüedad, los filósofos clásicos ya esbozaron el dilema moral que suponía este conflicto, la complejidad de establecer una regulación sobre la relación del individuo con la sociedad dio como fruto mucha literatura con distintas corrientes de pensamiento y distintos modelos sociales, abriendo debates en torno al reconocimiento de las personas como sujetos de derechos, al papel del Estado en la toma de decisiones, a quién debía ostentar el poder o a la naturaleza del bienestar humano. Desde sus orígenes, ha habido, principalmente, dos posiciones en este debate; algunos filósofos defendieron ideas proteccionistas, con visiones paternalistas sobre el bien común, mientras que otros señalaban la autonomía como un pilar del desarrollo humano. Estas ideas plantaron las bases de un debate que continúa a día de hoy y que interpela a la Educación Social, en tanto que se basa en intervenir en la vida de otros, pues las estrategias educativas, cuyo objetivo es la integración y el bienestar social de las personas atendidas, pueden incurrir en una deriva paternalista. Asimismo, la aplicación de este debate al contexto de la Educación social es indisociable de un análisis del Estado moderno. Ahora bien, antes esbozaremos algunas ideas básicas sobre el mismo que ya fueron planteadas en la Antigüedad clásica.

Platón (1988), en su obra *La República*, defendía un paternalismo de Estado, donde la incapacidad de los ciudadanos para tomar buenas decisiones justificaba su protección mediante su tutela. El poder debían ostentarlo los filósofos, quien se asegurarían de garantizar el bien común. Vemos emerger en este autor esa idea de “todo para el pueblo, pero sin el pueblo” que resonará trece siglos más tarde con el despotismo ilustrado.

A menos que los filósofos reinen en los Estados, o los que ahora son llamados reyes y gobernantes filosofen de modo genuino y adecuado, y que coincidan en

una misma persona el poder político y la filosofía, y que se prohíba rigurosamente que marchen separadamente por cada uno de estos dos caminos las múltiples naturalezas que actualmente hacen así, no habrá, querido Glaucón, fin de los males para los Estados ni tampoco, creo, para el género humano. (Platón, 1988, p. 282)

A partir de esta idea, podríamos inferir que los educadores, formados en sus años de carrera, tendrían la capacidad y sería deseable que asumieran en sus intervenciones la toma de decisiones de las personas vulnerables con las que trabajan, entendiendo que estas no sabrían diferenciar correctamente lo que es mejor sí mismas, pudiendo desarrollar conductas que les produjeran perjuicios. De modo que una buena intervención, en la que se pauten las mejores indicaciones para su desarrollo vital, como abandonar hábitos insalubres, formarse en estudios superiores o alejarse de ambientes negativos, les haría alcanzar unos resultados mucho mejores a los que esa persona podría llegar tomando sus propias decisiones.

Aristóteles (1985), por el contrario, no le da cabida al Estado autoritario. El estado es el contexto en el que el ser humano puede realizar su naturaleza y esta naturaleza es libre por definición, aunque para el autor sea solo para quien tenga la consideración de “ciudadano griego”¹. Solo en el contexto de la *polis*, es posible alcanzar el objetivo de la vida, la “εὐδαιμονία”, la felicidad plena, lo cual solo puede lograrse a través de la realización que se obtiene con el ejercicio de la virtud y la razón.

La felicidad es algo perfecto y suficiente, ya que es el fin de los actos. Decir que la felicidad es lo mejor parece ser algo unánimemente reconocido, pero, con todo, es deseable exponer aún con más claridad lo que es. Acaso se conseguiría esto, si se lograra captar la función del hombre. (...) Si, entonces, la función propia del hombre es una actividad del alma según la razón, o que implica la razón (...), resulta que el bien del hombre es una actividad del alma de acuerdo con la virtud (Aristóteles, 1985, pp. 141-142).

De ahí que las virtudes no se produzcan ni por naturaleza ni contra naturaleza, sino que nuestro natural queda predispuesto a recibirlas y perfeccionarlas mediante la costumbre. (...) Así, el adquirir un modo de ser de tal o cual manera

¹ Aristóteles se refiere con “ciudadano griego” a los hombres griegos libres y con propiedades, mientras que están excluidos los esclavos, las mujeres y los menores.

desde la juventud tiene no poca importancia, sino muchísima, o mejor, total. (Aristóteles, 1985, p. 158).

Podemos observar cómo, para Aristóteles, la autonomía es un elemento fundamental para alcanzar la felicidad, pero esta no es dada, es una capacidad que debe alcanzarse a través de la educación y el ejercicio de la razón.

En ese caso, el papel del educador sería formar en buenos hábitos y buenas decisiones, no tomar decisiones por otros como plantea Platón. Estas dos visiones enfrentadas generan preguntas como si tiene una justificación moral las medidas paternalistas en nombre del bienestar colectivo, si es el Estado, o el educador, el que tiene que imponer su visión del bien común, o si hacerlo sería un ejercicio de paternalismo asistencial en el que se infantiliza a las personas en detrimento de sus derechos y su autonomía.

Jean-Jacques Rousseau empieza *El contrato social* con la célebre frase “el hombre nace libre y en todas partes se halla encadenado”(Rousseau, 2017, p.43) , refiriéndose a los modelos sociales que ponían al ciudadano en unas condiciones de semiesclavitud antes de los estados modernos. Para resolver la contradicción que plantea, propone el concepto de “pacto social”, donde cada ciudadano entrega a su comunidad su libertad a cambio de una “libertad civil”. Rousseau parte de que la libertad natural es frágil, ya que, sin estar garantizada por un Estado de Derecho (u otra forma de comunidad que defienda derechos), se ve limitada por la ley del más fuerte. El Estado blindo la libertad con las leyes que el propio ciudadano ha contribuido a crear. Continuando con esta idea de que “la obediencia a la ley que nos hemos prescrito es libertad” (Rousseau, 2017, p.68), podemos aplicarla al contexto del consumo de estupefacientes: las normas y pasos de un proceso de desintoxicación deben aprobarse con la participación real de los consumidores para que sea, y sea percibido como, libertad. Tampoco se debe caer en el lado opuesto, el “laissez-faire” o “dejar hacer”, una idea liberal de mínima intervención en el que cada individuo se las arregla por sí mismo. En el punto medio encontramos la virtud, ni la imposición externa, ni el abandono de las personas en riesgo. Para garantizar la autonomía del individuo y del consumidor, deben acordarse reglas colectivamente, donde los afectados son dueños de su proceso y también son simultáneamente acompañados para equilibrar libertad y protección.

Para profundizar en la tensión autonomía-paternalismo conviene, en primer lugar, visibilizar aquello que la filosofía política clásica relegó a un segundo plano. Como señala Pateman, “mucho se oye acerca del contrato social, pero se mantiene un silencio profundo acerca del contrato sexual” (Pateman, 1995 ,p. 9). Este silencio no es inocente, ni casual: revela que la promesa ilustrada de libertad universal nació acompañada de un pacto tácito, que de forma implícita normalizaba la subordinación de ciertos grupos de la población, principalmente las mujeres, pero también otros colectivos tildados de “incapaces” de valerse por sí mismos y que, desde la cruzada contra las drogas, reaparece en prácticas de tutela sobre las personas drogodependientes.

