



Universidad de Valladolid

**ESCUELA UNIVERSITARIA DE
EDUCACIÓN DE PALENCIA**

TITULACIÓN: GRADO EN EDUCACIÓN SOCIAL

CURSO 2012-2013

**TÍTULO: El educador social en comunidades terapéuticas de
rehabilitación de drogodependientes: el ejemplo de la
Comunidad Terapéutica San Ricardo Pampuri de Palencia**

ALUMNO: JUAN ANTONIO OBISPO HERREROS

TUTOR: ÁNGEL DE PRADO MOURA

RESUMEN: El presente trabajo pretende acercarse a la realidad de una Comunidad Terapéutica, en este caso la Comunidad Terapéutica San Ricardo Pampuri de Palencia.

Este espacio, creado para la atención de personas con problemas generados por el abuso de drogas, ofrece a los usuarios el abordaje de su patología desde distintas disciplinas, todas ellas complementarias, y con el único fin de alcanzar el objetivo de la plena recuperación y reinserción del paciente. Dentro de esas disciplinas, la educación social y el educador social son un pilar fundamental.

A esta conclusión se ha llegado después de largos años de trabajo en el campo de la rehabilitación de personas con problemas de drogadicción. Se ha experimentado que los modelos de intervención que sólo ponían el énfasis en una de las manifestaciones del problema (la biológica, la psicológica o la social), son insuficientes. Apostar por fórmulas de integración, como se hace en la Comunidad Terapéutica Pampuri, lleva a la consecución de objetivos más ambiciosos en la rehabilitación de personas toxicómanas.

Palabras clave: Comunidad Terapéutica, drogodependiente, taller terapéutico, intervención educativa.

ABSTRACT: This essay intends to explore the day to day running of a therapeutic community which in this case relates to la Comunidad Terapéutica San Ricardo Pampuri de Palencia.

This space, created to care for people who have problems generated by the abuse of drugs, offers the user the opportunity to tackle their condition through certain methods, all of these complementary and it has the sole objective of full recuperation and the patient's reintroduction into society. Social education and community workers make up the fundamental base of these methods.

This conclusion has been reached after many years of working in the field of rehabilitation of people with drug addiction issues. It has been proved that other methods of intervention that solely emphasise the causa of the addiction (biological, psychological or social effects) are insufficient intackling the issue at hand. Backing the methods of intervention that carried out in la Comunidad Terapéutica Pampuri will lead to the fulfilment of more ambitious aims in the rehabilitation of drug abusers.

Keywords: Therapeutic community, drug addict, therapeutic workshop, educational intervention.

ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN	pág. 1
2.- JUSTIFICACIÓN.	pág. 2
3.- TOXICOMANÍAS Y MARCO SOCIOPOLÍTICO CONTEMPORÁNEO	pág. 4
3.1 POLÍTICAS SOCIALES Y EDUCACIÓN SOCIAL	pág. 5
4.- JUSTIFICACIÓN LEGAL DE LAS COMUNIDADES TERAPEÚTICAS	pág. 6
5.- QUÉ ES UNA COMUNIDAD TERAPEÚTICA Y EVOLUCIÓN	pág. 7
6.- LA COMUNIDAD TERAPEÚTICA SAN RICARDO PAMPURI	pág. 9
6.1 DESCRIPCIÓN DEL CENTRO	pág. 9
6.1.1 Años de funcionamiento	pág. 9
6.1.2 Instalaciones	pág. 9
6.1.3 Plazas	pág. 11
6.2 EL EQUIPO TERAPEÚTICO.	pág. 11
6.3 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA	pág. 12
6.3.1 Características de personalidad	pág. 12
6.3.2 Usuarios y enfoque de género	pág. 15
6.4 DESARROLLO DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	pág. 17
6.4.1 Marco teórico	pág. 17
A. La entrevista y la terapia emocional de Millar y Rollnick	pág. 18
B. Terapias cognitivo-conductuales	pág. 18
C. El modelo de entrenamiento de habilidades para pacientes duales.	pág. 19
6.4.2 Fases del programa	pág. 20
A. Fase de acogida	pág. 20

B. Fase de deshabitación y rehabilitación	pág. 21
C. Fase de prereinserción	pág. 22
6.4.3 Las salidas terapéuticas.	pág. 23
7.- EL EDUCADOR SOCIAL EN LA COMUNIDAD TERAPEÚTICA	pág. 24
7.1 DROGODEPENDENCIAS Y EDUCACIÓN	pág. 24
7.2 OBJETIVOS GENERALES DEL TRABAJO EDUCATIVO	pág. 25
7.3 LO EDUCATIVO EN LAS COMUNIDADES TERAPEÚTICAS	pág. 26
7.4 DESARROLLO DEL TRABAJO DEL EDUCADOR	pág. 27
8.- LOS TALLERES TERAPEÚTICOS	pág. 29
8.1 MOTIVACIÓN	pág. 30
8.2 ESTIMULACIÓN COGNITIVA	pág. 31
8.3 AUTOESTIMA	pág. 31
8.4 ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES	pág. 31
8.4.1 Asertividad	pág. 32
8.4.2 Pensamientos y creencias	pág. 32
8.4.3 Comunicación verbal y no verbal	pág. 33
8.4.4 Hacer y rechazar peticiones	pág. 33
8.4.5 Tolerancia a la frustración	pág. 34
8.4.6 Conflictos interpersonales	pág. 35
8.5 PREVENCIÓN DE RECAÍDAS	pág. 35
9.- LA HISTORIA DE ANDRÉS EN LA COMUNIDAD TERAPEÚTICA	pág. 37
10.- CONCLUSIONES	pág. 41
11.- BIBLIOGRAFÍA	pág. 43
12.- ANEXO	pág. 45

1.- INTRODUCCIÓN

El objetivo de este trabajo es reflexionar sobre la necesidad de la figura del educador social en las comunidades terapéuticas de rehabilitación de pacientes con problemas de drogodependencias. Nos va a servir como marco de referencia la Comunidad Terapéutica San Ricardo Pampuri de Palencia.

Antes de acercarnos a justificaciones legales de las comunidades terapéuticas, al estudio pormenorizado de la Comunidad Pampuri y a las competencias que allí desarrollamos los educadores sociales, haré referencia a dos conceptos claves que nos van a servir para entender mejor el presente trabajo: son los conceptos de droga y drogadicción.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define la droga como toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo, y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

Según la doctora Gemma San Narciso, de la Universidad de Oviedo, la drogodependencia es un estado psíquico y en ocasiones también físico, debido a la interacción entre un organismo vivo y una droga y que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones, entre las que siempre se encuentran una pulsión a ingerir droga de forma continua o periódica con objeto de no volver a experimentar sus efectos psíquicos y en ocasiones evitar su malestar en su abstinencia¹.

Con respecto al concepto de droga, puntualizar que es una sustancia, con lo cual se excluye de las drogodependencias algunas conductas como las ludopatías. Aclarar también que drogas son tanto las legales como las ilegales y las que más problemas causan y las más consumidas son dos drogas legales: el alcohol y el tabaco. Y por último añadir que las alteraciones que producen en el sistema nervioso central pueden

¹ SAN NARCISO IZQUIERDO, GEMMA I.: *Drogodependencias, Conceptos básicos*.
<http://www.unioviedo.es/psiquiatria/docencia/material/DROGODEPENDENCIAS/1DRO-CONCEPTO.pdf> (consulta 12 abril 2013)

ser estimularlo, pueden tranquilizar o eliminar el dolor y pueden producir trastornos perceptivos.

Si analizamos algunos datos que se recogen en el VI Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León (2009-2013) relativos al año 2008, destacar que en nuestra comunidad el 35,6% de la población de entre 14 y 70 años es consumidora habitual de alcohol; un 5,4% ha consumido cannabis en el último año (19% si nos referimos a la población de entre 14 y 18 años); un 0,9% ha consumido cocaína en el último mes (1,7% de la población de 14 a 18 años); y un 0,1% ha consumido drogas de síntesis en el último año (0,8% si nos referimos a población de 14 a 18 años).

Se puede concluir que el consumo de drogas es un problema de salud pública en las sociedades contemporáneas y el número de personas con problemas de drogadicción no deja de crecer.

Las comunidades terapéuticas y los educadores sociales como miembros de los equipos terapéuticos que desarrollan su labor profesional en estos servicios asistenciales, son recursos que las administraciones ponen al servicio de las personas drogodependientes.

¿Qué añade la educación social al tratamiento de estos pacientes? Dos son las respuestas: favorecer el proceso de socialización de estas personas y la posibilidad de tratamiento e intervención en este tipo de desadaptación social que supone la drogadicción, según Pérez Serrano².

2.- JUSTIFICACIÓN

La justificación del presente trabajo la voy a realizar desde tres ámbitos distintos: el legal, el teórico y el profesional.

Con respecto a la justificación legal indicar que la legislación de la Comunidad de Castilla y León, a través de la Ley 3/1994, de 29 de marzo, modificada por la ley 3/2007, de 7 de marzo regula en materia de asistencia a drogodependientes, y propone como un

² PÉREZ SERRANO, G. (2003). Pedagogía social. Educación social. Editorial Narcea Ediciones. Madrid, pág. 122.

recurso al alcance de estos pacientes las comunidades terapéuticas, en las que los educadores sociales tenemos un espacio para el desarrollo de nuestra actividad profesional. Esta justificación legal está desarrollada de forma más amplia en el punto cuarto del presente trabajo.

La justificación teórica viene avalada por muchos estudios de diferentes autores. Por destacar a alguno señalar que Cabrerizo, Rubio y Castillo señalan que el campo del educador social es muy amplio, y que su actividad se desarrolla en el seno de un programa de intervención socioeducativo determinado; todos aquellos relacionados con la educación especializada, en este caso de personas drogodependientes, son ámbitos competenciales de los educadores sociales³.

En el ámbito profesional, partiendo de las competencias establecidas por la Universidad de Valladolid para el Título de Grado en Educación Social, algunas de las que sustentan la tarea del educador social en las comunidades terapéuticas son las siguientes:

- G16. Liderazgo: es la capacidad de influir sobre los individuos y/o grupos anticipándose al futuro y contribuyendo a su desarrollo personal y profesional
- E7. Elaborar y gestionar medios y recursos para la intervención socioeducativa.
- E22. Conocer las políticas de bienestar social y la legislación que sustentan los procesos de intervención socioeducativa.
- E31. Aplicar técnicas de detección de factores de exclusión y discriminación que dificultan la inserción social y laboral de sujetos y colectivos.
- E36. Incorporar los recursos sociales, institucionales, personales y materiales disponibles para llevar a cabo el trabajo en un determinado ámbito de acción.

³ CABRERIZO DIAGO, J.; RUBIO ROLDÁN, M^a J. y CASTILLO ARREDONDO, S. (2010): El Prácticum en los grados de pedagogía de Magisterio. Editorial Peasar Educación SA. Madrid, págs. 106-107.

La justificación profesional también viene avalada por mis más de 14 años de experiencia profesional como educador en la Comunidad Terapéutica San Ricardo Pampuri.

Por último señalar que los datos también justifican la necesidad de las comunidades terapéuticas profesionales (con equipos multidisciplinares y educadores sociales en sus plantillas): según el Plan Nacional sobre Drogas en su memoria del año 2010, 7596 personas fueron atendidas en estas comunidades , siendo 648 las personas que en Castilla y León fueron usuarias de este servicio.

3.- TOXICOMANÍAS Y MARCO SOCIOPOLÍTICO CONTEMPORÁNEO.

