



FACULTAD DE EDUCACIÓN DE PALENCIA
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

COMUNIDADES TERAPÉUTICAS Y EDUCACIÓN SOCIAL

TRABAJO FIN DE GRADO
EN EDUCACIÓN SOCIAL

AUTOR/A: Cristina Muñoz Oncalada

TUTOR/A: Judith Quintano Nieto



Palencia, 12 Julio 2022

Resumen

El campo de las comunidades terapéuticas como centros de rehabilitación y reinserción ha sido documentado y estudiado proporcionándonos una amplia diversidad de documentos que muestran la importancia de estos recursos de prevención indicada. En estos espacios, cobra importancia el papel de la Educación Social, por lo que debemos conocer las funciones, intervenciones y relaciones de este profesional en el contexto de las comunidades. Para ello, este trabajo pretende dar respuesta a esta cuestión a través de la literatura pedagógica así como el acercamiento a una comunidad y sus agentes implicados. De los datos recopilados se evidencian los aportes e importancia del saber y saber hacer de los educadores sociales en este contexto y ámbito de intervención.

Palabras clave

Educación Social, Comunidades Terapéuticas, adicciones, prevención, intervención socioeducativa.

Abstract

The figure of therapeutic communities as rehab centers and reinsertion centers has been documented and studied beforehand, and for this reason It offers us a diverse and wide variety of documents, essays and resources showing their importance in helping to prevent drug addiction. In this context we can explain the importance of the social educator figure, what are their duties, how to intervene and what are their professional means at the therapeutic communities. This essay's purpose is to answer those questions through paedagogical literature and to familiarise with a particular community and the role of the other experts involved. We can prove the importance of social educators and their practical knowledge in this specific kind of environment with the information provided in the present essay.

Key words

Social education, therapeutic communities, addictions, prevention, social-educational intervention.

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. OBJETIVOS.....	5
OBJETIVO PRINCIPAL	5
OBJETIVOS SECUNDARIOS.....	5
3. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA	5
4. MARCO TEÓRICO	7
4.1. APROXIMACIÓN AL CONTEXTO DE LAS ADICCIONES	7
4.1.2. <i>Consumo y adicciones: datos</i>	9
4.2. LA PREVENCIÓN DE ADICCIONES Y LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS	10
4.2.1. <i>Estrategias preventivas ante las adicciones</i>	11
4.2.2. <i>Las Comunidades Terapéuticas como servicios y recursos de prevención indicada</i>	18
4.2.3. <i>La Educación Social, funciones dentro de una Comunidad Terapéutica</i>	20
5. METODOLOGÍA	25
6. RESULTADOS Y ANÁLISIS	26
6.1. ACERCAMIENTO AL PROYECTO SOCIOEDUCATIVO DE UNA CCTT	26
6.2. LA EDUCACIÓN SOCIAL EN LA CCTT	34
7. CONCLUSIONES.....	39
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
9. ANEXOS	46

1. INTRODUCCIÓN

Las drogas y la adicción a las sustancias son problemáticas que siguen establecidas en nuestra sociedad actual, siendo elementos desestabilizadores de la conducta de los individuos. Este será el tema que se aborda en este trabajo. Para ello, se comenzará, definiendo lo que son las drogas, haciendo una clasificación y exponiendo las consecuencias, derivadas del consumo de estas sustancias, a todos los niveles, físico, psicológico, familiar, laboral y social. Conociendo estos datos, podemos entender y defender la importancia de hacer campañas efectivas de prevención, buscando reducir lo posible tanto los efectos del consumo y como el propio consumo, ya que comprendemos, que el consumo cero no es un objetivo realista.

Pero, a pesar de este tipo de campañas de prevención, hay personas a las que no llega el mensaje y deciden comenzar o continuar con sus consumos, por diversos factores. Es por esto que los gobiernos crean estrategias nacionales y regionales, dirigidas a la atención integral de las necesidades de este sector de la población. Atendiendo a la estrategia regional de la Junta de Castilla y León, desarrollaremos los tres niveles de intervención preeventiva y comenzaremos a hablar de las comunidades terapéuticas como recursos del tercer nivel, indicándonos que es el último recurso empleado en la lucha contra las adicciones.

Para continuar debemos preguntarnos qué es y cómo es el funcionamiento de las comunidades terapéuticas, dichas preguntas serán contestadas gracias a la información recogida en la literatura pedagógica y aquella obtenida de una comunidad terapéutica en concreto a la que se ha podido acceder; el programa de intervención de esta última será analizada y evaluada en base a los objetivos que persiguen y el desarrollo dentro del centro.