Por eso, Pateman recalca que “La libertad civil no es universal. La libertad civil es un atributo masculino y depende del derecho patriarcal” (Pateman, 1995, p. 11). La manera liberal de entender la autonomía se erige, por tanto, como un privilegio; quienes quedan fuera de ese círculo de sujetos competentes, son objeto de intervenciones que, disfrazadas de protección o ayuda, no hacen más que perpetuar su dependencia. En el ámbito de la Educación Social frente a la drogodependencia, esto se traduce en programas que, al priorizar el control sobre la participación, reproducen lógicas de exclusión que pueden recordar al contrato sexual.

Este sistema se apuntala mediante la doble moral que separa lo público de lo privado: “La esfera (natural) privada y de las mujeres y la esfera (civil) pública y masculina se oponen, pero adquieren su significado una de la otra” . En la praxis actual, las personas dependientes son frecuentemente confinadas a una “esfera privada” medicalizada (centros de internamiento, comunidades terapéuticas, etc.) que justifica su aislamiento de espacios públicos y de debate. Esta cuestión, nos ayuda a entender por qué la autonomía planteada en los documentos de política social no se materializa en una participación real en el diseño de las intervenciones, de modo que no se tiene en cuenta a las personas usuarias en la planificación de sus propios procesos de desintoxicación.

Es imprescindible entender el trasfondo histórico y político de la autonomía del ciudadano para reelaborar las estrategias socioeducativas, defendiendo nuevas opciones que vayan más allá de minimizar riesgos a toda costa. Se deben cuestionar las estructuras que conviertan a las personas en “objetos del contrato” y buscar formas de acompañamiento que les empoderen y potencien su capacidad de decisión sobre su propia

vida. Para ello, vale la pena detenerse en la revisión realizada por Enrique Serrano (2014) de las ideas “libertad negativa” y “libertad positiva” de Isaiah Berlin.

Berlin subraya la idea de que “la libertad política es, simplemente, el ámbito en que un ser humano puede actuar sin ser obstaculizado por otros”, pero con un matiz importante “El sentido positivo de la palabra libertad se deriva del deseo de ser su propio dueño. Quiero que mi vida y mis decisiones dependan de mí mismo, y no de fuerzas exteriores, sean éstas del tipo que sean” (Serrano, 2014, p. 219). De este modo el uso de la propia libertad quedaría limitado por la libertad del otro. En ese caso, cualquier acción que busque empoderar a las personas destinatarias de nuestra intervención, debe asegurarse de resguardar su espacio y crear unas condiciones materiales y simbólicas para que puedan tomar sus propias decisiones. Serrano insiste en que “toda interpretación de la palabra libertad, por rara que sea, tiene que incluir un mínimo de lo que he llamado libertad negativa” (Serrano, 2014, p. 221) y advierte que no se deben separar de forma absoluta estas dos ideas en el plano teórico (libertad negativa y libertad positiva), porque llevará a distorsiones en la práctica. El autor destaca algo fundamental: “La respuesta a la pregunta “quién me gobierna” es lógicamente diferente de la que responde a la pregunta “en qué medida interviene en mí el Gobierno”; esta idea llevada a la intervención de Educación Social con personas drogodependientes implica que no basta con decidir quién diseña o gestiona los programas de reducción de daños, también importa cuánto limita la capacidad de acción de las personas involucradas.

“La libertad de los lobos frecuentemente ha significado la muerte de las ovejas”

(Berlin, 1990)

Por otro lado, de esta cita podemos entender el riesgo que puede suponer exagerar la no interferencia (*laissez-faire*), dejar espacio para la libertad y la autonomía, no significa abandonar a su suerte al adicto. En el contexto de la drogodependencia no basta con despenalizar, es necesario generar unas condiciones en las que el individuo pueda desarrollarse, con acompañamiento, orientación y redes de apoyo o, por el contrario, pueden aparecer nuevas formas de explotación o discriminación. Por eso, es imprescindible aunar en nuestra intervención la aparente dualidad entre libertades negativas y positivas, combinando la protección de los Derechos Humanos con el acceso real a la vivienda, servicios de salud y participación en la comunidad.

“*El paternalismo es el mayor despotismo imaginable*” señala Berlin citando a Kant (Serrano, 2014, p. 234).

En el momento en el que desde la ciencia y los servicios sociales y de salud, se silencia la voz de las personas usuarias por la autoridad técnica, decidiendo de manera unilateral cómo, cuándo y de qué manera se debe consumir medicación o seguir un tratamiento, se podría estar reproduciendo el despotismo al que se refiere Kant.

Javier Peña Echevarría (2008) nos devuelve a la idea de que, para que la autonomía sea real y no un privilegio, es imprescindible que haya “condiciones estructurales, políticas, sociales y culturales que posibiliten la intervención de los ciudadanos” (Peña Echevarría, 2008, p. 9). Esto requiere que la población esté formada por el ideal de “buenos ciudadanos, ciudadanos activos” (p. 1), lo cual se consigue a través de la participación y la solidaridad. Las políticas deben asegurar las condiciones materiales necesarias y reconocer las identidades diversas, para evitar que desde la tutela institucional se imponga un único modelo de vida.

Las enseñanzas de Paulo Freire (1970) y su perspectiva dialógica caminan en la misma línea, teniendo que aprender a manejar la tensión entre autonomía y paternalismo. Frente a las lógicas bancarias, que de forma asistencialista reproducen la dependencia, el pedagogo señala que “nadie libera a nadie, ni nadie se libera solo; los hombres se liberan en comunión” (Freire, 1970, p. 3). La autonomía y la emancipación del individuo exige de su participación horizontal para que sean sujetos activos, autores de su propia historia. Las metodologías por imposición “no pueden, contradictoriamente, servir a la liberación del oprimido” (p. 6), ya que reproducen lógicas de dominación. La clave de la educación es, para Freire, el diálogo, haciendo que el usuario transite de objeto a sujeto de su transformación y puedan “descubrirse y conquistarse, reflexivamente, como sujeto de su propio destino histórico” (p. 6). La labor del educador debe comprometerse con el acompañamiento, la autoconciencia y el ejercicio de la autonomía.

Antonio Escohotado (1999), filósofo e historiador de las drogas, profundiza en este debate con un enfoque ético y político que reclama la despenalización como un imperativo moral. En su obra *Historia General de las Drogas*, recupera un concepto griego: “de la Antigüedad nos llega un concepto — ejemplarmente expuesto por el griego *phármakon* — que indica remedio y veneno. No una cosa u otra, sino las dos

inseparablemente”. A través de esta idea huimos de términos absolutos en la concepción propia de la droga, desmontando la mirada prohibicionista que presenta a las drogas como un mal en sí mismo y otros enfoques más permisivos que las reduce a un bien terapéutico, exigiendo un trabajo científico y socio-educativo que analice la realidad del consumo de sustancias, desde una perspectiva crítica y objetiva. Logramos escapar, así, del cajón desastre que supone el propio concepto, en tanto que se engloba en él a una serie de sustancias químicas muy diferentes entre sí. Se hace necesaria una clasificación rigurosa, teniendo en cuenta sus riesgos y beneficios, y un diseño legislativo y de las intervenciones acorde, en evaluación continua y revisión colectiva.