La Constitución Española de 1978 establece que “España se constituye en un Estado Social y Democrático de Derecho”. Son varias las características de los Estados de Derecho, pero, resumiendo, podría decirse que el objetivo es garantizar los derechos fundamentales de la persona.

En España no es hasta 1978 cuando comienzan a cimentarse las bases del Estado de Bienestar. El recorrido de esta implementación se ha visto afectado a finales del siglo pasado, y más claramente a principios del presente, con el cuestionamiento de sus bases a partir de la extensión del discurso neoliberal. Esto ha impedido conocer hasta qué punto se había profundizado en el aumento de la igualdad social, favorecedora de un cambio cívico que no acaba de llegar. Con el actual contexto de crisis, se agrava aún más este problema.

A pesar de estas amenazas al Estado de Bienestar, a los educadores sociales como profesionales que creemos en la educación como instrumento de cambio, apostamos firmemente por las políticas sociales como medio para la consecución efectiva de la libertad, la justicia y la igualdad, como recoge nuestra Carta Magna.

3.1 POLÍTICAS SOCIALES Y EDUCACIÓN SOCIAL.

Las políticas sociales son el instrumento que los Estados tienen para conseguir el bienestar social. La noción de política social va ligada al desarrollo del Estado Social de Derecho como herramienta que utiliza una serie de servicios sociales para la consecución de sus objetivos: satisfacer las necesidades de los ciudadanos, entre las que cabe destacar la consecución de unos niveles mínimos de renta, alimentación, salud, educación y vivienda, al tiempo que intenta disminuir las desigualdades sociales y la exclusión de colectivos en dificultad social por cuestiones de distinto orden.

Centrándome en el terreno de la educación y partiendo de que ésta es una necesidad básica, las políticas sociales tienen la obligación de contemplar este derecho.

La educación no tiene sólo un referente institucional en los centros escolares (educación formal), sino que también los tiene en ayuntamientos, centros de día, residencias, centros culturales...(en general ámbitos de la educación no formal e informal).

Todos ellos son espacios en los que se recrean los recursos sociales con los que hoy cuenta una comunidad. La sociedad actual no puede permitirse el lujo de reducir lo educativo a lo docente, tampoco desde estas instituciones es posible llegar hoy a problemáticas que exceden su propio alcance. A la Pedagogía, en estos momentos, le preocupa hacer presente la Educación Social en aquellos contextos en los que se generan procesos de promoción humana y de participación de los ciudadanos en la construcción de una comunidad.

Si se ha llegado a la conclusión de que la Educación Social tiene su espacio de referencia en las políticas sociales, concluir que en el área de la intervención con toxicómanos (como área preferente de actuación en los servicios sociales de segundo nivel o especializados, frente a los servicios sociales generales o de atención primaria), los educadores sociales encontramos un marco de actuación de primer orden.

4.- JUSTIFICACIÓN LEGAL DE LAS COMUNIDADES TERAPEÚTICAS.

La Constitución Española de 1978, en su Título I, artículo 43, consagra el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud, al tiempo que establece la responsabilidad de los Poderes Públicos como garantía fundamental de este derecho.

Dentro de este derecho a la protección de la salud, se engloba la prevención, tratamiento y rehabilitación de personas con problemas de drogadicción.

La Administración de la Comunidad de Castilla y León, consciente de que el consumo de drogas no es un problema coyuntural, y respondiendo a lo recogido en el artículo 43 de la Constitución, aprobó en 1988 y 1991 sendos Planes Regionales y Sectorial sobre Drogas (Decretos 252/1998 y 358/1991). Asimismo, las drogodependencias tienen la consideración de área de intervención prioritaria en el Plan Estratégico de Salud para la Comunidad Autónoma (Decreto 68/1991)

Posteriormente se aprobó la Ley 3/1994, de 29 de marzo, de Prevención, Asistencia e Integración Social de Drogodependientes de Castilla y León. La presente ley se propone transmitir de forma clara a la sociedad y a sus instituciones, la relevancia del problema y el compromiso de los Poderes Públicos para mitigar las consecuencias derivadas del consumo de drogas y para promocionar de forma activa hábitos de vida saludable y una cultura de la salud que incluya el rechazo del consumos de drogas, de modo que la ley adopta como prioritarias las políticas preventivas.

Esta ley ha sufrido algunas modificaciones introducidas por la Ley 3/2007, de 7 de marzo.

Dos apuntes de interés sobre la presente ley:

Primero: esta norma establece que es el Plan Regional sobre Drogas el instrumento estratégico para la planificación y ordenación de las actuaciones que en materia de drogas se lleven a cabo en la Comunidad Autónoma. El Decreto 50/2009 de 27 de agosto es el que aprueba el VI Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León (2009/2.013) vigente actualmente.

Segundo: en el artículo 19 de la ley se establece que dentro del tercer nivel básico de intervención con personas con problemas de toxicomanías se encuentran la comunidades terapéuticas acreditadas, que tienen como funciones básicas la desintoxicación, deshabitación y rehabilitación en régimen residencial de personas drogodependientes.

Resumiendo: partiendo de un mandato constitucional (artículo 43) la Comunidad Autónoma legisla en materia de asistencia a drogodependientes (en el caso de Castilla y León la Ley 3/1994 de 29 de marzo, modificada por la Ley 3/2007, de 7 de marzo), y uno de los recursos al alcance de dichos pacientes, son las comunidades terapéuticas (artículo 19).

5.- QUÉ ES UNA COMUNIDAD TERAPEÚTICA Y EVOLUCIÓN

La Comunidad Terapéutica es un centro socio-sanitario residencial que trabaja en régimen de internamiento para la atención del problema de la drogodependencia. Está formada por un equipo de profesionales, multidisciplinar, basado en el trabajo en equipo, y con funciones y actividades definidas, sustentadas en programas y protocolos, fundamentados en criterios científico-técnicos, mediante los que intervenir sistemáticamente de forma progresiva, gradual y complementaria, con el fin de realizar un abordaje integral y de calidad que redunde en la óptima atención del drogodependiente.

Las Comunidades Terapéuticas a lo largo de los últimos años han ido evolucionado. A finales de los años 70 y principio de los 80 del siglo pasado, consistían en las denominadas granjas (Becoña y Martín)⁴, que eran comunidades concebidas como dispositivos terapéuticos únicos, autosuficientes, generalmente situados en el medio rural. Los recursos procedían de la iniciativa social, ligada en muchos casos a las

⁴ BECOÑA E., MARTÍN E. (2004): Manual de intervención en drogodependencias. Editorial Síntesis. Madrid.

asociaciones de familiares. Muchas de estas comunidades eran denominadas comunidades de vida.

A finales de los 80 las comunidades se fueron profesionalizando, para así irse diferenciando de las de vida. Son Comunidades Terapéuticas Profesionales, que se caracterizan por la presencia de un equipo cualificado con titulaciones académicas adecuadas, un programa explícito, objetivos terapéuticos y educativos, una orientación hacia la reinserción y estar inmersos en la red asistencial pública. Mientras que en la comunidades de vida, aparte de no perfilarse ninguno de los anteriores conceptos, destaca la presencia de elementos de adoctrinamiento ideológico. (Martín Pozas, J.)⁵.

El perfil de los usuarios también ha evolucionado. De estar las primeras comunidades casi centradas en la heroína, con un perfil de consumidores cada vez más envejecido y caracterizado por una clara marginación social (desempleo, problemas judiciales), se ha pasado a una demanda muy fragmentada donde crece la cocaína como sustancia que motiva el tratamiento, y adquieren más importancia otras sustancias como el alcohol, el cannabis, las benzodiazepinas, drogas de síntesis...

Estos consumos han sacado a la luz perfiles de consumidores muy diferentes de los ya tradicionales ligados al consumo de heroína, usuarios más jóvenes, con mayor nivel educativo, con patologías duales... Esta realidad ha exigido la constante evolución de los programas y la exigencia de diseñar nuevas y más específicas respuestas adecuadas a las necesidades de estos usuarios.

⁵ MARTÍN POZAS, J.(1996): Editorial. Revista Adicciones. Vol. 8 nº 3. Edita Socidrogalcohol. Valencia, págs. 263-265.

6.- LA COMUNIDAD TERAPEÚTICA SAN RICARDO PAMPURI

6.1 DESCRIPCIÓN DEL CENTRO

6.1.1 Años de funcionamiento

El Centro Pampuri abre sus puertas el 1 de febrero de 1991. A través de un convenio de vinculación entre la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios y la Junta de Castilla y León, este dispositivo se integra funcionalmente en la Red Pública del Plan Regional sobre Drogas, y queda acreditado por la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.

Los servicios asistenciales se prestan de forma totalmente gratuita y a ellos pueden acceder drogodependientes de ambos sexos de la Comunidad Autónoma de Castilla y León. Para ingresar es preciso la elaboración de un protocolo de derivación por parte de los equipos de salud mental de la zona de residencia del paciente, o de los equipos ambulatorios específicos integrados en el circuito terapéutico del Plan Regional sobre Drogas. Dicho protocolo se envía a la oficina del Comisionado Regional para la Droga, que a su vez se encarga de derivar a los usuarios a los distintos dispositivos con los que tiene convenios de vinculación.

Son pues más de 22 años los que lleva el centro atendiendo a personas con problemas de drogadicción y haciendo un trabajo de continua adaptación a las necesidades de estos pacientes y de aplicación de las terapias más eficaces en el proceso de rehabilitación de los jóvenes a los que va dirigido el programa.

6.1.2 Instalaciones del centro

El Centro se encuentra ubicado en el Complejo Asistencial San Juan de Dios, situado en la carretera del Monte el Viejo, a dos kilómetros de la ciudad de Palencia. Es un entorno adecuado para la rehabilitación de los drogodependientes, ya que las

instalaciones no están dentro de un casco urbano y sí en un entorno natural. Estas variables físico-espaciales también contribuyen a la adaptación y hacen de elemento facilitador de la reinserción de los usuarios.

El complejo está formado por un edificio de tres plantas y una amplia zona ajardinada, en la que se ubican las instalaciones deportivas y el huerto.

El acceso desde la calle nos lleva a la planta natural: un amplio recibidor y unas salas de espera dan la bienvenida al centro. Un distribuidor comunica con las diferentes zonas de esta planta; por un lado la zona de despachos, en la que se encuentran los despachos de diferentes profesionales del equipo (coordinador, médicos, psicólogo, trabajador social, monitores-educadores y sala de reuniones). En otra ala está el comedor y la zona de office, y en una tercera se encuentra la lavandería y las aulas talleres (el taller de cuero y puzzles, el taller de barro, el taller de manualidades y pintura y el taller de mantenimiento). Un amplio almacén en el que se guardan materiales varios y una zona habilitada para fumar completan esta planta,

En la primera planta destaca en una zona central el botiquín, lugar de trabajo del equipo de enfermería, y desde allí dos pasillos comunican con la zona de las habitaciones. Los dormitorios son individuales o dobles, y todos tienen baño completo. En uno de los pasillos hay una zona en la que se encuentran las habitaciones de las chicas.

En la planta baja destaca una amplia sala que se utiliza como sala para hacer las asambleas y como lugar de relax para ver la televisión, jugar a juegos de salón, escribir, etc. Este lugar es la sala de estar de la Comunidad. Anexo a la sala se encuentra la Biblioteca, y otras pequeñas dependencias que se utilizan para fines varios. Un pequeño teatro con 100 butacas completa esta zona. El teatro se utiliza para sencillas representaciones o festivales que se organizan con motivo de los días festivos (Navidad, fiesta del centro...)