Una vez clarificados todos los conceptos, pasaremos a preguntarnos la importancia y relevancia de la educación social en las comunidades terapéuticas, lo que se responde gracias a los documentos que han estudiado el tema y al análisis de las respuestas proporcionadas por el equipo terapéutico y los usuarios del centro citado, ofreciendo una visión diferente y global de las funciones, aportaciones y relaciones que mantienen los educadores/as sociales con el centro y las personas que en el residen.

2. OBJETIVOS

Objetivo principal

Conocer el funcionamiento de las comunidades terapéuticas en la prevención de adicciones y el papel de la Educación Social en las mismas.

Objetivos secundarios

- Exponer los aspectos clave respecto a las adicciones y la intervención preventiva.
- Visibilizar la labor de las comunidades terapéuticas como recursos de prevención indicada.
- Acercarnos a una comunidad terapéutica en concreto para comprender su intervención y estructura organizativa.
- Conocer las funciones que desarrollan los educadores/as sociales dentro de las comunidades terapéuticas, así como su relación con el equipo terapéutico y las personas usuarias.

3. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

La Educación Social se caracteriza por ser un campo multidisciplinar, lo que permite que se pueda aplicar a un amplio abanico de centros e instituciones en los que poder desarrollar su labor profesional. En este caso pondremos el foco en las comunidades terapéuticas, como recursos de prevención indicada en los que se desarrollan procesos de desintoxicación y rehabilitación. Como autora del presente TFG, he tomado la decisión de abordar este tema porque, considero que es un área de trabajo poco explorada durante la etapa de formación teórica, tuve el privilegio de descubrirla durante el tiempo de prácticas y es un campo importante en la que lograr una mayor presencia de educadores/as sociales, ya que como se podrá demostrar durante este trabajo, la estancia de la Educación Social en las comunidades terapéuticas, aporta grandes beneficios en los procesos terapéuticos de las personas a la vez que puede ofrecer una visión distinta de los hechos a los diferentes profesionales con los que desarrolla su actividad.

La Educación social juega un papel importante dentro de estas comunidades ya que en ellas pueden hacer terapias, talleres y dinamizar el centro con actividades innovadoras y poco rutinarias para romper con la monotonía que en ocasiones aparece en estos lugares. Es por esto que el trabajo

que se va a desarrollar estará enfocado en la experiencia que han tenido diferentes profesionales del equipo terapéutico y de los residentes de la comunidad terapéutica, en relación con los educadores/as social.

Las motivaciones que marcan la realización de este documento, son los de aprender a investigar desde el punto de vista de un profesional, teniendo en cuenta aspectos como el desarrollo y valoración del trabajo de los educadores/as sociales en diferentes ámbitos, en este caso concreto el desempeño laboral en las comunidades terapéuticas. El haber podido realizar las prácticas profesionales en el ámbito, me ha ofrecido la posibilidad de ver las metodologías utilizadas, poniéndolas en práctica en las terapias y haciendo un análisis de lo aprendido en la fase teórica de mi formación. Este hecho ha permitido expandir mis conocimientos sobre la materia, gracias a las vivencias de todas las personas que comparten espacio en las comunidades terapéuticas y comprender la flexibilidad como educadora es una virtud necesaria para poder convertirme en una buena profesional.

Por otro lado, en relación con los objetivos y competencias reflejados en la guía docente, considero que con este trabajo se muestra una visión conjunta y global para acercarnos a la realidad de las comunidades terapéuticas de manera integral, objetiva y fiel a la realidad. Para ello se han analizado los fundamentos teórico-prácticos sobre los centros de comunidades terapéuticas a través de información sobre el centro, artículos de divulgación y páginas oficiales a cerca de las drogodependencias, y se han analizado las entrevistas tanto por parte de profesionales y de usuarios de una entidad.

A través de las actividades, terapias y programación del centro se trata de cubrir las necesidades del paciente, demostrando así que se adecúan a la problemática y a los requisitos de acción social de los mismos. Al haber cubierto este punto en el presente trabajo de fin de grado, considero haber adquirido un mayor conocimiento sobre los recursos y herramientas necesarios para la intervención por parte de los trabajadores sociales en ámbitos de comunidades terapéuticas.