Escohotado señala que, además de un problema técnico, el estatus legal de las drogas trae consigo un debate de profundo calado político y ético:

“Pero a esta correlación genérica entre el todo y la parte se añade en el caso de las drogas un cuadro de dramática actualidad, que plantea interrogantes nucleares sobre los límites del discernimiento adulto, la relación entre ley positiva y moral, el sentido del paternalismo político, la dinámica del prejuicio (...)” (Escohotado, 1998)

Así señala el autor debates que hemos tratado anteriormente y que son indisolubles del contexto de la drogadicción, desplazando la cuestión más allá de si las drogas son buenas o malas, a quién decide y bajo qué criterios. En su libro *Aprendiendo de las drogas: Usos y abusos, prejuicios y desafíos*, Escohotado (1998) comienza con una cita anónima que para él resume su respuesta a esta cuestión:

De la piel para dentro empieza mi exclusiva jurisdicción. Elijo yo aquello que puede o no cruzar esa frontera. Soy un Estado soberano y las lindes de mi piel me resultan mucho más sagradas que los confines políticos de cualquier país (Escohotado, 1988, p.4).

Bajo esta idea, cabe plantearse la potestad que tiene un Estado para legislar sobre el consumo que tenga un ciudadano de una sustancia, si como planteábamos anteriormente puede estarse extralimitando con un sistema paternalista bajo una premisa de protección, hacia un adulto que no sabría discernir qué debe consumir y qué no. A este respecto, la cuestión del “consumo responsable” puede generar debate, si debe ser o no, considerado como un derecho y un ejercicio de la libertad individual.

Si la prohibición responde a una voluntad de protección, los datos en cuanto a los problemas de consumo de drogas y su estatus legal generan contradicciones. El análisis longitudinal del NESARC llevado a cabo en 2011, reveló que mientras una droga legal como el tabaco provocaba dependencia al 67,5% de los que la probaban, otra ilegal como el cannabis tan solo al 8,9% de los consumidores. En el caso del alcohol, el porcentaje de personas consumidoras adictas sería del 22,7%, siendo de las drogas con el síndrome de abstinencia más agresivo junto con las benzodiacepinas (también legales bajo prescripción médica), de manera que cesar su consumo podría llevar al *delirium tremens* y a la muerte. Estos datos hacen cuestionarse si la regularización de estas sustancias responde a criterios científicos o culturales. Para otras drogas consideradas duras como la cocaína, el porcentaje de adicción en consumidores sería del 20,9%, teniendo en cuenta los principios que consideramos deseables de acompañamiento y libertad negativa, cabe plantearse si el papel del Estado no debiera alejarse de la prohibición y dar al ciudadano información objetiva sobre los riesgos y beneficios de las sustancias, para que cada cual haga uso de su autonomía, de manera que se respete la libertad de los consumidores que no presentan problemas de adicción; 79,1% en este caso. Esto implica necesariamente la sustitución de la persecución policial y judicial, con todo el gasto de recursos económicos y humanos que conlleva, por campañas de prevención de riesgos, reducción de daños y acompañamiento.

2.2. Experiencias reales con metodologías alternativas de intervención

2.2.1 El caso de Portugal: despenalización y políticas de reducción de daños

En 2001, Portugal puso en marcha la despenalización del consumo y posesión de pequeñas cantidades de drogas, trasladando estos casos de los tribunales de justicia a Comisiones de Disuasión multidisciplinarias; destinando grandes inversiones al sistema de salud y a políticas de reducción de daños. Tras dos décadas de la implementación de estas medidas los datos muestran que mientras que no se produjo un aumento del consumo, los indicadores sanitarios mejoraron de forma drástica (Nougier, 2017): las nuevas infecciones por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se redujeron de 907 casos en el año 2000, a 79 en el 2012; la tasa de hepatitis se redujo de manera similar. Además, Portugal se situó como el país con menos muertes registradas por

sobredosis de toda la Unión Europea. La demanda voluntaria de tratamiento para combatir la adicción se incrementó un 60%, lo que refleja un mayor acceso a los servicios sociales y de salud. En el plano penal, el porcentaje de personas encarceladas por delitos relacionados con las drogas bajó del 44% en el año 1999, al 19,6% en el 2013, lo que provocó un alivio notable en las cárceles sobrepobladas. Del mismo modo la policía pudo centrar sus esfuerzos en combatir al crimen organizado, en lugar de perseguir a usuarios o pequeños vendedores. En resumen, se podría decir que el modelo portugués ha reducido el estigma y los daños asociados al consumo de drogas. En los últimos años, la tendencia de los resultados de la aplicación de sus políticas sigue siendo favorable, mientras que en España se produjeron 1.266 muertes por sobredosis en el año 2022 (OEDA, 2024), en Portugal fueron 69 en el mismo año (EUDA, 2025), lo que se traduciría en 2,7 y 0,7 muertes por cada 100.000 habitantes, respectivamente. La despenalización tampoco ha impulsado el consumo de cannabis, con una prevalencia del 12,6% en España (EDADES, 2024) y del 9-10% en Portugal (EUDA, 2025).

2.2.2 Rat Park: experimento en animales sobre el contexto social y la conducta adictiva

Johann Hari, en su obra *Tras el grito* (2015), habla de una serie de estudios del psicólogo canadiense Bruce Alexander agrupados bajo el nombre “Rat Park”. En el mismo, se analizó el consumo morfina, la cual actúa de forma muy parecida en el cerebro a la heroína, en ratas aisladas, a las cuales se les daba un bebedero con agua y otro con agua adulterada con esta sustancia. El resultado fue que las ratas consumían el agua con morfina hasta morir. El experimento cambió la visión sobre la drogadicción de forma radical, cuando decidieron introducir a las ratas en un espacio 200 veces mayor, con estímulos como juegos, ruedas para ejercitarse y compañía social. Tras 57 días con solución de morfina (0,5 mg/ml) como único líquido, al ofrecer después también agua sin adulterar a su libre elección, solo las ratas aisladas mantenían un consumo elevado. En el caso de los machos, bebieron hasta 16 veces más morfina las ratas aisladas que las del Rat Park, y 5 veces más las hembras. Experimentos posteriores mostraron que, trasladando las mismas ratas en un sentido y en otro, se continuaban reproduciendo estos efectos, lo cual nos hace replantearnos el relato científico de la adicción: ¿qué peso real tiene la parte farmacológica y cuál los factores ambientales y sociales? ¿dónde está la raíz del problema, en las sustancias o en el contexto de las sociedades modernas?

2.2.3 El caso suizo: nuevas metodologías médicas para la desintoxicación

En 1994, en Suiza se comenzó a tratar a personas con una grave dependencia a la heroína con diacetilmorfina, conocida como heroína farmacéutica, en lugar de con metadona. Tras 18 meses se observaron mejoras significativas en la salud física y mental de las personas. Al tener a su disposición la sustancia pura, no recurrían a las sustancias altamente adulteradas del mercado negro, del mismo modo se redujo notablemente la delincuencia asociada y mejoró su proceso de integración (Rehm et al., 2001). Al no tener que dedicar su vida a la búsqueda de esta sustancia, comenzaban a dedicar su tiempo a cuestiones que les repercutían positivamente y podían salir de entornos nocivos. Esta metodología se integraba en una estrategia de *cuatro pilares*: prevención, terapia, reducción de daños y represión contra el tráfico (Ley suiza de Estupefacientes [BetmG], 1951/2011). El programa evolucionó, pasando de ser experimental a ser un servicio y fue exportado a países como Alemania, Países Bajos y Dinamarca (Uchtenhagen, 2010). El modelo suizo, como las experiencias anteriores, vuelve a señalar que el mayor culpable de los problemas de drogodependencia es el contexto social.