La zona deportiva la integran un gimnasio, y dos frontones, una pista de fútbol, una de baloncesto, un campo de fútbol y la piscina de verano.

Todos ellos rodeados de jardines que hacen que los tiempos libres existentes a lo largo del día puedan transcurrir en un entorno muy agradable.

La zona ajardinada se prolonga con el espacio que ocupan el huerto y los invernaderos de flores, lugares en los que se desarrolla una de las actividades de laborterapia que más gusta a los usuarios.

6.1.3 Plazas del centro

El número de plazas que el centro tiene concertadas con la Junta de Castilla y León ha ido evolucionando a lo largo de sus más de veintidós años de existencia.

Cuando el centro abrió sus puertas en el año 1991 el número de residentes que podían estar atendidos en el centro era de treinta.

Con el paso de los años, y viendo que se incrementaba la demanda de plazas para realizar un programa, la administración regional aumentó el número de plazas de forma progresiva, llegando incluso hasta cuarenta y cinco el número de residentes con los que contó el centro.

La crisis económica actual, en la que los servicios sociales han sido los primeros sacrificados a la hora de recortar gastos por las administraciones, también se ha dejado sentir en nuestro centro. Actualmente son cuarenta y una las plazas a disposición de los jóvenes de Castilla y León que tienen problemas por el abuso de drogas.

6.2 EL EQUIPO TERAPÉUTICO

El planteamiento de trabajo en equipo de la Comunidad Terapéutica se realiza desde una posición multidisciplinar, que deriva en un reparto funcional de responsabilidades dentro de una actuación conjunta.

Es importante señalar que desde el momento del ingreso del paciente, hasta que se produce el alta, se actúa de forma conjunta e interrelacionada. Muestra de ello son las reuniones que se mantienen todos los días de lunes a viernes y a primera hora de la mañana para abordar las dificultades que van surgiendo en la marcha de la Comunidad, y se hace una planificación del día. El equipo también tiene reuniones semanales en las que se trabaja sobre los PIT (Programa Individualizado de Tratamiento) de los pacientes; y por último trimestralmente se hacen reuniones para hacer una planificación más global de cada uno de esos períodos de tiempo.

Los profesionales que integramos el equipo somos los siguientes:

- Coordinador
- Psiquiatra

- Médico
- Psicólogo
- Trabajador Social
- Equipo de Enfermería (un DUE y cuatro auxiliares de enfermería)
- Equipo de Monitores/Educadores (seis profesionales)

Indicar que muchas veces en las Comunidades Terapéuticas la división de funciones entre los diferentes profesionales no muy nítida y muchas funciones y competencias son compartidas.

Haciendo un somero análisis de la evolución del número de profesionales que trabajamos en la Comunidad Pampuri, decir que la evolución del número de trabajadores ha sido paralela a la del número de plazas concertadas con la administración. En un primer momento, cuando las plazas eran treinta el número de monitores-educadores era de tres. Posteriormente cuando éstas se fueron ampliando hasta cuarenta y cinco, se amplió a seis. Actualmente, con cuarenta y una plazas concertadas el número de educadores no ha sufrido variación. El resto de los profesionales, a lo largo de todos estos años de funcionamiento, tampoco ha experimentado variaciones, excepto el de los DUES, que han pasado de dos a uno.

6.3 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA

6.3.1 Características de personalidad

En el tratamiento rehabilitador con pacientes toxicómanos es de vital importancia conocer las características de personalidad propias de estos pacientes. Algunas de estas características, en gran parte, fueron predisponentes de la conducta problemática (consumo de drogas) y posteriormente se han convertido también en mantenedoras de la misma.

Otras son un repertorio de conductas aprendidas en la infancia y adolescencia que han sido durante muchos años el patrón habitual de funcionamiento y que, por tanto, se encuentran impregnadas en la persona de forma bastante estable y permanente.

El listado que cito a continuación ha sido elaborado fruto de las conclusiones a las que han llegado muchos autores, estudiosos del fenómeno de la drogodependencia, así como de mi experiencia después de varios años de trabajo con este colectivo:

- impulsividad
- inestabilidad emocional
- dependencia afectiva
- escasas habilidades de afrontamiento de los problemas
- atribución del problema a razones externas a ellos mismos
- incapacidad para asumir responsabilidades
- escasa capacidad de autocontrol
- dificultades para establecer y mantener relaciones personales
- tendencia a la ansiedad y la depresión
- comportamientos infantiles y egocéntricos
- búsqueda constante del placer y la gratificación
- deseo inagotable de aprobación
- baja tolerancia a la frustración
- personalidad límite

Considero importante hacer un breve comentario de alguna de las más preponderantes:

1.- Personalidad límite: este tipo de personalidad se define por una generalizada inestabilidad respecto a la propia imagen, de las relaciones interpersonales y del estado de ánimo que hace que la persona encuentre muchas dificultades para gobernar su vida y sus conductas. No toleran la soledad, son hipersensibles al rechazo de los demás, les gustan las conductas de riesgo y carecen de recursos personales para afrontar situaciones con las que se van encontrando. Esta necesidad de involucrarse en conductas de riesgo les lleva al consumo de tóxicos, comisión de delitos, tráfico de estupefacientes u otros. Además presentan respuestas de ira intensa si no consiguen lo que buscan, o conductas agresivas por descontrol que acaban con arrepentimientos y súplicas de ayuda.

2.- Personalidad antisocial: las personalidades antisociales se expresan desde la infancia a través de conflictos con las normas que se les imponen. Mienten, roban, se saltan las normas y no aceptan los castigos. Destacan por su frialdad y falta de miedo. Son personas extrovertidas, de alta impulsividad que se rigen por los refuerzos inmediatos, lo cual hace que pierdan el interés rápidamente por casi todo cuando no obtienen pronto lo que buscan. Tienden a ser seducidos por la novedad, lo cual les conduce junto a su necesidad de inmediatez a involucrarse en actividades sin reparar en las consecuencias.

3.- Baja autoestima: si se analiza la relación entre la baja autoestima y el consumo, se observa en gran parte de los drogodependientes que hay una autovaloración muy deteriorada, basada en una autoimagen marcada por los fracasos vitales y experiencias fallidas. Además hay factores sociales como el desempleo o el desarraigo familiar que ejercen una mayor influencia en personas con autoestima baja. Y es que cuando una persona no se acepta a sí misma, no se adapta a los cambios o presenta una mayor intolerancia a la frustración, tiene mayores posibilidades de consumir drogas de forma habitual.

4.- Dependiente: son personas con miedo a la soledad, hipersensibles y se consideran incapaces de vivir por su cuenta. Como estrategia para defender esos temores se aferran de un modo dependiente y sumiso a otras personas, buscando consejo, protección, e incluso subordinación y obediencia. La autoestima es casi nula, y debido a que sus fuentes de gratificación son muy escasas y tienen abundantes sentimientos de insuficiencia son candidatos a presentar depresiones, consumos... Estas personas pueden ser capaces de cualquier cosa con tal de no perder la estima y aprobación ajenas.

5.- Personalidad evitativa: estas personas temen la evaluación negativa de los demás, no toleran las críticas, y necesitan de la aprobación incondicional de los demás. Su temor al contacto social impide la adquisición gradual de habilidades de afrontamiento, es decir, no saben qué hacer, qué decir, cómo hablar, a dónde mirar... de modo que recurren a estrategias de evitación para librarse de esa presión y del trance de sentirse evaluado por los demás, a las que se les atribuye hostilidad. Tienden a vivir aislados desde muy jóvenes y aprovechan cualquier excusa para evitar el contacto con los demás. La constatación de su incapacidad para afrontar situaciones que no son traumáticas para otras personas, hace que tengan una baja autoestima y aparezcan

frecuentes episodios depresivos o estados de ansiedad derivados de sus fallidos intentos de afrontamiento.

6.3.2. Usuarios y enfoque de género

Un dato constatable en la comunidad Pampuri a lo largo de todos los años que lleva funcionando es que el número de usuarios de sexo femenino es sensiblemente inferior a los de sexo masculino. En general, ha existido escasa sensibilidad para aplicar un enfoque de género a los programas de drogodependencias, en consecuencia no se planteaba un abordaje específico en la intervención con mujeres. Los programas siempre se han orientado hacia los varones por una serie de circunstancias:

Las investigaciones sobre adicciones se ha centrado en las sustancias y posteriormente se han tenido en cuenta las características de las personas consumidoras (reza, edad, sexo...)

Las personas planificadoras y gestoras de servicios desconocen las necesidades de las mujeres.

En general, los consumos de drogas en las mujeres han generado menos alarma social que cuando son varones, ya que las conductas violentas se asocian en mayor medida a los hombres y porque los consumos se han circunscrito al ámbito privado. Sin embargo, a nivel internacional la literatura especializada parece coincidir en que las mujeres tienen más dificultades para acceder y continuar en los programas de tratamiento que los varones, por factores relacionados con los propios programas y por las circunstancias sociales, personales y culturales de las usuarias.

Hoy es una oportunidad, a la vez que un imperativo legal, que en los diseños de los programas de rehabilitación de las comunidades terapéuticas, se aplique la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres que estipula que las políticas, estrategias y programas de salud integrarán las distintas necesidades de mujeres y hombres y las medidas necesarias para su adecuado abordaje.

Algunas características de las mujeres drogodependientes, según Castaños, M., Meneses, C., Palop, M., Rodríguez, M. y Turbet.,S.⁶ son las siguientes:

⁶ CASTAÑOS, M., MENESES, C., PALOP, M., RODRÍGUEZ, M. Y TURBET.,S (2007): Intervención en drogodependencias con enfoque de género. Edita Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid, págs. 17-26.

Las diferencias entre mujeres y hombres presentes en la sociedad se reflejan en los consumos de drogas.

El nivel educativo y la capacitación profesional de las mujeres con drogodependencias es menor que en los varones

En muchos casos, las mujeres tienen poca experiencia laboral, están desempleadas u ocupan puestos de trabajo de ingresos muy bajos, dependiendo económicamente de sus parejas.

Escaso poder de negociación con sus parejas ante comportamientos de riesgo: relaciones sexuales, utilización compartida de material de consumo e inyección..

Muchas viven solas, han salido pronto del hogar familiar, tienen menos apoyo de su familia y el aislamiento las hace más vulnerables a la violencia de sus parejas.

Pueden haber vivido abusos físicos y sexuales en la infancia, pero también haber sido maltratadas física y psicológicamente durante el período de consumo.

Algunas son amas de casa y crían a los hijos sin ningún tipo de apoyo.

La valoración social de las mujeres con problemas de consumo de drogas comparada con los varones es más negativa, generando un mayor estigma social hacia ellas.

Sienten, en mayor medida, vergüenza, culpa y baja autoestima que los hombres.

Mayor severidad en cuanto a las repercusiones del consumo, dado que las situaciones sociales de partida son más precarias y desiguales.

Mayor prevalencia de trastornos psicológicos o psiquiátricos: ansiedad, depresión, estrés postraumático, intentos de suicidio y trastornos de la alimentación.

Recurren en mayor medida al ejercicio de la prostitución como modo de supervivencia y mantenimiento del consumo.

Se aprecia un período de tiempo menor entre el inicio del consumo de drogas y la dependencia a sustancias.