A través de la observación continuada a las estrategias, intervenciones y terapias se ha podido valorar y evaluar como éstos afectan al individuo y la comunidad para los que están diseñados, ejerciendo un impacto positivo en los mismos y promoviendo actitudes de mejora de la autoestima, el cuidado personal, la higiene, el desarrollo de habilidades sociales, la escucha activa, la integración y reintegración en la sociedad, así como la mejora de la convivencia cívica.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. Aproximación al contexto de las adicciones

Según la Organización mundial de la salud (OMS), droga es "toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central (SNC) del individuo y además es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas. La experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir, capaz de cambiar el comportamiento de la persona, y que posee la capacidad de generar dependencia y tolerancia en sus consumidores." (OMS, 2004, p.15)

Tal y como se recoge en el manual DSM V, el alcoholismo y la drogadicción es considerado un trastorno de la adicción; indicando que para que se reconozca como tal la persona debe sufrir al menos dos de once síntomas en los últimos doce meses. Además, se explica que "cualquier droga consumida en exceso provoca una activación directa del sistema de recompensa del cerebro que participa en el refuerzo de los comportamientos y la producción de recuerdos. En cuanto al alcoholismo la sustancia de la que se depende es el alcohol y un drogadicto puede estar adicto a más de una sustancia llamada droga." (Asociación Americana de Psicología, 2013)

Dentro de la adicción a las sustancias hay un componente social, el cual no debe ser olvidado en su tratamiento, en ocasiones se tiende a reducir la adicción eliminando el factor social. Las adicciones afectan de manera directa al sector socio sanitario y, por tanto, a otros sectores como es el farmacéutico, que ha invertido grandes esfuerzos en conseguir tratamientos contra las drogas que en ocasiones encubren determinantes psicosociales. Esta forma de actuar ha sido criticada por gran cantidad de autores en las últimas décadas. (Anna Badia, 2019)

Existen múltiples clasificaciones de los tipos de droga tomamos como referencia la de Turet (1991):

Drogas institucionalizadas

Algunas de las sustancias catalogadas como drogas, son legales, están socialmente aceptadas y gracias a su legalidad es fácil acceder a ellas es el caso de:

- El alcohol: Es una droga ampliamente aceptada socialmente. En España es legal el consumo a partir de los 18 años.
- La nicotina: Al igual que en el caso anterior está aceptada, es ampliamente consumida y es legal a partir de los 18 años.
- La cafeína: Es una sustancia psicoactiva, tiene efectos en el sistema nervioso central. Cuando el consumo es moderado no resulta peligroso, esta sustancia aparece en el café y en algunos refrescos.
- Teobromina y teofilina: Al igual que la cafeína en cantidades moderadas no resultan peligrosas. Se encuentra en el té y chocolate.
- Los fármacos: Estos tienen que consumirse bajo prescripción médica y controlando la dosis, en esta categoría encontramos sustancias como las anfetaminas y las benzodiazepinas.

Drogas no institucionalizadas

En esta selección aparecen las drogas que gracias a la legislación española son ilegales, a continuación, se pondrán las más consumidas:

- Marihuana: Está considerada como la droga ilegal más consumida, se obtiene de la planta de cáñamo y su principio activo es el THC.
- Hachís: Esta sustancia se obtiene de la resina extraída de la marihuana y su principio activo igual que en el caso anterior es el THC.
- Cocaína: Esta sustancia se obtiene de las hojas de coca.
- MDMA: También llamado éxtasis, se ilegalizó puesto que traía graves consecuencias y peligros para la salud.
- Anfetaminas o speed: Ilegales cuando no están bajo supervisión médica.
- Heroína: Vender, fabricar o poseer esta sustancia es ilegal por las graves consecuencias que se observaron.
- LSD: Se ilegalizó a consecuencia de sus efectos alucinógenos, anteriormente tenía un uso psiquiátrico.
- Ketamina: Era un anestésico, pero se ilegalizó al descubrir que tenía efectos alucinógenos.
- Popper: Vasodilatador ilegalizado tras su consumo recreativo.

- Setas alucinógenas: Como su nombre indica tiene efectos alucinógenos.

Una vez que se han abordado las sustancias, es necesario hacer una clasificación según los efectos del SNC (Sistema Nervioso Central):

Tabla 1

Efectos de las sustancias en el SNC según Anna Badia (2019)

Depresoras	Estimulantes	Perturbadoras
Disminuyen la actividad del SNC	Estimulan la actividad del SNC	Modifican la actividad psíquica, alteran la percepción del estado de ánimo y el pensamiento
-Alcohol	-Anfetaminas	-LSD
-Cannabis	-Cocaína	-Alucinógenos
-Benzodiacepina	-Cafeína	-Cannabis
-Heroína	-Teobromina y teofilina	-MDMA
	-Nicotina	-Ketamina

Además de las clasificaciones presentadas, popularmente y de forma más simple se suele hablar de “drogas duras y drogas blandas”; la principal diferenciación en su denominación recae en la aceptación social que se tiene de ellas. En la tabla, drogas duras y blandas se exponen qué tipo de sustancias se consideran una u otra.