3. Diagnóstico crítico del modelo Proyecto Hombre

3.1 Descripción del programa

3.1.1 La Asociación Proyecto Hombre

La Asociación Proyecto Hombre es una organización de entidades sin ánimo de lucro creada en 1984 en Madrid. En 1989, se constituyó como una asociación estatal. Agrupa 28 centros en 15 comunidades del territorio español con el objetivo de prevenir, tratar y facilitar la reinserción de personas con drogodependencia. Su metodología se basa en un *Modelo Bio-psico-social en el Abordaje de las Adicciones*², el cual se planteó en el año 2015 por su Comisión Nacional y se actualizó en el año 2019. Cuentan con 1.353 profesionales y 2.211 personas voluntarias para desarrollar su trabajo. Por año atiende a alrededor de 18.000 personas usuarias y 130.000 participantes (Asociación Proyecto Hombre, 2024). Aunque nació con un gran respaldo de la iglesia católica, actualmente es una entidad laica y los vínculos que guardan son más de carácter simbólico que doctrinal.

3.1.2 El Modelo Bio-psico-social (MBPS)

La Asociación Proyecto Hombre adoptó el *Modelo Bio-psico-social* (MBPS)² ante la necesidad de adoptar un marco común, ya que habían detectado una falta de coordinación en sus acciones, tanto en sus contenidos formativos como en sus objetivos terapéuticos, con una metodología heterogénea, teniendo, por ejemplo, programas que buscaban la abstinencia total y otros que se centraban en la reducción de daños. De esta manera, dotaban a la organización de un paradigma estable, pero con la intención de que fuera revisable y se adaptase a las nuevas necesidades y avances científicos de cada tiempo. En el MBPS se plantean las adicciones como un fenómeno multicausal, interactuando factores biológicos, psicológicos y sociales, y otorgando un gran peso al apoyo familiar (Asociación Proyecto Hombre, 2019).

Entre sus elementos distintivos, la organización destaca: la reducción de riesgos y daños, la perspectiva de género, el trabajo de equipos multidisciplinares y la implicación de la red familiar (Asociación Proyecto Hombre, 2019).

² De aquí en adelante “MBPS”

En este documento se plantea que un “buen modelo” lo es en la medida que explique satisfactoriamente la realidad en la que interviene, manteniendo una visión autocrítica y actualizándose. De esta manera, con una perspectiva humanista buscan dar respuesta a la problemática de la drogodependencia a través de la prevención, el tratamiento y la reinserción en la red estatal.

3.1.2 Fases y técnicas terapéuticas

Como hemos comentado en el punto anterior, la metodología de la organización se articula en 3 fases:

En primer lugar, la prevención, llevada a cabo a nivel macrosocial y más concretamente en entornos escolares. En la *Guía de intervención con adolescentes, jóvenes y familias*, se señala como población objetivo de este tipo de intervenciones a personas de 14 a 20 años en riesgo de adicción, bien sea a sustancias o a adicciones sin sustancia, como el uso abusivo de las TIC (Comisión Nacional de Prevención, 2021). Esta fase plantea los siguientes pasos: la demanda inicial, la acogida y valoración, el Plan Individualizado y el seguimiento. En este punto se destaca nuevamente la participación de las familias como un elemento de protección.

La segunda fase correspondería al tratamiento. Con la aplicación del MBPS, se interviene en personas con un trastorno adictivo, dispositivos ambulatorios o comunidades terapéuticas. Se utilizan técnicas cognitivo-conductuales como estrategia habitual, añadiéndoles sistemas de refuerzo positivo y privilegios. El usuario asume un marco normativo claro con contratos terapéuticos y roles de responsabilidad. En el caso de incumplir alguna norma, como la abstinencia total, se aplican sanciones planteadas en su *Reglamento de Régimen Interno*, que pueden ir desde la pérdida de privilegios, el estancamiento en una fase, la suspensión temporal o la expulsión definitiva en los casos más graves. En cuanto a la medicalización en esta fase, con personas con adicción a los opioides se utiliza metadona y buprenorfina (Proyecto Hombre, 2025).

Por último, se plantea la fase de incorporación social, a través de unos itinerarios de reinserción basados en un paradigma de competencia social, con acciones formativas e inserción sociolaboral, buscando la autonomía del usuario (Asociación Proyecto Hombre, 2019).

3.2. Un análisis de la dicotomía moral *autonomía vs paternalismo* en la auditoría ética de Proyecto Hombre.

Desde el modelo Bio-psico-social de Proyecto Hombre se busca dar una respuesta “integral, voluntaria y basada en la evidencia” (Asociación Proyecto Hombre, 2019). Sin embargo, tras el análisis de su metodología, su propuesta de prevención y su reglamento, se revelan focos de tensión que afectan a su coherencia ética y metodológica.

En primer lugar, el programa se declara como “voluntario”, pero permanecer en el proceso terapéutico supone asumir una serie de contratos, jerarquías, sanciones y sistemas de refuerzos estandarizados que estructuran el día a día en sus comunidades que, si bien pueden ser relativamente negociables, solo dentro de los parámetros que fije el equipo. Esto implica la reproducción de un paternalismo asistencial que puede comprometer la participación real. La utilización de sistemas de refuerzo conductuales, aunque puedan ser útiles a efectos prácticos para evitar recaídas, son dinámicas que se apoyan en contingencias externas más que en educación propiamente dicha, utilizando premios o castigos no se premia el razonamiento ni la autonomía, más bien la obediencia, con poco respeto a la libertad negativa.

La Asociación reconoce haber transitado “de un modelo tradicional fuertemente jerárquico, a una estructura más democrática y horizontal”, pero manteniendo la “clara diferenciación de roles” (Asociación Proyecto Hombre, 2019, p.18), como una pieza operativa en el proceso. Esto puede provocar en la práctica que las personas usuarias solo tengan voz a nivel consultivo, ya que las decisiones sustantivas en la organización y el desarrollo de su proceso seguirán siendo discutidas por el equipo directivo.

Aunque el MBPS llegó para ordenar las acciones de la asociación, las adaptaciones autonómicas siguen siendo dispares “sin un acuerdo ni discusión previa (...) respondiendo en algunos casos a una demanda local o de la administración autonómica” (Asociación Proyecto Hombre, 2019, p. 10). En consecuencia, es la persona usuaria quien se tiene que adaptar a los distintos requisitos o metodologías de la entidad de su localidad, en lugar de ser cocreador de su propio proceso. Además, que se mantenga esta diferenciación, puede conllevar un riesgo de que las actuaciones sigan criterios personales de cada equipo y dificulta la evaluación intercentros. Esta casuística puede que esté

influyendo en las tasas de abandono, tan diferentes entre los centros, del 30% al 65% (Senet, 2024). Cabe destacar que los datos publicados al respecto son escasos.

Sería interesante analizar cómo se lleva a la práctica en el día a día los valores de autonomía que defienden sus bases metodológicas. En el caso de la participación familiar, si esta funciona siempre como la red de apoyo necesaria para el proceso de desintoxicación, o si en algún caso puede llegarse a desdibujar la agencia del usuario adulto, cuando decisiones médicas, laborales o residenciales se consensuan más con el entorno que con la persona afectada.

En todo caso, la evolución de la Asociación de Proyecto Hombre ha sido muy positiva a lo largo de los años, alejándose de perspectivas tradicionales fuertemente jerarquizadas hacia otras más democráticas, aunando criterios con el Modelo Bio-psico-social, que reconoce la naturaleza multifactorial del problema de la dependencia y comprometiéndose a una revisión continua que se adapte a las nuevas necesidades y criterios científicos. No obstante, bajo el riesgo de caer en dinámicas de asistencialismo paternalista, se hace necesaria la creación de nuevas propuestas que se comprometan con la autonomía de las personas usuarias.