Tienen escasos apoyos para ponerse en tratamiento, incluso pueden contar con la oposición de sus parejas, además de las familias. Para las mujeres drogodependientes los vínculos y relaciones personales son muy importantes y pueden anteponer las necesidades de los demás a las suyas.

Muchas de las características vistas son las que determinan que menos mujeres se decidan a utilizar los recursos al alcance de las personas con problemas derivados del

abuso de tóxicos. Castaños M. “et al.”⁷, sintetiza las causas que frenan que muchas mujeres ingresen en las comunidades terapéuticas en los factores psicosociales de género (el consumo privado y el ocultamiento dificulta la detección y la derivación a estos recursos); en el miedo a la estigmatización, al menor apoyo familiar, a la oposición de sus parejas al tratamiento, en el caso de ser madres a los sentimientos de culpa, al temor a perder la custodia de los hijos.

El abordaje terapéutico con mujeres, en la Comunidad Terapéutica Pampuri y en el resto de dispositivos de atención a este colectivo requiere estilos de atención y de terapias que sean acordes con las condiciones y necesidades de las mujeres, que se mayor importancia al vínculo terapéutico y a establecer una relación empática, aceptante y de escucha activa con la paciente. Que se potencien los grupos de mujeres para facilitar la identificación con iguales, sobre todo en la fase inicial del programa, ya que en los grupos mixtos los hombres suelen marcar la dinámica de la intervención, dificultando tratar temas como la sexualidad, la maternidad o los malos tratos que son importantes para las mujeres.

También es importante trabajar las cuestiones relacionadas con la detección y evaluación del maltrato y sus implicaciones en el proceso de tratamiento. Tampoco hay que descuidar la dinámica familiar, pues las mujeres, como ya he apuntado anteriormente, tienen menos apoyo familiar para realizar un tratamiento. Y por último también hay que atender las necesidades referidas al área social, como la capacitación laboral, a fin de favorecer su independencia económica.

6.4 DESARROLLO DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

6.4.1 Marco teórico

Todo el programa de intervención y tratamiento que se desarrolla en nuestro centro se basa en tres marcos teóricos:

⁷ Óp. Cit. en pág. 18, págs. 25-26.

A.- La entrevista y la terapia emocional de Miller y Rollnick (1991)

Se trata de evitar la confrontación con el paciente, especialmente en aquellos casos en los que existe ambivalencia a la hora de plantearse el cambio de conducta (dejar el consumo de drogas) y en facilitar que ponga de manifiesto los motivos de preocupación por su conducta.

Diseñada por Miller y Rollnick en 1991⁸, se trata de que frente a intervenciones más directivas, aquí se trabaja junto con el paciente en la identificación de los problemas, se estimula la motivación en la búsqueda de soluciones, se acepta que exista ambivalencia y que el paciente tenga puntos de vista diferentes.

El paciente avanza a través de los distintos estadios de cambio acompañado por los profesionales que trabajamos en la comunidad.

La experiencia y la praxis indican que las intervenciones motivacionales son útiles para incrementar la motivación dirigida a producir cambios pero esta motivación disminuye con el paso del tiempo (Becoña y Cortés, 2011)⁹. Estas intervenciones no son suficientes por sí mismas para abandonar el consumo de drogas, pero sí son útiles para incrementar la participación, la adherencia y retención del tratamiento

B.- Terapias cognitivo-conductuales.

La terapia cognitiva intenta reducir las reacciones emocionales excesivas mediante la modificación del pensamiento erróneo y las creencias disadaptativas que subyacen a estas reacciones (Beck A., Wright F., Newman, C. y Liese, B.)¹⁰. De lo que se trata es de utilizar técnicas dirigidas a la identificación y modificación de los pensamientos responsables del consumo de drogas.

Esta terapia intenta ayudar a los pacientes a reconocer las situaciones en las que con mayor probabilidad consumían, evitar estas situaciones, y afrontar una serie de problemas y conductas problemáticas asociadas con el consumo de sustancias.

⁸ Miller, W. I., Rollnick, S. (2003): La entrevista motivacional. Editorial: Paidós Ibérica. Barcelona

⁹ BECOÑA E., CORTÉS, M. (2011): Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Editorial Socidrogalcohol. Valencia, págs. 155-156.

¹⁰ BECK, A., WRIGHT F., NEWMAN, C. Y LIESE, B (1999): Terapia cognitiva de las drogodependencias. Editorial Paidós. Barcelona, pág. 20.

Los principios básicos de esta terapia son:

- la conducta de consumo es aprendida
- el análisis funcional
- el entrenamiento en habilidades a modificar (resolución de problemas, manejo de estados emocionales, entrenamiento en habilidades sociales.)

Estas terapias, que aplicamos en la Comunidad Pampuri, son las que han tenido mayor apoyo empírico en el campo de las drogodependencias: han mostrado su efectividad tanto en formatos grupales como individuales. Algunas de las que se trabajan actualmente son las siguientes:

- entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento
- la prevención de recaídas
- los programas de reforzamiento comunitario
- el manejo de contingencias
- terapia conductual familiar y de pareja.

Todas ellas son el soporte teórico de los diferentes talleres educativos que desarrollamos los educadores en la comunidad.

C.- El modelo de entrenamiento de habilidades para pacientes con patología dual.

El número de pacientes duales (personas con problemas de abuso de drogas y esquizofrenia, u otros trastornos mentales graves), va en aumento en la Comunidad Pampuri. Para el abordaje terapéutico de dichos pacientes se está trabajando con el modelo de entrenamiento de habilidades. Dicho modelo se ha aplicado con éxito en el tratamiento en diversos tipos de trastorno de salud mental; y también ha resultado efectivo en el tratamiento de conductas adictivas.

En lugar de tratar la esquizofrenia y el abuso de sustancias como dos entidades patológicas distintas, el modelos de entrenamiento de habilidades muestra como los dos

trastornos a menudo interactúan y pueden tratarse como conductas interrelacionadas (Roberts, Shaner, Eckman,)¹¹

6.4.2 Fases del programa.

El objetivo general del programa es conseguir, mediante un proceso de acompañamiento terapéutico secuencial y una oferta de estilo de vida en ausencia de drogas, la rehabilitación psicofísica y la adquisición de una serie de estrategias de autocontrol junto con unos valores que posibiliten la reinserción social del drogodependiente.

El desarrollo de este objetivo tiene lugar en tres fases perfectamente definidas y consecutivas en el tiempo:

- A.- Fase de acogida
- B.- Fase de deshabitación y rehabilitación
- C.- Fase de prerreinserción.

A.- FASE DE ACOGIDA.

Tiene lugar durante el primer mes tras la llegada del paciente a la Comunidad Terapéutica, y tiene como objetivo principal acogerle, informarle e integrarle en la dinámica del centro. Comprende el primer mes de estancia en el centro. Este objetivo se desglosa en los siguientes específicos:

a.1. Acoger e informar sobre los diversos aspectos del programa terapéutico y adquirir por parte del paciente un compromiso de sinceridad y cambio. Firma del contrato terapéutico.

a.2. Recopilar un buen conjunto de datos bio-psico-sociales del paciente. Se estudia el Protocolo de Derivación de la Junta de Castilla y León, se realiza la entrevista personal y el cuestionario social, médico y psicológico.

¹¹ Roberts, L., Shaner, A., Eckman, T. (2011): Cómo superar las adicciones. Entrenamiento de habilidades para pacientes con esquizofrenia. Patología dual. Editorial Seny Fundación Privada. Barcelona. (Versión en Español)

a.3. Integrar al paciente en la dinámica diaria de la Comunidad Terapéutica, mediante la explicación de la normativa del centro, la presentación de los diversos miembros de la Comunidad Terapéutica y el conocimiento del hábitat.

a.4. Emitir un breve informe inicial de situación, planteamiento y motivaciones del usuario que se utilizará en las siguientes fases del programa.

a.5. Actualizar la documentación personal.

B.- FASE DE DESHABITUACIÓN Y REHABILITACIÓN

El objetivo de esta fase es conseguir que el usuario se encuentre a sí mismo y se enfrente a su realidad, reconocimiento de errores y decisión libre de optar por una nueva forma de vida sustentada en otros valores y otras actitudes. En esta fase se busca la reestructuración del sujeto. Se inicia en el segundo mes de estancia y su duración depende de la evolución del paciente, pero nunca menos de seis o siete meses. Este objetivo se desglosa en los siguientes específicos:

b.1. Obtener unos niveles óptimos de salud, dentro de sus propias limitaciones, y detectar posibles problemas orgánicos derivados del consumo de drogas.

b.2. Conseguir un nivel óptimo de abstinencia y de no dependencia de cualquier sustancia o realidad, mediante la corrección de reacciones y actitudes frente a la ansiedad propia de la dependencia, y formular propuestas concretas de respuestas adecuadas.

b.3. Suprimir hábitos y conductas relacionadas con el consumo de drogas como son la manipulación, el engaño, el egoísmo, la marginalidad en todos sus aspectos y la irresponsabilidad. Para conseguir este objetivo se utilizan las actividades laborales, la asignación de responsabilidades, las terapias y dinámicas grupales, el estricto cumplimiento de la normativa a nivel relacional y convivencial...

b.4. Alcanzar el nivel de motivación y autoestima óptimos para conseguir los objetivos b.1 y b.2.. Las herramientas con las que cuenta el equipo para este fin son los diálogos con los pacientes, las dinámicas de grupo en las que se evalúa a los pacientes, las terapias individuales....

b.5. Adquisición de nuevos hábitos y conductas como la sinceridad, la responsabilidad, la voluntad y la constancia, mediante la corrección instantánea de actitudes y reacciones inadecuadas u las terapias individuales y grupales.

b.6. Adquirir las capacidades necesarias para afrontar la resolución de problemas.

b.7. Estudio y reconocimiento de las mejores aptitudes de cada paciente, potenciándolas para su óptima aplicación. Es el psicólogo el profesional que se ocupa de ello.

b.8. Obtención de niveles adecuados de autocontrol ante estímulos estresantes o situaciones generadoras de ansiedad.

b.9. Entrenamiento para identificar y evitar situaciones de riesgo que se puedan producir tanto en el desarrollo diario de la dinámica diaria de la comunidad, como en las salidas terapéuticas.

b.10. Planificar el desarrollo de soluciones a posibles problemas familiares, laborales y legales del sujeto.

b.11. Enseñar a hacer uso correcto de su ocio y tiempo libre. Para ello se enseña a los pacientes a organizar y preparar programas de actividades de tiempo libre de una forma corresponsabilizadora, se les facilitan pautas para contrastar diversas formas de utilizar el tiempo libre; se les dan herramientas culturales y se les ayuda a descubrir nuevas o abandonadas formas de uso del tiempo libre.

b.12. Informar y poner en contacto con los servicios sociales comunitarios existentes.

C.- FASE DE PRERREINserCIÓN

El objetivo de esta fase es afianzar sobre todo lo adquirido y puesto en práctica durante el programa, de cara al contacto y reintegración dentro del ámbito social de origen. Comprende los dos últimos meses del programa. Este objetivo se lleva a cabo a partir de los siguientes objetivos específicos:

c.1. Continuar el seguimiento de problemas orgánicos y psíquicos derivados del consumo de drogas, haciendo especial hincapié en los aspectos de autocuidado.

c.2. Consolidar los hábitos adquiridos en fases anteriores. Para ello se programan salidas terapéuticas más amplias y se realiza una evaluación más pormenorizada de las mismas.

c.3. Constatar claramente y con todo detalle actitudes y reacciones tenidas ante determinadas situaciones de riesgo. Son objeto de análisis esas situaciones por parte del equipo y se facilitan técnicas para la localización y manejo de situaciones.

c.4. Verificar la capacidad alcanzada para planificar los pacientes su propia vida diaria y posibles proyectos de futuro. Se realizan reuniones para contrastar y discernir capacidades y habilidades y realizan por escrito sus proyectos de futuro.

c.5. Dotar al usuario de las habilidades necesarias para la búsqueda o mantenimiento de empleo.

c.6. Contactar personalmente con los dispositivos existentes en la red para su posterior seguimiento.