Tabla 2

Sustancias consideradas drogas blandas o duras según Anna Badia (2019)

Drogas blandas	Drogas duras
-Tabaco	-Psicofármacos
-Alcohol	-Heroína
-Marihuana	-Cocaína
-Hachís	-Anfetaminas
-Esteroides- anabolizantes	-MDMA
-Cafeína	-LSD
-Popper	-Setas alucinógenas
	-Ketamina
	-Barbitúricos
	-Metadona

4.1.2. Consumo y adicciones: datos

El Ministerio de Sanidad, en concreto el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2021), ofrece unos interesantes datos estadísticos, con los que podemos comparar

variantes en el consumo como es el sexo, la comparación por años o cuándo es la edad de inicio de consumo de las diferentes sustancias. Estos datos ayudan a crear una visión más amplia de los consumos y cuándo se realizan, creando una base que se puede utilizar para realizar planes de prevención. Tomamos como referencia este estudio para presentar cifras respecto al consumo que nos permite realizar un breve retrato de la situación actual.

En el Anexo 1 podemos ver la prevalencia del consumo en 12 meses, comparando los datos desde 1995 hasta 2019, en edades comprendidas de los 15 a los 65 años. En esta tabla se constata que la sustancia más consumida es el alcohol seguido del tabaco, coincidiendo con el hecho de ser drogas legales en España. En el Anexo 2, en un período de tiempo de 30 días, aparecen datos similares en cuanto al consumo.

El Anexo 3 nos da como resultado las edades en las que se empieza de media a consumir sustancias siendo preocupante que las dos sustancias legales para mayores de edad (alcohol y tabaco) sean aquellas con una edad de inicio de consumo más baja, siendo esta menor a los 18 años, por el contrario, los hipnosedantes, tienen un inicio de consumo que coincide con la edad adulta.

En cuanto al Anexo 4 se observa diferencias en cuanto a la edad de consumo por sexos, siendo en casi todos los casos, la edad de inicio de consumo es más temprana en hombres que en mujeres siendo lo que llaman setas mágicas, cocaína en base y la heroína las excepciones en las que la edad de consumo es más temprana en mujeres que en hombres.

En la última tabla y el Anexo 5 se nos muestra la edad media en la que se inicia el consumo clasificado por las diferentes comunidades autónomas, dando por tanto una imagen global de aquellas comunidades en las que esto puede ser más problemático y aquellas que deben reforzar los cursos preventivos de consumo.

4.2. La prevención de adicciones y las Comunidades Terapéuticas

La prevención de las adicciones, tiene como meta favorecer factores de protección haciendo hincapié en el fomento de la salud, intentando conseguir el consumo cero o propiciando una disminución en el uso y abuso de las drogas, dando como resultado la reducción de los daños. Es por esto que se necesitan crear estrategias dirigidas y orientadas a concienciar a las personas

sobre los problemas relacionados con el consumo de drogas. (Aguirre, Castillo, Torres, García, Facundo & Castillo, 2010).

A continuación, se explicarán las diferencias entre los distintos tipos de prevención y a qué sectores de la población van dirigidos:

Tabla 3

Tipos de prevención de sustancias

Prevención universal	Prevención selectiva	Prevención indicada
No se centra en un sector concreto de la población, por el contrario lo que se pretende es llegar a toda la población para que la prevención esté destinada a todas las personas.	Se centra en grupos o colectivos que por su situación se encuentran en especial riesgo de consumo o de otro tipo de comportamientos adictivos.	Individuos con situaciones específicas de vulnerabilidad, los cuales han comenzado con los consumos y tienen problemas de conducta que se relacionan con dicho consumo.

Nota: Guitart, Bartroli, Villalbí, Guilañá, Castellano, Espelt & Brugal (2012); Vázquez, Muñoz, Juárez, & Ariza, (2018)

4.2.1. Estrategias preventivas ante las adicciones

En este apartado, abordaremos las estrategias preventivas que se han desarrollado a nivel nacional y regional, en este caso las aprobadas por la Junta de Castilla y León. Comenzando con la propuesta a nivel estatal más enfocada a la prevención universal y continuaremos con las propuestas regionales enfocadas a la prevención selectiva.

A nivel nacional, el Ministerio de Sanidad (2018), cuenta con la Estrategia Nacional sobre Adicciones, mejorando gracias a la evaluación creada para 2009-2016. Primeramente, lo que encontramos es un análisis que nos habla de la evolución en cuanto a los consumos y conductas adictivas desde el 2015 al 2016. Posteriormente, se analizan los problemas derivados del consumo, las conductas adictivas y el impacto que tienen en la sociedad, comentando en este apartado como las personas que consumen por vía inyectada acumula un mayor impacto socio sanitario, sumándole a este hecho la exclusión social por tener enfermedades infecciosas como el VIH, VHC, etc. Las actuaciones que se han desarrollado en el campo de la reducción de la oferta y la demanda, han centrado sus esfuerzos en los programas de prevención, normalmente asociados al ámbito educativo, que se han puesto en marcha desde las Comunidades Autónomas, así mismo, el papel que están desempeñando las familias en la prevención ha conseguido disminuir el consumo en menores de edad, esto se ha conseguido ofreciendo charlas informativas sobre los efectos de las

sustancias a las familias. Estas medidas han facilitado la detección precoz y han puesto el foco de interés en aquellos sectores de la sociedad más vulnerables.