4. Propuesta alternativa de modelo para la intervención con drogodependientes desde la Educación Social

4.1 Introducción

Con el fin de poder llevar a cabo una metodología de intervención alternativa, se crea esta breve propuesta bajo el nombre “Modelo Comunitario de Autonomía y Reducción de Daños” (MCARD). En esta propuesta se incluirán ejemplos de actividades que se podrán llevar a cabo en comunidades terapéuticas.

4.2 Población destinataria

La población destinataria serán las personas usuarias de una Comunidad Terapéutica. No se pueden determinar las características exactas de los participantes en cuanto al número y la cantidad, ya que estará determinado por la realidad del lugar en el que se aplique y de los recursos disponibles.

4.3 Justificación

La intervención con drogodependientes tradicionalmente se ha desarrollado en una metodología prohibicionista y asistencial, viendo el consumo como el foco del problema y la abstinencia como única meta. En contrapartida, se han descuidado los factores sociales estructurales que, como hemos visto anteriormente, son una parte importante de la raíz del problema.

La metodología de Proyecto Hombre muestra una evolución en pro de la autonomía del individuo en los últimos años, pero mantiene elementos de asistencialismo paternalista y no se adapta a todos los perfiles, especialmente en personas sin una red sociofamiliar estable, con unas tasas de abandono que en ocasiones llegan al 65%. Este sistema genera dependencia del refuerzo externo con sus sistemas de recompensa, un diseño de participación limitada y que otorga demasiado poder a equipos directivos que en ocasiones no tienen una metodología y objetivos compartidos.

Experiencias como la despenalización de Portugal y su apuesta por un acompañamiento socioeducativo, con unos muy buenos resultados, o la reducción radical

de la delincuencia en Suiza, con sus alternativas de tratamiento farmacológico y su apuesta por los servicios sociales, han demostrado que hay otras formas de intervención más efectivas, aunque se alejen de la concepción tradicional. Ambos casos comparten dos rasgos: participación activa de las personas usuarias y abordaje de los factores sociales (vivienda, empleo, estigma).

El Modelo Comunitario de Autonomía y Reducción de Daños (MCARD) que planteamos, busca dar respuesta al problema de la drogadicción evitando posturas paternalistas, trasladando el foco del control de las sustancias, al contexto de las personas y sus capacidades para gestionar su propia vida. Asimismo, tiene el objetivo de evitar el estigma y la criminalización del consumidor, buscando la prevención, la reducción de daños y la participación democrática a través de la educación social, con una metodología que confíe en la capacidad de autonomía real de las personas y no en la coerción.

Esta propuesta se alinea con la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* (United Nation, 1984): desde el *Artículo 1*, que vela por la igualdad y dignidad de todas las personas, se materializa en la convicción del proyecto por la erradicación del estigma de las personas que usan drogas, por evitar tratos paternalistas y por la inclusión social; en segundo lugar, el *Artículo 25*, que garantiza un nivel de vida adecuado con salud y bienestar, tratamos de cumplirlo dándole la posibilidad a las personas consumidoras de verificar las sustancias que van a consumir y proveyéndoles de herramientas de reducción de daños como la naloxona a través de “La escuela móvil”; el *Artículo 21*, que reconoce el derecho a participar en los asuntos públicos es clave tanto como para la “Asamblea Constituyente”, como para el resto de actividades del proyecto; por último, el *Artículo 26* defiende el derecho a la educación y está presente en todas las intervenciones, ofreciendo a las personas usuarias información veraz sobre todas las cuestiones relacionadas con el consumo de sustancias, el autoconocimiento y la inclusión social.

Las competencias profesionales del Educador Social (AEJI, 2005) estarán presentes en todo el proceso. La *competencia para intervenir* se concretará especialmente en la “Escuela móvil”, donde el educador trabajará con los usuarios sobre las medidas de reducción de riesgos más adecuadas para su consumo; también en todas las intervenciones en la calle, donde se buscará actuar de forma inmediata, tratando de ajustarse a las necesidades de cada persona. La *competencia para evaluar*, la encontramos tanto en el momento de la planificación, como en el transcurso de todo el proyecto, tratando de ir

ajustando continuamente las intervenciones en función de los resultados obtenidos, utilizando un sistema de indicadores y revisiones trimestrales para el pacto de convivencia. Una vez finalizado, también se harán las evaluaciones pertinentes detalladas en su apartado; las *competencias sociales y comunicativas*, serán necesarias durante toda la intervención, garantizando que los procesos de diálogo sean horizontales, para optimizar la resolución de conflictos y permitir llegar a acuerdos en el que todas las partes estén satisfechas. La *competencia organizativa* es fundamental para aplicar nuestra metodología participativa, con la oportunidad y el desafío que supone su naturaleza de proyecto autogestionado. La *competencia del sistema* será necesaria para poder negociar con las distintas entidades, públicas y privadas, y así acceder a servicios de salud, justicia o vivienda, pudiendo tejer puentes comunitarios para la inclusión real de las personas usuarias. Por último, la *competencia de aprendizaje y desarrollo* sostendrá la mejora continua de nuestra propuesta, tratando de actualizarse e incorporar *in situ* la evidencia científica más reciente y lo que nos vaya enseñando la experiencia empírica. De este modo, cada competencia será una pieza operativa de nuestra intervención, para asegurarse de que nuestro modelo sea eficaz, coherente, participativo y empodere a los participantes velando por el desarrollo de su autonomía.

Este modelo se sustenta en la evidencia empírica, que avala enfoques integrales que promuevan la autonomía y se alineen con los Derechos Humanos. En línea con la Estrategia de Drogas de la Unión Europea 2021-2025, que prioriza la participación y la salud pública frente a la perspectiva punitivista. Y, por último, respondiendo a la demanda de los propios colectivos de usuarios que reclaman dispositivos más flexibles (Foro Español de Pacientes, 2024).

4.4 Metodología

El *Modelo Comunitario de Autonomía y Reducción de Daños* adopta una metodología mixta y comunitaria, basada en las evidencias y buscando que todas las acciones sean coherentes con los principios de participación y autonomía. Se realizará un diagnóstico participativo para conocer la realidad y las necesidades de los usuarios, y, a través de la Asamblea Constituyente, se creará un pacto de convivencia.

El diseño de los itinerarios será flexible y participativo, dando total accesibilidad a todas las partes creadoras. Las decisiones se tomarán teniendo en cuenta la opinión de los educadores y los usuarios en un 50-50. A través de las actividades se buscará la intervención en la comunidad y la transformación del entorno, la formación y la educación en consumo responsable, el acompañamiento psicosocial para el empoderamiento y el tratamiento clínico. Para las personas con adicción a la heroína, se tratará de incorporar las mejores opciones disponibles para su tratamiento.

Para la evaluación, se utilizarán indicadores de proceso y de producto, velando por un ajuste continuo de las intervenciones. Esta metodología busca garantizar que las personas usuarias dispongan de una ruta fiel a su contexto y sus necesidades, generando redes de apoyos sociales y profesionales, para que de forma progresiva y respetando sus tiempos, lleguen a la inclusión social a través del ejercicio de su autonomía.

4.5. Objetivos

Objetivo general:

Impulsar un *Modelo Comunitario de Acompañamiento y Reducción de Daños* (MCARD) que mejore la calidad de vida de las personas que usan drogas, fortaleciendo su autonomía y acompañándolos en su inclusión en la comunidad.