6.4.3 Las salidas terapéuticas

El programa terapéutico se refuerza con el programa individual de salidas del centro de cada paciente. Las salidas servirán al usuario de entrenamiento de forma que pueda mejorar la comunicación, sea posible afrontar problemas y se puedan producir las adaptaciones precisas a los cambios de conducta observables en el usuario (GRACIA, J., JOSA, C. Y MONTESA B.)¹²

En la fase de acogida del programa no se produce ninguna salida del centro.

El programa de salidas se inicia en la fase de deshabitación y rehabilitación. Al principio de este período la familia realiza una visita al usuario. Tras entrevistarse con el psicólogo, familia y paciente pasan el día en Palencia.

El resto de las salidas, ya en sus domicilios, se van sucediendo mensualmente. La duración de las mismas se va ampliando, siempre que la evolución en el programa y el cumplimiento de los objetivos marcados para las salidas anteriores se vayan cumpliendo.

En la fase de prerreinserción las salidas son de duración prolongada, y se van combinando con períodos de tiempo iguales de estancia en la comunidad (por ejemplo salidas de 10 o 15 días seguidas por un período de estancia en la comunidad de otros 10 o 15 días, y así hasta el momento del alta terapéutica).

Una característica común de las salidas es que previamente a que se produzcan el usuario firma la normativa que se compromete a cumplir. Al regreso de las mismas los pacientes se tienen que someter a controles de alcohol y de orina para la realización de las analíticas pertinentes.

¹² GRACIA, J., JOSA, C. Y MONTESA, B. “Comunidad terapéutica y familia” (capítulo 8) en COMAS ARNAU, D. La metodología de la comunidad terapéutica. (2011). Fundación Atenea. Madrid.

En determinadas situaciones el programa de salidas es difícil de llevar a cabo si los pacientes no cuentan con apoyo familiar.

7.- EL EDUCADOR SOCIAL EN LA COMUNIDAD TERAPEÚTICA

Los profesionales más directamente asociados al trabajo educativo en las comunidades terapéuticas son los educadores, y de forma más concreta, los educadores sociales. Uno de los campos de competencia de la educación no formal, y por ende, de los educadores sociales, es la educación especializada, centrada en la labor con colectivos en situación de riesgo social o en los que ya se estaban produciendo diversas problemáticas. En este campo se incluiría la acción socioeducativa con drogodependientes, siendo el gran objetivo la socialización de los usuarios de la comunidad terapéutica.¹³

7.1 DROGODEPENDENCIAS Y EDUCACIÓN

El drogodependiente que accede a un programa tiene una serie de necesidades:

- necesidad de cambiar
- tiempo para cambiar: los cambios de gran calado llevan tiempo
- cambio positivo: el cambio no puede llevar a una situación peor que la inicial
- actuar para el cambio: las cosas no cambian solas
- cambio para sí mismo: hay pacientes que identifican bien lo que otros compañeros necesitan, pero no sus propias necesidades.
- cambio en sus relaciones personales
- aprender para cambiar: el cambio requiere de aprendizajes y no se produce si no hay esfuerzo por parte del sujeto.

¹³ OLIVAR, A. “La educación social en la comunidad terapéutica” (capítulo 9) en COMAS ARNAU, D.: La metodología de la comunidad terapéutica. (2011). Fundación Atenea. Madrid.

Estas necesidades tienen paralelismos con muchos elementos y visiones del concepto de educación:

NECESIDADES DEL DROGODEPENDIENTE

Tiempo para cambiar

Cambio positivo

Actuar para el cambio

Cambio para sí mismo

Cambio en sus relaciones sociales

Aprender para cambiar

EDUCACIÓN

Es un proceso

Carácter perfectivo

Carácter intencional

Autorrealización del sujeto

Ayuda a socializar

Transmisión de saberes

7.2 OBJETIVOS GENERALES DEL TRABAJO EDUCATIVO

La labor de los educadores en nuestra comunidad gira en torno a tres ejes:

- 1.- Autonomía: frente a la dependencia hacia las sustancias o las personas.
- 2.- Cooperación: frente al aislacionismo o actitudes competitivas propias del estilo de vida del drogodependiente.
- 3.- Fomentar el sentido de pertenencia: frente a la exclusión obligada (cárcel) o voluntaria respecto a la sociedad.

Estos ejes del trabajo educativo se configuran siguiendo este esquema:

VALORES
ACTITUDES
COMPORTAMIENTOS
HÁBITOS

Los valores incluyen una serie de actitudes que influyen de forma clara en los comportamientos. Estos comportamientos, se generalizan y pasan a ser hábitos. Pero esta secuencia puede darse también en la dirección contraria: un cambio en el

comportamiento puede acabar llevando a un cambio de actitud, y a su vez, a un cambio de valores.

En nuestra comunidad tratamos de educar en valores que están referenciados a los tres ejes básicos de actuación: autonomía (asociada al grupo), cooperatividad (asociada al grupo) y el sentido de pertenencia (asociado a la comunidad).

Con respecto a la autonomía se trabaja con los usuarios la responsabilidad, la iniciativa, el autocuidado, tener criterios propios, no ser influenciado. Estos objetivos están presentes en el trabajo individual con cada usuario.

La cooperatividad se trabaja fomentando la tolerancia, la colaboración, el respeto al otro y la empatía. Estos valores se trabajan de forma continuada y transversal.

El sentido de pertenencia se fomenta a través de la participación, el comportamiento normativo (cumplir y hacer cumplir las normas) o la inclusión (ser incluido e incluir a otros).

7.3 LO EDUCATIVO EN LAS COMUNIDADES TERAPEÚTICAS

Si los ejes en la Comunidad Terapéutica son los valores, éstos se apoyan en una serie de normas, que no son más que su concreción en reglas de comportamiento, y que informan de lo que se debe y no se debe hacer de acuerdo a esos valores. Siempre detrás de cada norma (prohibición u obligación) hay un objetivo de carácter general que se pretende. Por ejemplo, si la agresión verbal a otro paciente está penalizada, es porque uno de los objetivos que se persigue es fomentar el aprendizaje para la resolución de conflictos mediante el diálogo y la comunicación asertiva.

En la Comunidad hay que marcar límites claros, concretos y las normas se deben aplicar con criterios estables que faciliten un aprendizaje más efectivo y sean capaces de generar hábitos concretos.

Hay dos grupos de normas:

1.- Los límites, que establecen lo que no se puede hacer y su finalidad es respetar los derechos del otro (por ejemplo no violencia física, no fumar en espacios no habilitados, no cumplir con el horario marcado).

2.- Los deberes, que establecen lo que se debe hacer, con el fin de instaurar un estilo de vida organizado y saludable (por ejemplo ducharse a diario, participar en las

actividades de ocio, en los talleres terapéuticos, en las asambleas, tomarse la medicación prescrita por el médico).

No respetar las reglas tiene consecuencias (sanciones, faltas, avisos de expulsión o la expulsión directa si la transgresión ha sido grave, por ejemplo utilizar la violencia física contra un compañero o un miembro de equipo). Es importante resaltar que un paciente sólo asumirá las normas si las conoce previamente. Por eso, en el momento del ingreso, el usuario lee y firma la normativa del centro. Firmar la normativa significa aceptarla.

La transgresión de los límites supone ampliar el margen de movimientos, pero también supone reducir el del otro. Si un paciente fuma en la habitación amplía su margen de movimiento, pero reduce el derecho de su compañero de habitación a dormir en un espacio si humos y en un ambiente sano.

7.4 DESARROLLO DEL TRABAJO DEL EDUCADOR

A.- Ámbito individual

La relación entre el educador y el paciente está mediatizada por la perspectiva antropológica que el educador mantenga. Una visión pesimista del residente le asigna características como ser manipulador, mentiroso, destinado al fracaso, con un estilo de vida autodestructivo. Esto sitúa al educador en una perspectiva autoritaria, de desconfianza y creyendo que el usuario tiene expectativas de cambio bajas. Por el contrario, una visión optimista conceptualiza al sujeto como víctima de la sociedad, que no ha tenido oportunidades, pero que tiene buen fondo y debe ser ayudado incondicionalmente; el educador puede adoptar una posición ingenua, permisiva y asistencialista. Ni ésta ni la anterior son convenientes para la intervención con los drogodependientes. En Pampuri nos basamos en un modelo realista, que entiende al usuario como una persona con déficits y carencias, pero también con potenciales y capacidades ya adquiridas.

El trabajo de índole individual se nutre de las observaciones llevadas a cabo diariamente en los espacios grupales y cotidianos. Las habilidades que se tienen que dar en la relación de ayuda entre el educador social y el usuario tienen que ser la escucha activa, escuchar los sentimientos del otro, hacer preguntas, ser positivo y recompensante,

dar información útil, ayudar a pensar y elegir el momento y lugar adecuado. Este trabajo se basa en el concepto de proceso, entendido como una sucesión de fases:

- 1.- acogida
- 2.- establecer y consolidar el vínculo entre educador y usuario
- 3.- control y apoyo (heteronomía)
- 4.- autorrefuerzo y autocontrol (autonomía)
- 5.- pre-alta (despegue y separación)

Los fines de este proceso son en primer lugar conseguir que el sujeto alcance mayor nivel de autonomía, como concepto opuesto a la dependencia que motiva su ingreso en la comunidad; y en segundo lugar su socialización, entendida como la dotación de los recursos que le permitan incorporarse al entorno comunitario en situación de igualdad con otras personas de sus mismas características, como sujeto activo de su proceso, escogiendo su espacio en la sociedad.

Las habilidades que se tienen que dar en la relación de ayuda entre el educador social y el usuario tienen que ser: la escucha activa, estar atento a los sentimientos del paciente, hacer preguntas, ser positivo y recompensante, dar información útil, ayudar a pensar y elegir el momento y lugar adecuado así como preparar la situación.

B.- *Ámbito grupal*

La labor educativa en este ámbito incluye las actividades programadas y desarrolladas por los educadores sociales en espacios de aprendizaje donde los sujetos compensan ciertos déficits de manera compartida, con el objeto de facilitar un retorno más adecuado a su medio de referencia.

La metodología de estas actividades grupales debe ser participativa, práctica, activa y cooperativa. Conviene pasar del aprendizaje vicario (observación) al experimental (prueba), y luego al experiencial (vivencia). Lo que se aprende en los grupos se pone en práctica en la vida diaria de la comunidad y luego también en las salidas terapéuticas.

En estos grupos tratamos de fomentar el aprendizaje significativo, es decir, partir de la propias experiencias del paciente y favorecer que los nuevos aprendizajes se produzcan de forma motivadora y gratificante.

La propuesta concreta de los contenidos dentro del trabajo educativo en grupos en la Comunidad San Ricardo Pampuri es la siguiente:

- educación para el ocio y el tiempo libre
- educación prelaboral
- educación para la salud
- educación cívica
- los talleres terapéuticos

C.- *Ámbito Comunitario*

Comas dice que en las comunidades terapéuticas “lo educativo es la vida cotidiana”. Esta labor de educar continuamente es la que mejor define nuestro rol.