España, ofrece un sistema de asistencia integral para las personas con drogodependencias, esta es una amplia red, consolidada, diversificada y accesible para todas las personas que lo necesiten, es en este marco donde encontramos a las comunidades terapéuticas como recursos de prevención indicada.

La misión que tiene esta estrategia, es la de ofertar un marco de referencia para las administraciones públicas, instancias que forman parte del PNSD y otras entidades.

Los objetivos generales que pretenden lograr a través de esta estrategia son:

- ❖ Aminorar los daños derivados del consumo de sustancias y los de las acciones conductuales.
- ❖ Menguar el consumo de sustancias adictivas.
- ❖ Lograr que la edad de consumo cada vez sea más tardía.

El alcance que pretende tener es universal y gratuito, por lo que hablamos de prevención universal, ya que busca tener repercusión en el mayor número de personas posibles. El campo de actuación tendrá cuatro ejes fundamentales: drogas legales, fármacos de prescripción médica, drogas ilegales, y adicciones sin sustancias.

Se proponen intervenciones preventivas con el objetivo de disminuir los factores de riesgo de consumo, creando programas de prevención indicada, selectiva y universal, por lo que tendrán que adaptar estos programas a las diferentes necesidades de los destinatarios; y las intervenciones de reducción de riesgo, que pretenden evitar que los consumos esporádicos o de experimentación se conviertan en un hábito. Se trata con especial interés el tema de la atención integral y multidisciplinar, la cual pretende que sea más efectiva y accesible para todos/as. Esta manera de tratar las adicciones lo que pretende es que las personas dejen de consumir sustancias, mejoren las conductas derivadas de la adicción o al menos reducir los daños ocasionados por estos factores. Una vez rehabilitados el siguiente paso es conseguir la incorporación social y laboral de la persona. Si el tratamiento terapéutico no ha sido suficiente para incorporación, se realizará una intervención integral en la que se trabajará sobre todos los aspectos de su vida, esta intervención se adaptará a las necesidades individuales de cada persona.

En el nivel Regional, la Junta de Castilla y León, a través de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades (2017), ha desarrollado el Plan Regional sobre Drogas 2017-2021. Es un instrumento utilizado para unificar y coordinar las actuaciones que se realicen en la Comunidad Autónoma.

Primeramente, se hace un análisis de la evolución, el riesgo, la edad de inicio, la continuidad de consumo y los problemas derivados del consumo; tanto de drogas legales como ilegales. Creando de esta forma un marco conceptual, en el que poder basarse a la hora de describir las actuaciones.

Los objetivos generales que persigue son cuatro:

- ❖ Reducir el consumo de drogas legales e ilegales.
- ❖ Reducir daños a nivel personal, sanitario y social consecuencia del consumo.
- ❖ Difundir información, evaluación e investigación de las drogodependencias.
- ❖ Optimizar la coordinación y cooperación institucional para el desarrollo del Plan regional sobre drogas.

Las líneas estratégicas de este plan son 5 y en ellas aparecen objetivos y acciones clave para poder abordar cada una de ellas:

- **Prevención del consumo de drogas:** su objetivo principal es la reducción del consumo. Las acciones clave se dividen en la prevención escolar, ofreciendo programas a estudiantes de 10 a 16 años y a los profesionales de la educación. La prevención extraescolar con programas universales y específicos desarrollados para menores de 10 a 16 años, Prevención familiar, destinados a padres, madres o tutores legales de los menores, estos son de carácter universal y se dividen en familias de menores de 9 a 16 años y de 12 a 21 años; y asesoramiento a familias con menores en riesgo. Prevención laboral, para evitar el consumo de drogas en los centros de trabajo. Prevención comunitaria, para que la población general cree alianzas comunitarias que respalden y cooperen en la localización de problemas locales en materia de sustancias y crear acciones para poder afrontarlos, estas intervenciones incluyen a las anteriores.

- **Disminución de los riesgos y reducción de daños:** su objetivo es reducir riesgos y daños personales, familiares y sociales provocados por el consumo de drogas. Las acciones clave que proponen son: Reducción de accidentes de tráfico, intensificación de controles de tráfico, con sanciones efectivas; implementación de controles de alcoholemia para campañas de publicidad y concienciación; desarrollo de programas de formación para personas reincidentes en conducir bajo los efectos de las sustancias; y participación en talleres de seguridad vial. En cuanto a la reducción de daños, vacunación a personas drogodependientes en enfermedades infecciosas; programas de detección de tuberculosis; cubrir las necesidades básicas de la población drogodependiente y la realización de talleres para obtener conductas más saludables.