Objetivos específicos:

1. Conocer los contextos y necesidades de las personas usuarias mediante un diagnóstico participativo que reconozca sus derechos.
2. Promover procesos de acompañamiento educativo que fomenten la autodeterminación, la salud integral y la reducción de riesgos asociados al consumo de drogas.
3. Consolidar espacios de participación y corresponsabilidad que permitan a las personas usuarias influir notablemente en la organización y en las decisiones del proyecto.
4. Fortalecer el vínculo con la comunidad mediante recursos y redes de apoyo que faciliten la inclusión social y el ejercicio pleno de ciudadanía.

4.6. Actividades

4.6.1. La Asamblea Constituyente

Esta actividad consiste en una sesión abierta al comenzar el proyecto, en el que las personas usuarias, los profesionales y los familiares se reúnen para diseñar y aprobar un pacto de convivencia para la comunidad terapéutica. Mediante técnicas de diálogo horizontal se debatirán y consensuarán los horarios, las normas y los procesos de resolución de conflictos. Una vez finalizado, se leerán en voz alta y se firmarán por todas las personas que vayan a convivir en la comunidad terapéutica, de modo que queden aceptadas por todos los participantes. Esta asamblea busca ser un ejercicio de autonomía colectiva, donde cada participante se reconoce como autor de las normas que cumplirá, lo que refuerza el sentido de pertenencia y evita futuros conflictos. Estas normas serán revisables cada trimestre para que sean flexibles al cambio y para fortalecer el sentido de corresponsabilidad del proyecto.

4.6.2. La Escuela móvil

Esta actividad busca la reducción de daños. Con una furgoneta que tenga el equipo necesario, cada semana se visitarán diferentes puntos de consumo, convirtiendo la calle en un aula abierta. Con un equipo de educadores sociales y voluntarios, se ofrecerán análisis instantáneos de sustancias y kits de prevención de riesgos para el consumo, además de pequeñas charlas sobre sustancias detectadas altamente peligrosas, autocuidado y consumo responsable. Esta iniciativa busca ser una puerta de entrada a nuestro recurso y un acompañamiento continuo de las personas consumidoras en el contexto de calle.

4.6.3. Rat Park Urbano

Esta actividad comienza con la creación de varios equipos de educadores, usuarios y voluntarios que recorran el barrio para localizar zonas, como solares abandonados o lugares públicos degradados, en los que crear “micro-oasis”, de manera que cada equipo reacondicionará uno de estos lugares, bien sea a través de murales colaborativos, la creación de huertos urbanos o zonas de esparcimiento, para que estos espacios puedan volver a ser utilizados por los ciudadanos. Al finalizar se hará una ruta en grupo por todos

estos espacios y se valorará con los participantes cómo ha afectado a su sentimiento de pertenencia a la comunidad.

4.6.4. Somos mentores

Esta actividad consiste en emparejar a las nuevas personas usuarias durante 12 semanas con un veterano que ya se haya desintoxicado, para que entre ellos y los educadores se fijen los objetivos y comience su proceso. A cada pareja se les dará un bono cultural para que puedan realizar juntos diferentes actividades y que toda su relación no se base únicamente en el proceso de desintoxicación. Periódicamente se revisarán los avances y la satisfacción de los participantes con el proceso. Esta dinámica trata de ser un círculo de apoyo horizontal en el que las personas usuarias, según vayan acabando sus procesos, se animen a ayudar a otras convirtiéndose en futuros mentores.

4.7. Recursos

4.7.1. Recursos humanos

- 4 educadores/as sociales
- 1 psicólogo/a
- 1 enfermero/a especializada en reducción de daños
- 1 responsable de administración
- Estudiantes de prácticas
- Voluntariado
- Mentores
- Servicios de apoyo externo: centros de salud, ayuntamiento, servicio jurídico gratuito y programas de inserción laboral.

4.7.2. Recursos materiales

- Instalaciones de la comunidad terapéutica y mobiliario
- 1 furgoneta para “La Escuela Móvil”, adaptada con los materiales necesarios para las intervenciones de reducción de daños (kits de

inyección y fumado seguro, naloxona nasal, octavillas informativas, preservativos, toallitas, etc.).

- Equipamiento TIC (portátiles, móviles y otros dispositivos)
- Otros materiales: semillas, herramientas de jardinería, pintura para el mural, bonos culturales, etc.

4.7.3. Recursos económicos

- Posibles fuentes de ingresos: subvenciones de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, cofinanciación autonómica y municipal, Fondo Social Europeo+ y donaciones.

4.8. Temporalización

Esta propuesta se desarrolla en cuatro fases a lo largo de un año, de las cuales, algunas se darán simultáneamente, con revisiones periódicas para adaptarlas según la evolución y las necesidades de los participantes.

- La primera fase corresponde a la planificación, durante 1 mes se van a realizar las cuestiones de logística (contratación del equipo, compra de los materiales, adecuación de las instalaciones, presentación del programa en la comunidad, etc.).
- La segunda fase, con la duración de 1 mes, será en la que se empiecen a desarrollar las primeras actividades que establecerán las bases del resto del programa.
 1. En la primera semana, se realizará una acogida para los primeros participantes, mostrándoles las instalaciones y explicándoles el funcionamiento del programa.
 2. En la segunda semana se celebrará la “Asamblea Constituyente” y se firmará el pacto de convivencia.
 3. En las semanas 3 y 4, se harán los diagnósticos participativos y se elaborarán los primeros Planes Individuales.
- La tercera fase consistirá en el desarrollo de las actividades y los servicios que proporciona el centro. Su duración será de 10 meses.

- La cuarta fase corresponde a la evaluación participativa. Se hará en 2 momentos: durante los 10 meses que se desarrollan las actividades habrá herramientas de evaluación continua y reuniones, pero concretamente a los 5 meses se hará una evaluación exhaustiva. Por último, una vez finalizado el proyecto, se hará la evaluación final y se elaborará un informe de impacto y un plan de mejoras para el año siguiente. Además, de manera sistemática, se harán otras reuniones evaluativas, una trimestral para revisar el pacto de convivencia y sesiones mensuales del equipo y los usuarios para supervisar la evolución de las actividades y hacer un reporte de incidencias.

4.7. Evaluación

La evaluación se concibe como un proceso sistemático, descriptivo y valorativo de recogida continua de datos, pero también como un elemento pedagógico que acompaña al proyecto desde el primer diagnóstico hasta la valoración del informe de impacto final. Con ello no buscamos únicamente controlar resultados, sino también orientar las decisiones que se tomen durante todo el proceso y poder mejorarlo para el futuro (Tyler, 1950; Stufflebeam & Skinfeld, 1987; Tejedor, Rodríguez, Varcárcel, & Rodríguez Conde, 1994). Se realizará de forma interna, empleando una estrategia mixta, cuantitativa y cualitativa, y combinando la evaluación formativa, para reajustar el proyecto durante la ejecución, con la evaluación sumativa, para evaluar el cumplimiento de los objetivos propuestos y el impacto global. Utilizaremos el modelo CIPP (Context, Input, Process, Product) de Stufflebeam y Skinfeld (1987), cuyas cuatro fases se enlazarán directamente con los objetivos y las actividades.

En la fase diagnóstica realizaremos la evaluación de contexto. Se usarán como fuentes cuantitativas los cuestionarios iniciales (Anexo I), mientras que como cualitativas se aplicarán entrevistas de acogida. Con ello, se busca diagnosticar las necesidades, motivaciones y recursos de los participantes, con el objetivo de que las actividades se ajusten a ellos.