La comunidad, al ser un espacio residencial, facilita la posibilidad de actuación en los cotidiano en todos los momentos de una jornada cualquiera.

El espacio en el que se revisa lo cotidiano es la asamblea: es la reunión de los educadores y todos los miembros de la comunidad, en la que éstos comentan y analizan lo ocurrido los días previos a la celebración de dicha asamblea. Los educadores sociales tratamos de poner en contacto las experiencias y situaciones que se tratan en las asambleas con los valores comunes que inspiran toda la tarea que se realiza en la comunidad.

La asamblea sirve para desarrollar el sentido de pertenencia, desarrollar el sentimiento del nosotros; la identificación con el grupo precipita hacia el objetivo de la estancia en el centro: la inserción/reinserción en la sociedad.

8.- LOS TALLERES TERAPEÚTICOS

Dentro de las competencias de los educadores sociales encuadradas en el ámbito grupal de intervención, ocupan un lugar muy destacado los talleres terapéuticos. Los usuarios del centro participan en ellos durante toda la fase de deshabitación y rehabilitación. Estos talleres se desarrollan en grupos aproximados de cinco usuarios y

la periodicidad de cada uno de ellos es semanal en sesiones de una hora y media. El material de estos talleres ha sido elaborado por los profesionales del centro.

Un paciente que culmine su programa habrá trabajado en los siguientes talleres:

- motivación
- estimulación cognitiva
- autoestima
- entrenamiento en habilidades sociales
- prevención de recaídas

8.1 MOTIVACIÓN

Este taller se divide en cuatro módulos: motivación personal, motivación para el cambio, metas y objetivos y fuerza de voluntad.

Con el módulo de motivación personal se ayuda al paciente a tomar conciencia de su situación y grado de motivación frente al programa, se le conciencia de la conveniencia de pedir ayuda y se le facilitan algunas herramientas sencillas que pueden ayudarles a mantener y mejorar su motivación. Se informa teóricamente sobre la motivación en general y se les propone alguno modelos de automotivación.

El módulo de motivación para el cambio trabaja la superación personal, la voluntad de cambio y la toma de conciencia sobre aquellos hábitos y comportamientos poco adaptativos muy arraigados.

La parte del taller que versa sobre las metas y objetivos ayuda a los participantes a ver la necesidad de marcarse objetivos e ir trabajando en ellos hasta su consecución, siempre teniendo presente que si no hay un compromiso personal fuerte nunca se llegará a la meta. Aunque los contenidos se refieren a metas y objetivos que nos marcamos en cualquier ámbito, nos centramos en el programa y el problema de la droga.

El último de los módulos trata sobre la fuerza de voluntad. Se trabaja el concepto de fuerza de voluntad y se analiza la que tiene cada uno de los componentes del grupo en relación al seguimiento del programa y al deseo de dejar las drogas.

8.2 ESTIMULACIÓN COGNITIVA

Cada vez con mayor frecuencia observamos en muchos de los pacientes del centro algunos déficits cognitivos. Éstos pueden estar ocasionados por la falta de interés en actividades mentales, por un bajo nivel académico y de formación o por el propio consumo de drogas. Esta es la razón por la que se pone en marcha este taller que favorece la estimulación cognitiva, con un trasfondo lúdico que anime a la participación.

Las actividades que se proponen a los usuario son la realización de ejercicios de entrenamiento mental, dibujos y mandalas para colorear, puzzles y distintos juegos de mesa: Abalone, Apalabrados, Linja, Kamisado...

8.3 AUTOESTIMA

El objetivo general es que los pacientes profundicen en el concepto que tienen de sí mismos, los condicionantes que están influyendo en dicho concepto y contribuir a la mejora de su autoestima.

Los objetivos específicos en los que se concreta el anterior son descubrir la importancia de una autoestima positiva en el desarrollo personal, mejorar su valoración personal, reforzar sus cualidades y capacidades personales, y mejorar la confianza y seguridad en sí mismos.

8.4 ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

Las habilidades sociales son el conjunto de hábitos (en las conductas, pensamientos y emociones) que nos permiten comunicarnos con los demás de forma eficaz, mantener relaciones interpersonales satisfactorias, sentirnos bien y obtener lo que queremos sin perjudicar a los demás.

Una persona socialmente hábil busca su interés, pero también tienen en cuenta los intereses y sentimientos de los demás, y cuando entran en conflicto trata de encontrar, en lo posible, soluciones satisfactorias para ambos.

Las habilidades sociales son esenciales porque aunque las relaciones interpersonales son la principal fuente de bienestar, también pueden convertirse en

causa de estrés y malestar; la falta de habilidades sociales nos lleva a sentir con frecuencia emociones negativas (frustración, enfado, tristeza) y a sentirnos infravalorados por los demás, y las personas socialmente poco hábiles son más propensas a padecer alteraciones como la ansiedad o la depresión.

Es evidente que si todas las personas necesitamos mejorar en habilidades sociales, cuanto más los pacientes drogodependientes, que por lo general presentan grandes déficits en este ámbito.

Los temas que se trabajan en este taller son: asertividad, pensamientos y creencias, comunicación verbal y no verbal, hacer y rechazar peticiones, tolerancia a la frustración y los conflictos interpersonales.

8.4.1 Asertividad

En este módulo se trabaja para lograr que los usuarios tengan conductas asertivas, contraponiendo este tipo de conductas a otras mucho más frecuentes en los usuarios de las comunidades terapéuticas: las conductas inhibidas y las agresivas.

Se les explica que la inhibición se caracteriza por la sumisión, la pasividad y el retraimiento. Lleva a adaptarse excesivamente a las reglas, intereses o deseos de los demás, sin tener en cuenta los propios sentimientos, intereses o deseos. Por contra, la agresividad, como conducta opuesta a la inhibición, consiste en no respetar los derechos, sentimientos o intereses de los demás, sólo los propios. En su forma extrema conlleva ofensa, provocación o ataque al otro.

Como alternativa a los anteriores patrones de conducta, se proponen las respuestas asertivas como capacidad o actitud para expresar las propias opiniones, sentimientos, necesidades y emociones en forma adecuada y tranquila, sin complejos ni miedos, evitando ser manipulado y respetando al mismo tiempo a los demás.

8.4.2 Pensamientos y creencias

Los pensamientos tienen un papel determinante en nuestras emociones y conductas. Lo que pensamos de nosotros mismos, de los demás y de la realidad hará que sintamos y nos comportemos de una determinada manera. Esta es la razón por la que dos personas pueden sentir y actuar de forma diferente ante una misma situación.

Resulta, por tanto necesario ser conscientes de los pensamientos negativos (que influyen en que alguien sea poco asertivo y en general con pocas habilidades sociales) y trabajamos en la necesidad de cambiarlos por otros más adaptativos (que favorezcan las habilidades sociales)

8.4.3 Comunicación verbal y no verbal

Una comunidad terapéutica es un espacio para la comunicación. A lo largo de una jornada cualquiera son miles los mensajes que se cruzan entre todas las personas que formamos la comunidad (pacientes y profesionales). Cuidar este proceso comunicativo es de vital importancia.

En este taller se explica que la comunicación es un proceso que tiene lugar entre dos o más personas, en el que el emisor expresa algo a través de signos verbales o no verbales, con la intención de influir de algún modo en los pensamientos, las emociones o el comportamiento de quien recibe el mensaje (receptor). En la mayoría de las situaciones interpersonales, la comunicación es un proceso recíproco e interactivo, en el que los papeles de emisor y receptor se van intercambiando. La comunicación es fuente de satisfacción; pero también puede presentar problemas (muchos en las comunidades terapéuticas) cuando hay dificultades al emitir los mensajes o al interpretar los de los demás.

Después de explicado el proceso de comunicación, se trabajan algunos problemas que se dan en este proceso como por ejemplo no estar atentos a todas las señales que acompañan al mensaje del emisor, o tener prejuicios hacia esa persona....

La última parte del taller la dedicamos al lenguaje no verbal (miradas, gestos, cambios de postura corporal, expresiones faciales...), que tienen un papel muy importante en la comunicación. Un buen manejo del lenguaje no verbal facilitará la comunicación asertiva.

8.4.4 Hacer y rechazar peticiones

Este taller tiene dos partes: una teórica y otra práctica.

En la parte teórica se resalta que un aspecto muy importante de la autoestima y la asertividad es llegar a saber lo que realmente se quiere y, en función de eso, trazar unos

objetivos o metas y trabajar para conseguirlos. Esto implica no dejarse llevar por impulsos, hábitos o conductas contraproducentes que perjudican e impiden la autorrealización. En este sentido, el consumo de drogas es una conducta que impide lograr otros objetivos.

Además conseguir los objetivos marcados tiene mucho que ver con la eficacia para hacer peticiones a los demás y la fortaleza para rechazar peticiones de otros cuando éstas pueden empujar a realizar cosas no deseadas o que no convienen.

La parte práctica consiste en la realización de ejercicios sobre cómo hacer o rechazar peticiones. Al realizar las peticiones en estos ejercicios deben tener en cuenta que hay que exponer lo que se desea de forma clara y sin dar rodeos, tener en cuenta los derechos y sentimientos de los otros, respetar el derecho del otro a negarse, ser amables al pedir algo y agradecer siempre que el otro acceda a la petición.

8.4.5 Tolerancia a la frustración

Cuando una persona decide dejar de consumir drogas e inicia un proceso de rehabilitación, en muchas ocasiones las dificultades hacen que dicho proceso se vea truncado, generando en la persona una situación de frustración. Muchos de los usuarios del centro han sido usuarios de otros recursos que se ponen a disposición de las personas drogodependientes, y el resultado de todos esos esfuerzos no se ha visto recompensado con la ansiada meta de dejar de consumir drogas. Por eso es importante ayudarles a entender qué es la frustración y darles pautas para poder manejarla.

La frustración como vivencia negativa por no haber logrado una meta propuesta, lleva implícito un sentimiento de impotencia, al encontrarse ante una situación no esperada y contraria a lo que deseaba.

La reacción de nuestros usuarios a las situaciones de frustración, que también se dan a lo largo del programa, es una excesiva sensibilidad a todo aquello que les recuerde el motivo por el que fracasaron, sienten ansiedad ante las mismas circunstancias en las cuales no lograron sus deseos, y pierden confianza en sí mismos ante situaciones parecidas, huyendo de las mismas para no sufrir otra decepción.

Para aprender a manejar la frustración se enseña a tener en cuenta los propios límites y obstáculos que se pueden presentar. Con frecuencia, la causa de las frustraciones procede de metas y expectativas poco realistas (es el caso de personas

inmaduras que no conocen sus límites o los límites de los demás y que esperan más de lo que las circunstancias o la realidad les permite alcanzar). Por ello es necesario aceptar la causa que provocó la frustración y no permitir que las consecuencias de la misma nos sobrepasen.

8.4.6 Conflictos interpersonales

Se puede definir el conflicto interpersonal como una situación de desacuerdo entre dos o más personas, en la que cada una de las partes tiene intereses o posiciones contrapuestas. El problema está cuando no se maneja bien el conflicto, y entonces aparece la ansiedad, el enfado, el aislamiento, la agresión o la violencia.

Trabajamos la resolución de conflictos mediante ejercicios prácticos y situaciones simuladas, en las que el diálogo y la negociación son las herramientas a usar para llegar a situaciones de acuerdo y entendimiento.