- **Asistencia e integración social de drogodependientes:** El objetivo de esta línea es el de reducir la prevalencia del consumo de drogas, con acciones clave como: Información, orientación, apoyo y seguimiento a personas drogodependientes, desarrollo de intervenciones para las familias de información sobre recursos, apoyo psicosocial, derivación y asesoramiento general; implantación para jóvenes alcohólicos de un programa de ayuda para acogida, acompañamiento y atención, esa ayuda se realizará entre ellos. Intervenciones laborales, para trabajadores drogodependientes, en las que se animará a las personas a tomar medidas e iniciar el tratamiento, así como se hará un seguimiento de la situación laboral y les ayudarán en la resolución de conflictos de naturaleza laboral. Tratamiento especializado, en régimen ambulatorio y residencial para tratamientos farmacológicos y psicosociales; implantación de comunicación y cooperación de las redes de ayuda al drogodependiente y salud mental, creación un procedimiento homogéneo; acceso a centros especializados a mujeres drogodependientes embarazadas y víctimas de violencia de género. Intervenciones en drogodependientes con problemas jurídico-legales, asesoramiento legal; formación académica reglada y talleres de habilidades sociales; apoyo residencial; implantación de talleres de inserción laboral.

- **Formación, evaluación e investigación:** Cuyo objetivo es promover la evaluación, formación e investigación. Las acciones clave son, formación, diseño, realización y evaluación del programa, orientado a la formación de profesionales para poder realizarlo; Sistemas de información, evaluación e investigación, encargados de evaluar y distribuir los

datos obtenidos de las encuestas a estudiantes y los realizados a domicilio; crear y distribuir una memoria anual.

- **Coordinación y cooperación:** El objetivo es optimizar la coordinación y cooperación institucional, a través de las acciones clave: manteniendo líneas de comunicación y coordinación estables con la Delegación de Gobierno del Plan Nacional sobre Drogas, Consejerías, organismos autónomos de administración y con las secciones de planes de drogas para conseguir financiación gracias a comisiones y subvenciones.

A continuación, hablaremos de la estructura de tres niveles de intervención, con la iniciación del acceso y derivación dentro del circuito terapéutico. Este sistema garantiza las necesidades de la población drogodependiente:

- **Primer nivel:** clasificado como “la puerta de entrada” al sistema y sus recursos. Sus misiones son la de captar, motivar y derivar a los drogodependientes a los diferentes servicios, para empezar el tratamiento dependiendo de las necesidades, en este caso el acceso a estos recursos es directo, sus funciones generales son la detección precoz de los consumos, apoyo a la integración social, derivar a los casos que lo requieran al segundo nivel para comenzar con su proceso de desintoxicación y rehabilitación, servir como punto de información y orientación sobre recursos, hacer campañas de prevención, control y seguimiento y servir de apoyo para las familias y para la persona con problemas de drogodependencia. Los recursos de atención con los que cuenta este nivel son:

- Atención Primaria de Salud,
- Centros de Acción Social (CEAS)
- Servicios de mediación, orientación, asesoramiento y motivación en el ámbito laboral.
- Centros específicos de primer nivel (Servicios generales de información, orientación, apoyo y seguimiento de personas drogodependientes)
- Servicios de orientación y asesoramiento a personas drogodependientes con problemas jurídico-penales
- Servicios de atención de emergencia social para personas con drogodependencia.

• **Segundo nivel:** Este nivel está situado en el medio, gracias a los equipos ambulatorios multidisciplinares, se diseñan y desarrollan de planes individualizados de tratamiento. La oferta en cuanto al tratamiento de este nivel está orientada a la diversidad y globalidad, con una cabida integral de disciplinas médicas, psicológicas y de enfermería, destacando la flexibilidad del acceso en cuanto al enfoque terapéutico. Los servicios que se ofrecen son, tratamiento y prevención de enfermedades infecciosas; la evaluación, desintoxicación y deshabituación ambulatoria; tratamiento de trastornos mentales; creación de campañas de prevención de riesgos; elaboración y realización de programas de reinserción de población reclusa y drogodependiente; derivación de los casos pertinentes a los recursos de tercer nivel; formación académica y prelaboral; orientación e inserción laboral; apoyo psicosocial y soporte residencial. Los recursos de los que dispone son:

- Centros específicos de asistencia ambulatoria a drogodependientes - CAD (Servicios de asistencia sociosanitaria ambulatoria a personas con drogodependencia)
- Unidades para el tratamiento del alcoholismo
- Servicios especializados de tratamiento del tabaquismo
- Unidades o consultas específicas de tratamiento del tabaquismo
- Centros de día para drogodependientes
- Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD)
- Programas asistenciales en centros penitenciarios
- Servicios de formación y apoyo para la integración sociolaboral de personas con drogodependencia

• **Tercer nivel:** conformado por recursos específicos para el tratamiento en régimen residencial. A estos lugares se accede por derivación de los recursos del segundo y tercer nivel, los recursos que lo conforman son:

- Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH): encargadas de la desintoxicación de drogodependientes. Derivan a recursos del segundo nivel, a comunidades terapéuticas y a centros residenciales para la rehabilitación de alcohólicos.
- Unidades de patología dual: tratamiento para pacientes drogodependientes con descompensación clínica aguda y trastornos mentales. Derivan a recursos del segundo nivel, a comunidades terapéuticas y a centros residenciales para la rehabilitación de alcohólicos.
- Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP): encargadas de la desintoxicación hospitalaria de personas con problemas de alcoholismo y atención a las urgencias psiquiátricas derivadas del consumo de sustancias. Derivan a recursos del segundo nivel, a comunidades terapéuticas y a centros residenciales para la rehabilitación de alcohólicos.
- Comunidades terapéuticas para drogodependientes (Servicios de asistencia residencial en comunidades terapéuticas para personas con drogodependencia): encargadas de hacer una evaluación diagnóstica, desintoxicar, deshabituar y rehabilitar a personas con problemas de drogodependencia, son de carácter residencial; se educa para disminuir los riesgos y daños derivados del consumo; trabajan sobre la prevención de enfermedades infectocontagiosas y de enfermedades mentales; se encargan de realizar curas y atención básica; hacen seguimientos de la situación familiar y judicial de las personas a su cargo; crean talleres de empleo con cursos de formación, para las personas con baja empleabilidad; es un soporte residencial temporal y se coordinan con recursos externos para lograr una mayor cobertura en las necesidades que requiera el paciente cuando terminen el programa. Pueden derivar a recursos de segundo nivel para garantizar mayor éxito en el tratamiento.
- Centros residenciales para la rehabilitación de alcohólicos (Servicios de asistencia residencial para personas con problemas de alcoholismo): Con las mismas características, funciones y derivaciones que las comunidades terapéuticas.

4.2.2. Las Comunidades Terapéuticas como servicios y recursos de prevención indicada.

Una comunidad terapéutica es “un ámbito libre de drogas en el que personas con problemas de adicción y otros problemas viven juntos de una manera organizada y estructurada, con el fin de promover el cambio y de hacer posible una vida libre de drogas en la sociedad real.” (Ottemberg, 1993). Estas comunidades crean micro-sociedades en las que los residentes y monitores, asumen roles diferentes y se establecen reglas claras diseñadas para obtener un mejor resultado en el proceso de transición de los residentes hacia la rehabilitación. Es por esto, que hablamos de centros que cuentan con programas y estrategias de prevención indicada, que como hemos dicho anteriormente, están destinados a personas que ya han empezado con los consumos y tienen problemas conductuales derivados del consumo de drogas.

El objetivo de estos centros terapéuticos es de forma intensiva y globalizada, abordar sus problemas con la adicción a las sustancias con actividades, medico-sanitarias, psicoterapéutico, ocupacional y socioeducativo.

Estos centros deben contar con unos principios básicos que se deben respetar, destacando (Equipo de expertos en ciencias de la salud,2016)

- Sistema de puertas abiertas: Aludiendo al principio y derecho de que los residentes, deben tener el poder para decidir cuando entran o salen de forma libre, siendo la estancia voluntaria, así mismo, el equipo puede tomar medidas de presión para que la persona no abandone el programa.
- La violencia está prohibida: No están permitidos los comportamientos violentos dentro del recinto.
- Justificación: A nivel tanto clínico, como administrativo.

Un dato a tener en cuenta, es la permanencia. Son centros en los cuales los residentes, están de forma permanente 24h y los miembros del equipo tienen una convivencia continua y estrecha. En cuanto a la duración de la estancia, depende de cada caso en concreto, y el ritmo en la recuperación, pero tienen un tiempo límite por usuario.

La acción de las comunidades, va dirigida a personas con problemas de adicción, mayores de edad; con residencia en la comunidad de la que dependa cada centro; que vayan derivadas por el médico, por los procedimientos vigentes y que tengan autonomía para poder mantenerse.

Las Comunidades ofertan dos tipos de prestaciones:

- 1.- Prestaciones básicas, el alojamiento y manutención de las personas atendidas.
- 2.- Prestaciones especializadas, intervención sobre los problemas de adicciones, coordinados con los servicios sanitarios especializados.