En la evaluación de entrada utilizaremos el análisis DAFO (Houben et al., 1999), para medir las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades del proyecto, buscando

valorar su pertinencia y viabilidad. La elaboración de este cuadro será a partir de los datos recogidos en los cuestionarios y las entrevistas de la fase anterior, analizando también las actividades planteadas en relación con los objetivos específicos.

Durante el proceso, la fuente cuantitativa será un registro de participación, de manera que podamos evaluar las actividades que resultan más atractivas, complementadas cualitativamente por notas de observación directa recogidas por el equipo, con especial atención a la flexibilidad y la adaptación de las actividades.

Por último, en la evaluación de producto, se realizarán cuestionarios (Anexo II) mediante los que valorar el bienestar de los participantes, la reducción de riesgos, la inserción sociolaboral y la tasa de éxito en su desintoxicación como datos cuantitativos, mientras que las fuentes cualitativas serán grupos focales de cierre y un dossier fotográfico que muestre la evolución de los usuarios y el contexto a lo largo del proyecto. En este punto, se tendrán en cuenta los criterios de eficacia, eficiencia, satisfacción e impacto.

Los datos cuantitativos se procesarán mediante gráficas y estadísticas, mientras que los cualitativos en un análisis temático, ambos se reflejarán en un Informe de Impacto con recomendaciones para la siguiente aplicación del proyecto.

5. Conclusiones

Con este trabajado se ha buscado constatar que es posible plantear una intervención con personas con una problemática de drogodependencia con un enfoque que respete su autonomía, mientras que refuerza la idea del cuidado como una responsabilidad colectiva. De cada una de las distintas partes del cuerpo del trabajo, podemos extraer varias cuestiones relevantes.

En primer lugar, atendiendo al análisis ético-filosófico de una intervención con un enfoque paternalista, contrapuesto a un enfoque que parta de la autonomía del individuo, podemos concluir que los programas basados exclusivamente en la abstinencia refuerzan la exclusión y el estigma; mientras que los enfoques participativos, priorizando la reducción de riesgos, ofrecen mejores indicadores sanitarios y sociales.

En segundo lugar, el modelo por el que interviene la Asociación de Proyecto Hombre, aunque ha sufrido avances significativos en los últimos años que se aproximan a una perspectiva más cercana a valores democráticos y de autonomía, mantiene cuestiones estructurales que reproducen modelos jerárquicos y de dependencia, utilizando el condicionamiento y la obediencia como herramientas en su intervención. De modo, que se hace necesaria una revisión que proponga una alternativa en línea con la corresponsabilidad y la horizontalidad.

La propuesta MCARD surge como una respuesta a la necesidad de un modelo que vaya más en línea con la autonomía. Las actividades (Asamblea Constituyente, Escuela Móvil, Rat Park Urbano y Somos Mentores) se alinean con los objetivos específicos planteados, buscando la sensibilización, el acompañamiento educativo, la participación democrática y la inclusión social de los participantes.

En resumen, las reflexiones y datos reunidos en este trabajo confirman que una intervención comunitaria, participativa y orientada a la reducción de daños puede contribuir a transformar las prácticas habituales en el ámbito de la intervención con personas drogodependientes. El modelo MCARD se presenta, así, como una propuesta viable y evaluable que promueve comunidades capaces de acompañar sin tutelar y de cuidar sin imponer.

6. Bibliografía

- Aristóteles. (1985). *Ética Nicomáquea*. Editorial Gredos.
- Asociación Proyecto Hombre. (s. f.). **¿Quiénes somos?** Recuperado el 4 de julio de 2025 de <https://proyectohombre.es/quienes-somos/>
- Asociación Proyecto Hombre. (2019). *Proyecto Hombre: El modelo Bio-Psico-Social en el abordaje de las adicciones como marco teórico (MBPS)*. Comisión Nacional de Formación, Asociación Proyecto Hombre.
- Asociación Proyecto Hombre. (2020). *Estatutos de la Asociación Proyecto Hombre* [PDF]. <https://proyectohombre.es/wp-content/uploads/2024/02/EstatutosWeb-2.pdf>
- Berlin, I. (1990). *The crooked timber of humanity: Chapters in the history of ideas*. Princeton University Press.
- Betäubungsmittelgesetz [Federal Act on Narcotics and Psychotropic Substances], SR 812.121. (1951, 3 de octubre; rev. 1 de julio de 2011). Recuperado el 4 de julio de 2025 de https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1952/241_241_245
- Comisión Nacional de Prevención, Asociación Proyecto Hombre. (2021). *Guía. Propuesta de intervención con adolescentes, jóvenes y familias en los programas de prevención indicada de Proyecto Hombre*. Asociación Proyecto Hombre.
- Council of the European Union. (2021). *EU Drugs Strategy 2021-2025*.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2024). *Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 1995-2024: Informe*. Ministerio de Sanidad.
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2024_Informe_EDADES.pdf
- Escohotado, A. (1995). *Aprendiendo de las drogas: Usos y abusos, prejuicios y desafíos*. Anagrama.
- Escohotado, A. (1999). *Historia general de las drogas*. Espasa.
- European Union Drugs Agency. (2024, 30 agosto). *Frequently asked questions (FAQ): Drug overdose deaths in Europe*. <https://www.euda.europa.eu/publications/topic-overviews/drug-induced-deaths-faq>
- European Union Drugs Agency. (2025a). *European drug report 2025: Trends and developments*. Publications Office of the European Union.
<https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2025>

- European Union Drugs Agency. (2025b). *Statistical bulletin 2025 — Prevalence of drug use*. https://www.euda.europa.eu/data/stats2025/gps_en
- Federal Office of Public Health. (2024, 16 de diciembre). *Drug-related deaths* [Indicador MonAM]. <https://ind.obsan.admin.ch/en/indicator/monam/drug-related-deaths>
- Foro Español de Pacientes. (2024). *Posicionamientos: Prioridades del movimiento de pacientes para un Sistema Nacional de Salud participativo* [Entrada web].
- Freire, P. (1970). *Pedagogía del oprimido* (2.ª ed.). Editorial Tierra Nueva.
- Hari, J. (2015). *Tras el grito: Un relato revolucionario y sorprendente sobre la verdadera historia de la guerra contra las drogas* (M. J. Viejo Pérez, Trad.). Ediciones Paidós. (Trabajo original publicado 2015).
- Houben, G., Lenie, K., & Vanhoof, K. (1999). A knowledge-based SWOT-analysis system as an instrument for strategic planning in small and medium-sized enterprises. *Decision Support Systems*, 26(2), 125–135. [https://doi.org/10.1016/S0167-9236\(99\)00024-X](https://doi.org/10.1016/S0167-9236(99)00024-X)
- Lopez-Quintero, C., Pérez de los Cobos, J., Hasin, D. S., Okuda, M., Wang, S., Grant, B. F., & Blanco, C. (2011). Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug and Alcohol Dependence*, 115(1-2), 120-130. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.11.004>
- Nougier, M. (2017). *El modelo portugués de descriminalización del uso de drogas* (Experiencias de referencia globales, N.º 12). Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas. https://www.wola.org/wp-content/uploads/2017/05/DONE-12-Portuguese-Decrim_SPA_FINAL-.pdf
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2024a). *Encuesta sobre Alcohol y Otras Drogas en España (EDADES) 1995-2024: Resumen ejecutivo*. Ministerio de Sanidad. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2024_Informe_Ejecutivo_EDADES_es.pdf
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2024b). *Informe 2024: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Ministerio de Sanidad. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2024_OEDA-Informe.pdf