8.5 PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Este taller de prevención de recaídas está basado en el manual “Cómo superar las adicciones”, que los terapeutas Lisa J. Roberts, Andrew Shaner y Thad A. Eckman¹⁴ han elaborado a partir de su experiencia y práctica clínica. Este modelo de tratamiento incorpora habilidades y conceptos clave en la prevención de recaídas, y es una guía de entrenamiento de los pacientes para que sean capaces de identificar los signos desencadenantes de una recaída y afrontar con eficacia situaciones de alto riesgo. Además, intenta ser de ayuda para que recuperen un necesario equilibrio personal, promoviendo el uso de conductas alternativas de refuerzo que sustituyan a las conductas adictivas. Destacar que este modelo de tratamiento que utilizamos en la Comunidad Pampuri está también destinado para los pacientes con patología dual (problemas de abuso de sustancias y esquizofrenia u otras patologías mentales graves).

El taller consta de tres módulos: entrenamiento básico, entrenamiento en habilidades y sesiones prácticas.

¹⁴ Op. Cit. en página 23, págs. 66-146.

El entrenamiento básico (Lisa J. Roberts, Andrew Shaner y Thad A. Eckman)¹⁵, tiene como objetivo ayudar a que los pacientes sigan las cuatro recomendaciones siguientes:

- si recaes déjalo enseguida
- cuando alguien te ofrezca drogas di que no
- no meterse en situaciones en las que no puedas decir no a las drogas
- haz cosas que sean saludables

Estas cuatro recomendaciones se corresponden con otros tantos conceptos clave:

- practicar el control de daños
- alejamiento de situaciones de alto riesgo
- evitar situaciones de alto riesgo
- buscar placeres sanos como alternativa

El entrenamiento en habilidades tiene como objetivo “consolidar y ampliar la información aprendida durante el entrenamiento básico. Los usuarios aprenderán habilidades para dejar las drogas y para desarrollar placeres sanos y hábitos saludables.” (Lisa J. Roberts, Andrew Shaner y Thad A. Eckman)¹⁶.

Por último, las sesiones prácticas consiste en practicar habilidades justo antes de necesitarlas (por ejemplo poco antes de que se produzca una salida a su domicilio). Los educadores hacemos participar a todo el grupo, se revisan conceptos importantes y se prepara un role-play, que permite al paciente practicar habilidades de rechazo de drogas(Lisa J. Roberts, Andrew Shaner y Thad A. Eckman)¹⁷.

¹⁵ Op. Cit. en pág. 23, pág. 23.

¹⁶ Op. Cit. en pág. 23, pág. 66.

¹⁷ Op. Cit. en pág. 23, pág. 147.

9.- LA HISTORIA DE ANDRÉS EN LA COMUNIDAD TERAPEÚTICA

Lo que pretendo en este punto es hacer un somero repaso al trabajo de cualquiera de los educadores del centro desde el momento en que ingresa un paciente hasta que llega el momento de su alta. Hecha la descripción teórica anteriormente, un caso práctico puede ser de ayuda para describir nuestro trabajo. “Una teoría que no lleve a la realización y a la acción, se quedaría corta y pecaría de ineficaz. Una práctica que no tenga una seria fundamentación teórica, se convertiría en simple practicismo.” (Martín, A. , Gallego, D. , Alonso, C.)¹⁸

Para facilitar el trabajo, el nombre que voy a dar a ese paciente es Andrés.

Andrés ingresa en la comunidad un día cualquiera. Ha sido derivado al centro por el Comisionado para la Droga de la Consejería de Familia de la Junta de Castilla y León

El ingreso lo realiza el trabajador social, y ese mismo día es entrevistado por el médico y la enfermera. Firma el contrato terapéutico y es informado de la normativa del centro. Los educadores damos la bienvenida al nuevo usuario, y tras asignarle habitación se procede al registro personal y al registro de todas su pertenencias, consignándose aquellos objetos que no puede tener (móviles, objetos punzantes tipo navajas, ropa no adecuada...)

Durante los siete primeros días Andrés siempre estará acompañado por un compañero (el acogedor), que le irá explicando la dinámica diaria de la casa, le irá presentando al resto de compañeros y facilitará su ubicación espacial dentro del centro. Diariamente, los educadores, al finalizar la jornada, nos reunimos con la persona que ha estado de acogedor y con quien va a ser el acogedor al día siguiente, para repasar lo acontecido en el día y planificar la jornada siguiente.

Hasta que no trascurren quince días en el centro, Andrés no puede mantener contacto con el exterior a través del correo o de llamadas telefónicas (se permiten dos a la semana). Se pretende con ello evitar que tenga informaciones del exterior, bien sean

¹⁸ MARTÍN, A. , GALLEGO, D. , ALONSO, C. (2010): El educador social en acción: de la teoría a la praxis. Editorial Centro de Estudios Ramón Areces. Madrid, pág. 19.

de familiares o de amigos e interfieran en su proceso de acogida y de adaptación a su nueva realidad.

Pasadas las dos primeras semanas, el equipo multidisciplinar elabora el PIT (programa individualizado de tratamiento) de Andrés, en el que se refleja su historial médico y sus necesidades psico-sociales y se marcan las pautas a trabajar.

Desde el primer momento, con Andrés se trabaja la educación prelaboral; todos los días por la mañana, hay dos horas de actividad en los diferentes talleres: lavandería, limpieza, office, jardines, huerto y mantenimiento. Dependiendo de sus necesidades y de sus capacidades físicas, los educadores asignamos a los usuarios cual es el taller en el que deben de estar en este tiempo de actividad. Pretendemos que a lo largo del programa pasen por todos ellos.

La actividad es un medio para alcanzar una serie de objetivos y no un fin en sí misma. Estar por ejemplo en la actividad de lavandería no tiene como objetivo aprender los procedimientos de esta actividad, sino otros como seguir instrucciones, tener hábitos de limpieza y orden tras la tarea, planificar los trabajos, mantener una actitud responsable, utilizar adecuadamente las herramientas de trabajo....

Otros aspectos en los que se empieza a trabajar con Andrés desde el primer momento es la educación para la salud y la educación cívica. Con respecto a la primera, desde el principio se trabaja mucho el autocuidado: ropa limpia y dos duchas diarias (por la mañana y después del deporte). Se educa en la necesidad de una adecuada higiene bucodental; se trabaja la adherencia a los tratamientos médicos para el mejor resultado de los mismos e incrementar su eficacia terapéutica. Un aspecto muy destacado es la información sobre todo lo relativo al VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) y las enfermedades de transmisión sexual, su clínica y las medidas preventivas para evitar contagios. La educación para la salud se refuerza con las actividades deportivas diarias (una hora) y los paseos (uno diario de una hora de duración).

Con la educación cívica se pretende restaurar muchos de los hábitos perdidos durante su etapa como toxicómano. Sus características de personalidad evitativa y antisocial en muchos casos, hace que los hábitos propios para el buen funcionamiento de la convivencia en cualquier grupo o colectivo, los hayan perdido o se hayan reducido a la mínima expresión. El trabajo diario en la adquisición de los mismos lleva mucho tiempo a los educadores, y con frecuencia, es fuente de conflictos con los usuarios, sobre todo en esta primera etapa del programa.

Pasado el primer mes, Andrés tendrá su primera salida a la ciudad de Palencia. Su familia vendrá al centro, y tras la entrevista de ésta con la psicóloga, en la que serán informados de la evolución del paciente en el programa en estas primeras semanas, pasarán toda la jornada en la ciudad.

A lo largo de este nuevo período que ahora comienza (la fase de deshabitación y rehabilitación), las responsabilidades que se le asignan van incrementándose paulatinamente, empezando por algunas de las más sencillas, para luego irse incrementando el grado de exigencia.

Durante este tiempo se irán produciendo muchas entrevistas entre Andrés y los diferentes profesionales del centro, unas veces solicitadas por el propio usuario y en otros casos por los técnicos. Desde la escucha activa y siempre muy atentos a los sentimientos de Andrés, se irán corrigiendo y reconduciendo aquellas actitudes que resultan perjudiciales para una buena evolución en el programa.

Es también en este momento cuando nuestro paciente se va incorporando a los talleres terapéuticos. Dependiendo de lo valorado en las reuniones en las que el equipo repasa su PIT (programa individualizado de tratamiento), se incorporará a un taller o a dos a la vez. El primero en el que trabajará será el de motivación para que tome conciencia de su situación y si va dando pasos en la dirección correcta. El equipo que no es necesario que participe en el taller de estimulación cognitiva, pues tras los análisis psicológicos y médicos se ha valorado que no presenta un nivel de déficit cognitivo que pueda resultar preocupante.

Dos momentos importantes a destacar en esta etapa es la evaluación de Andrés y su programa de salidas terapéuticas.

Alrededor de los tres o cuatro meses se realiza la evaluación del paciente. Todos los compañeros elaboran por escrito la evaluación. Por otro lado, también Andrés realiza su evaluación personal. A los cinco días de escribirse la evaluación ésta se lee en la asamblea grupal. El primero en leerla es el propio evaluado, y de entre las escritas por los compañeros, el equipo de educadores selecciona seis o siete para que también sean leídas. A continuación se produce un debate entre Andrés, sus compañeros, los educadores y la psicóloga. El objetivo de la evaluación es repasar la trayectoria del paciente, destacando aquellas cosas que necesita mejorar, y reforzar todo lo que va consiguiendo en estos meses. Los educadores tratamos de encauzar la reunión hacia el

refuerzo de los valores comunes que inspiran la acción educativa en la comunidad, y sobre todo tratando de evitar una situación que se produce con frecuencia en las asambleas: que se conviertan en el espacio en el que se diriman las diferencias personales entre el evaluado y otro compañero. Al final de la evaluación Andrés tiene que hacer un resumen de todas las aportaciones que le han hecho los compañeros y el equipo, y que le tienen que servir de herramienta de trabajo para la continuación de su programa.

El programa de salidas terapéuticas, que no incluye la primera salida a Palencia con la familia, se inicia con una salida de un fin de semana a su domicilio. Las salidas se sucederán mensualmente y el tiempo de duración de las mismas se irá incrementando, salvo que en alguna de ellas se haya producido un consumo y haya que replantear de nuevo todo el programa de salidas.

Cuando se llega a la fase final del programa (Prerreinserción), Andrés ya ha pasado por todos los talleres terapéuticos y se han ido consiguiendo los objetivos planteados, el usuario tendrá prolongadas de 10 o 15 días en las que comenzará a buscar empleo, contactará con aquellos dispositivos que en su ciudad hacen seguimiento a personas que han finalizado programas de rehabilitación de toxicomanías, y planificará como quiere que sea desde el momento del alta su día a día, buscando todos los recursos que le van a facilitar una correcta reinserción (red social, gestión de su tiempo libre, formación laboral, vivienda...) . Andrés lo planificará y el equipo lo supervisará con él.

Y después de este proceso, que se pueda extender a lo largo de un año, llega el momento del alta terapéutica de Andrés.

10.- CONCLUSIONES

El esquema que proponía como guía al comienzo de este trabajo me va a servir ahora como colofón al mismo, una vez que he intentado dotar de contenido a cada uno de los puntos que lo conforman.

Al principio del trabajo he tratado de justificar las políticas de igualdad que se consagran en nuestra Constitución de 1978. Dichas políticas en los Estados Sociales de Derecho, se han traducido en la puesta en marcha de servicios socioeducativos destinados a la atención de personas drogodependientes. Desde las vertientes sanitaria, psicológica y educativa se ha tratado de dar respuesta a una demanda cada vez más amplia. Las comunidades terapéuticas multiprofesionales siguen siendo un recurso eficaz en el tratamiento de estas patologías.

Pero los riesgos a los que se ven expuestos estos recursos vienen de los recortes que la actual crisis económica y crisis de modelo de estado en la que estamos incurros. Las políticas sociales se han visto seriamente afectadas y los recursos económicos destinados a las mismas han disminuido considerablemente. En algunas comunidades autónomas los servicios específicos de atención a toxicómanos se han suprimido, siendo los centros de salud de atención primaria los encargados del seguimiento de estos usuarios y del mantenimiento de los PMM (Programas de mantenimiento con metadona). La consecuencia ha sido la desaparición de las comunidades terapéuticas concertadas, con la desaparición de puestos de trabajo de educadores sociales, y por otro lado la atención que se presta en los centros de salud contempla exclusivamente la dimensión médica del problema, obviando el componente educativo, tanto del problema como de la solución.

Otra conclusión a la que he llegado analizando documentación e informes sobre comunidades terapéuticas, es que en la mayoría de ellas son servicios que las administraciones regionales concertan con asociaciones, órdenes religiosas, ONGs, pero nunca o casi nunca son servicios públicos permanentes atendidos por profesionales con regímenes laborales estables como los que puedan tener cualquier personal funcionario o laboral de cualquier administración. Ellos contribuye a la precarización

laboral de muchos educadores sociales, cuyo puesto de trabajo depende del contexto económico o del político de turno.

En la otra parte del programa, en la que analizo qué es una comunidad terapéutica y su evolución, como funciona la Comunidad San Ricardo Pampuri y cuales son las competencias que desarrollamos los educadores sociales, después de mis más 14 años de experiencia y después de la realización del presente trabajo algunas conclusiones a las que he llegado son las siguientes:

- necesidad de redefinir el funcionamiento de las comunidades; aunque se haga el esfuerzo por adaptarse a las necesidades del usuario, en algunos aspectos siguen pesando las formas de actuar de las antiguas comunidades
- necesidad de utilizar los recursos que ofrece la comunidad en la que está inserta (en nuestro caso la ciudad de Palencia)
- necesidad de implicar más a las familias

Por último añadir que la principal conclusión a la que he llegado es la necesidad de seguir reivindicando la figura del educador social, como agente de la educación permanente. Seguir creyendo que desde la educación social se pueden transformar las sociedades. Y reivindicar los ámbitos en los que desarrollamos nuestra labor , en este caso la Comunidad San Ricardo Pampuri, como espacio para la utopía, la transformación de las personas y por ende, de las sociedades.

11.- BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

PÉREZ SERRANO, G. (2003). Pedagogía social. Educación social.
Editorial Narcea Ediciones. Madrid.

CABRERIZO DIAGO, J.; RUBIO ROLDÁN, M^a J. y CASTILLO ARREDONDO, S.
(2010): El Prácticum en los grados de pedagogía de Magisterio.
Editorial Peasar Educación SA. Madrid.

BECOÑA E., MARTÍN E. (2004): Manual de intervención en drogodependencias.
Editorial Síntesis. Madrid.

MARTÍN POZAS, J.(1996): Editorial. Revista Adicciones. Vol. 8 nº 3.
Edita Socidrogalcohol. Valencia.

CASTAÑOS, M. , MENESES, C., PALOP, M., RODRÍGUEZ, M. Y TURBET.,S
(2007): Intervención en drogodependencias con enfoque de género.
Edita Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.

MILLER, W. I., ROLLNICK, S. (2003): La entrevista motivacional.
Editorial: Paidos Iberica. Barcelona

BECOÑA E., CORTÉS, M. (2011): Manual de adicciones para psicólogos especialistas
en psicología clínica en formación.
Editorial Socidrogalcohol. Valencia.

BECK, A., WRIGHT F., NEWMAN, C. Y LIESE, B (1999): Terapia congitiva de las
drogodepenecias.
Editorial Paidos. Barcelona.

ROBERTS, L., SHANER, A., ECKMAN, T. (2011): Cómo superar las adicciones.
Entrenamiento de habilidades para pacientes con esquizofrenia. Patología dual.
Editorial Seny Fundación Privada. Barcelona. (Versión en Español)

GRACIA, J., JOSA, C. Y MONTESA, B. “Comunidad terapéutica y familia” (capítulo 8) en COMAS ARNAU, D. La metodología de la comunidad terapéutica. (2011) Fundación Atenea. Madrid.

OLIVAR, A. “La educación social en la comunidad terapéutica” (capítulo 9) en COMAS ARNAU, D. La metodología de la comunidad terapéutica. (2011) Fundación Atenea. Madrid.

MARTÍN, A. , GALLEGO, D. , ALONSO, C. (2010): El educador social en acción: de la teoría a la praxis. Editorial Centro de Estudios Ramón Areces. Madrid.

VI PLAN REGIONAL SOBRE DROGAS DE CASTILLA Y LEÓN 2009-2013.
Junta de Castilla y León.

PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. Memoria 2010.
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS:

SAN NARCISO IZQUIERDO, GEMMA I.: Drogodependencias, Conceptos básicos.
<http://www.unioviado.es/psiquiatria/docencia/material/DROGODEPENDENCIAS/1DR O-CONCEPTO.pdf> (consulta 12 abril 2013)

REFERENCIAS LEGALES:

CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA DE 1978.

LEY DE PREVENCIÓN, ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL DE
DROGODEPENDIENTES DE CASTILLA Y LEÓN.

Ley 3/1994 de 29 de marzo tras las modificaciones introducidas por la ley 3/2007 de 7 de marzo.

12.- ANEXO

Como anexo al trabajo presento la siguiente entrevista al Coordinador del Programa del centro, Don Manuel Martínez Roldán.

CUESTIONARIO

1.- ¿Cuál es la realidad de los usuarios con problemas de toxicomanías de Castilla y León que llegan a la Comunidad Pampuri?

En los últimos años ha habido una evolución en el perfil del usuario que acude a nuestra Comunidad Terapéutica; ha cambiado la forma y el tipo de consumo: la heroína apenas tiene relevancia como sustancia principal, prevaleciendo la cocaína, el alcohol y pacientes policonsumidores.

La mayoría son hombres (en más de un 90%), de una edad media de 35 años, un nivel formativo bajo y con diferentes problemas asociados: judiciales, económicos, familiares, laborales, de salud, etc. También destaca el aumento de pacientes duales.

2.- Desde su punto de vista y tras su amplia experiencia en este campo ¿cuáles cree que pueden ser las causas que llevan a tantos jóvenes a consumir drogas?

No existe una sola respuesta a esta pregunta. Sin duda, en el caso de muchos jóvenes, el inicio del consumo de alcohol y otras drogas tiene que ver con la presión de grupo de los compañeros. Pero hay otras causas como determinados problemas o ambientes familiares y/o sociales, problemas emocionales, etc.

3.- ¿Qué les ofrece la Comunidad Pampuri a este tipo de usuarios?

El objetivo general de la Comunidad Terapéutica Pampuri es la rehabilitación y reinserción de los pacientes toxicómanos que acuden a ella. En un espacio libre de drogas y en régimen cerrado, procuramos identificar y entender las causas que han llevado a cada persona a la adicción y trabajar con ella para que recupere su autonomía, su responsabilidad, su capacidad de tomar decisiones, etc. Intentar que vuelva a ser un miembro activo en la sociedad.

La situación de cada persona y su historia, el tipo de consumo, el nivel de estructuración, personal y social, las relaciones familiares, la situación judicial, etc, son variables que tenemos en cuenta a la hora de diseñar nuestros programas de trabajo, dentro de un marco terapéutico-educativo y con un Equipo multidisciplinar que se encarga de su implantación.

4.- Coméntenos brevemente cuáles cree que son las fortalezas y las debilidades del centro que usted coordina.

La mayor fortaleza es, sin lugar a dudas, el Equipo Terapéutico, cada uno de sus miembros, por su implicación en el trabajo, su experiencia, su profesionalidad y sus valores humanos. Sé que el trabajo es muy vocacional y muy exigente, y veo en cada uno de los compañeros implicación y vocación

La mayor debilidad es sin duda la insuficiencia de recursos que nos llegan desde la Administración, agravada en estos tiempos de crisis. Esto ha conllevado la reducción del número de profesionales y de otro tipo de recursos.

5.- En el debate que hay abierto en la sociedad sobre la legalización o no del consumo de drogas ¿qué aportaría de beneficioso y qué de perjudicial para las personas drogodependientes cada una de las dos opciones?

NOTA: Supongo que te refieres a la legalización de las drogas y no a su consumo

Se trata de un debate antiguo. Los defensores de la legalización se apoyan razones como el problema del tráfico ilegal, la adulteración de las sustancias y, en último término, en la libertad de la persona.

El alcohol y el tabaco son drogas legales y todos conocemos los graves problemas que causan. Este sería un ejemplo claro de que legalizar no es solución.

Y en lo que se refiere a la cuestión más filosófica de la libertad, el drogodependiente subordina todo a la droga y cualquier circunstancia vital queda en segundo plano. Las drogas convierten a las personas en esclavos y les acarrearán, además, graves problemas de todo tipo (de salud, familiares, laborales, etc.). De manera que no se puede facilitar el acceso a unas sustancias tan nocivas.

6.- El botellón, como práctica de ocio de muchos jóvenes ¿cree que puede precipitar al consumo de otras drogas?. ¿Qué tendrían que hacer las Administraciones al respecto?

No es que lo precipite, sino que el “botellón” es en sí mismo un acto de consumo de droga (alcohol). Y desde luego, es una situación de alto riesgo para el consumo de otro tipo de sustancias

Creo que la Administración, (pero no sólo, sino la sociedad en su conjunto) debería tener una actuación más decidida y activa frente a este tipo de comportamiento de nuestros jóvenes y adolescentes. Me sorprenden a veces noticias en las que, por ejemplo, un determinado Ayuntamiento facilita o promueve un “botellón”.

Políticas más encaminadas a la educación, a promover ocio alternativo,... y en general a la prevención es lo que tendrían que hacer las Administraciones. Pero insisto en que no sólo ellas, sino toda la sociedad.

7.- ¿Considera que las Administraciones hacen un esfuerzo suficiente para el mantenimiento de este centro?

Rotundamente digo que no. Ya lo he mencionado en una pregunta anterior. Los medios económicos son escasos y los recortes no dejan de sucederse año tras año.

8.- ¿Qué tipo de recursos serían necesarios actualmente para que fuera más eficiente el servicio que prestan la comunidades terapéuticas?

Lo fundamental sería que la propia Administración mejorara los conciertos, de manera que pudieran traducirse en una mejora de la ratio de profesionales y de su formación, en renovar instalaciones, en implementar programas, etc.

9.- Ser coordinador de una Comunidad Terapéutica es una tarea muy complicada. ¿Cuál es lo más gratificante de su trabajo? ¿Y lo más difícil?

Creo que si algo da sentido a la vida es ayudar a los demás. Nuestros pacientes son personas muy vulnerables, con muchos problemas y tratar de ayudarles a solucionarlos (en eso se resume mi trabajo) es, en sí mismo, muy gratificante. La otra gran satisfacción de mi trabajo me la proporcionan los compañeros de trabajo.

Desde luego hay situaciones y momentos difíciles, pero no empañan lo que acabo de decir. Tengo suerte de trabajar en Pampuri.