- Organización de las Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Pateman, C. (1995). *El contrato sexual* (M. X. Agra Romero & M. L. Femenías, Trans.). Anthropos Editorial. (Trabajo original publicado 1988)
- Peña, J. (2008). Pluralidad, apertura y calidad de la ciudadanía. *Revista de la Asociación de Inspectores de Educación de España*, (9), 1-24.
- Plan Nacional sobre Drogas. (2025). *Memoria 2023: Resumen ejecutivo*. Ministerio de Sanidad.
https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/memorias/docs/2025_MEMORIA_PNSD_2023_RESUMEN.pdf
- Platón. (1988). *La República*. Editorial Gredos.
- Rehm, J., Gschwend, P., Steffen, T., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A., & Uchtenhagen, A. (2001). Feasibility, safety, and efficacy of injectable heroin prescription for refractory opioid addicts: A follow-up study. *The Lancet*, 358(9291), 1417-1423.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)06529-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)06529-1)
- United Nations. (1948). *Universal Declaration of Human Rights*.
<https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Rousseau, J.-J. (2017). *El contrato social* (M. J. Villaverde Rico, Trad.). Akal. (Trabajo original publicado 1762).
- Serrano Gómez, E. (2014). ¿Libertad negativa vs. libertad positiva? *Andamios*, 11(25), 217-241.
- Senent Méndez, F. (2024). Revisión bibliográfica sobre la relación entre el abandono de tratamiento y problemas relacionados con el estado de ánimo en los tratamientos de abuso de sustancias. *Proyecto Hombre: Revista de la Asociación Proyecto Hombre*, (116), 54-56. <https://proyctohombre.es/wp-content/uploads/2024/12/14.TFM-3-fernando-senent.pdf>
- Stufflebeam, D. L., & Shinkfield, A. J. (1987). *Systematic evaluation: A self-instruction guide to theory and practice*. Springer.
- Tejedor, F. J., Rodríguez, M. T., Varcárcel, M. V., & Rodríguez Conde, M. J. (1994). *Evaluación educativa: Investigación evaluativa y sus implicaciones pedagógicas*. Ediciones Universidad de Salamanca.
- Tyler, R. W. (1950). *Basic principles of curriculum and instruction*. University of Chicago Press.

Uchtenhagen, A. (2010). Heroin-assisted treatment in Switzerland: A case study in policy change. *Addiction*, 105(1), 29-37. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02741.x>

Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD). (2023). *Informe sobre tasas de finalización de comunidades terapéuticas en España*. Madrid: UNAD.

7. Anexos

7.1. Anexo I: Modelo del cuestionario inicial

1. Un poco sobre ti

- Edad: ____ años
- Identidad de género:
☐ Hombre ☐ Mujer ☐ No binario ☐ Prefiero no decirlo
- Nivel de estudios finalizado:
☐ Sin estudios ☐ Primaria ☐ ESO/FP Básica ☐ Bachiller/FP Medio
☐ FP Superior ☐ Universidad
- Situación laboral:
☐ Trabajo por cuenta ajena ☐ Autónomo/a ☐ Estudiante ☐ Desempleado/a ☐ Otra
- Tipo de alojamiento:
☐ Vivienda propia ☐ Alquiler ☐ Con familia ☐ Centro ☐ Sin hogar
☐ Otro

2. Hábitos de consumo (últimos 30 días)

Marca una x en la casilla correspondiente, siendo 1 si no ocurre nunca y 5 si es a diario.

Sustancia	1	2	3	4	5
Alcohol	☐	☐	☐	☐	☐
Tabaco	☐	☐	☐	☐	☐
Cannabis	☐	☐	☐	☐	☐
Cocaína	☐	☐	☐	☐	☐
Anfetaminas	☐	☐	☐	☐	☐
Opioides (heroína, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
Benzodiacepinas	☐	☐	☐	☐	☐
Otras (indica cuáles) _____	☐	☐	☐	☐	☐

- Grado de preocupación por tu consumo (1–5): ____
- ¿Has intentado reducir o dejar alguna sustancia en los últimos 12 meses?
☐ Sí ☐ No
 - Si respondiste “Sí”, indica los apoyos utilizados:
☐ Familia/amigos ☐ Profesional ☐ Autoayuda ☐ Otro

3. Salud y bienestar (últimas 2 semanas)

(1 = Nada · 5 = Mucho)

- Me he sentido con energía. _____
- He dormido bien. _____
- He sentido ansiedad. _____
- He sentido tristeza _____
- Valoración global de mi bienestar. _____

4. Apoyos y red social

- Tengo al menos una persona de confianza con quien hablar. _____
- Cuento con apoyo familiar estable. _____
- Tengo amistades que no consumen drogas con regularidad. _____
- Conozco los recursos sociales o sanitarios de mi municipio. _____

5. Expectativas sobre el MCARD

(1 = Nada de acuerdo · 5 = Totalmente de acuerdo)

- Quiero reducir riesgos relacionados con el consumo. _____
- Me interesa recibir información clara sobre sustancias. _____
- Me motiva participar en actividades comunitarias. _____
- Valoro poder opinar en la Asamblea Constituyente. _____
- Espero apoyo para estudiar o trabajar. _____

¡Muchas gracias por tu tiempo!

Tus respuestas nos ayudarán a diseñar un proyecto adaptado a tus necesidades, para crear una comunidad en la que colaborar y ayudarnos.

7.2. Anexo II: Modelo de Cuestionario final

Marca del 1 al 5 (1 = Nada, 5 = Mucho).

1. ¿Cómo te has sentido con el proyecto?

	1	2	3	4	5
El proyecto ha cumplido mis expectativas.	☐	☐	☐	☐	☐
Me ha sido útil en mi día a día.	☐	☐	☐	☐	☐
Lo recomendaría a otra persona.	☐	☐	☐	☐	☐

2. ¿Hasta dónde has logrado tus metas?

	1	2	3	4	5
Reducir riesgos al consumir	☐	☐	☐	☐	☐
Sentirme mejor física y mentalmente	☐	☐	☐	☐	☐
Sentirme parte de la comunidad	☐	☐	☐	☐	☐
Avanzar en trabajo o estudios	☐	☐	☐	☐	☐
Ampliar mi red de apoyos	☐	☐	☐	☐	☐

3. ¿Cómo valoras cada actividad?

Actividad	¿Asististe?	Calidad	Utilidad
Asamblea Constituyente	☐ Sí ☐ No	_____	_____
Escuela Móvil	☐ Sí ☐ No	_____	_____
Rat Park Urbano	☐ Sí ☐ No	_____	_____
Somos Mentores	☐ Sí ☐ No	_____	_____

4. ¿Cómo te ha afectado el proyecto?

	1	2	3	4	5
Mi salud ha mejorado.	☐	☐	☐	☐	☐
He reducido la frecuencia o cantidad de consumo.	☐	☐	☐	☐	☐
Ahora tomo decisiones mejor informadas.	☐	☐	☐	☐	☐
Mi barrio se siente más acogedor y seguro.	☐	☐	☐	☐	☐

5. Para acabar...

Lo mejor del proyecto ha sido:

.....

Lo que menos te ha gustado o cambiarías:

.....

Cualquier otro comentario que quieras dejar:

.....

¡Mil gracias por tu tiempo y sinceridad!

Con tus ideas y respuestas intentaremos hacer que MCARD sea cada vez más útil para todas las personas de la comunidad.