Dichas intervenciones se explicarán y ejemplificarán más adelante, gracias al modelo ofrecido por la comunidad terapéutica que se presenta en este trabajo.

El perfil de los residentes de las comunidades terapéuticas, muestran diversidad en cuanto a las características cognitivas que se asocia con el abuso de sustancias, normalmente se caracterizan por falta de autoestima, dificultad para tomar decisiones, baja capacidad de juicio y grandes problemáticas en la resolución de conflictos. En cuanto a características emocionales destacan la baja tolerancia a la frustración, dificultades en la expresión de sentimientos y problemas generales de madurez. Todas estas características vienen derivadas del consumo y el abuso de sustancias que no han permitido con correcto desarrollo de la persona en estas áreas (De León, 2000)

En las Comunidades las intervenciones que se realizan, están pensadas y diseñadas con un sentido terapéutico, creando cambios y aprendizajes en el individuo que pondrá en práctica una vez terminada la estancia en estos lugares. Estas intervenciones tienen diferentes metodologías, siguiendo a G. De León (2000), son las siguientes:

- ❖ Intervenciones formales e informales: las formales, están diseñadas, planificadas y son parte de la rutina habitual del centro, los contextos en los que se desarrollan están controlados por los profesionales o los propios residentes. Este tipo de intervención, se realizan bajo la supervisión del profesional, aunque pueden estar guiados por las personas que residen en la comunidad. Por el contrario, las intervenciones informales se dan de forma espontánea o casual, basadas en las interacciones normales de los residentes, no hay planificación en ellas y se espera que los mismos residentes sean quienes corrijan las conductas de los compañeros, en el caso de ser necesario.
- ❖ Intervenciones de la comunidad: Son aquellas intervenciones que se realizan con un carácter grupal, están programadas dentro de las actividades diarias, como las terapias en grupo, las actividades programadas, las comidas, etc. lo que pretenden es una

modificación específica del individuo a partir de las actuaciones de la comunidad de forma indirecta y/o actuar para todas las personas residentes. Dentro de esta categoría encontramos las intervenciones específicas, que contrariamente, no están planificadas, pero son dependientes de las necesidades y circunstancias de la comunidad. En ella se engloban las problemáticas que puedan aparecer, episodios violentos, de consumos, defunciones, etc. En estos casos se hacen intervenciones espontáneas por parte del equipo terapéutico, encargados de planificar intervenciones rápidas y eficientes que tienen como objetivo volver a la normalidad del centro.

- ❖ **Intervenciones individuales:** Referidas a la conducta de una persona en específico, buscan soluciones a problemas conductuales de una persona, que han sido reportados por residentes o han podido ser observables por los profesionales, suelen tener una connotación negativa y solventarse con avisos, sanciones o conversaciones ya sean cortas o extensas, aunque también sirven para premiar comportamientos. Aunque las repercusiones sean individuales, el impacto en cuanto al aprendizaje es grupal, es por esto que se utilizan para dar ejemplo al resto de la comunidad.
- ❖ **Intervenciones interactivas:** Las intervenciones tienen impacto en las personas, pero hay algunas que necesitan más tiempo para asimilarlo y en ocasiones requieren de la ayuda de los compañeros para reflexionar juntos y obtener la respuesta que se busca en ellos/as. Por ejemplo, cuando se realizan seminarios, tras exponer un tema, es bueno dejar tiempo para que hablen entre ellos porque es la mejor forma de modificar una conducta o pensamiento, gracias a los aportes de los iguales que lo reconduce.

4.2.3. La Educación Social, funciones dentro de una Comunidad Terapéutica

Todas las intervenciones educativas que se realizan, en este caso en concreto de drogodependencias, tienen en común, que existe una dimensión social, es por esto que el profesional, requiere de respuestas a nivel educativo y social. Dicho esto, se observa la necesidad de preparación multidisciplinar que dé respuesta a cuestiones como, el conocimiento profundo y el estado de nuestra sociedad, planteando las problemáticas que residen en la misma y el desarrollo de estrategias destinadas a solucionarlos, en este caso, la problemática social gira entorno a las adicciones a las sustancias (Bedriñana, 2006).

La Educación Social tiene un papel y presencia importante en el trabajo que se desempeña el campo de las adicciones, en una amplia mayoría de personas con problemas de adicción se ha podido comprobar que hay alteraciones en la socialización, promoviendo la asociación diferencial o por el aislamiento. (Sixto-Costoya & Olivar Arroyo, 2018)

La acción que desarrolla el educador/a social en las comunidades se dirige a la socialización del paciente drogodependiente, educando para la obtención recursos que le permitan reincorporarse a la sociedad en igualdad de condiciones, pudiendo de esta forma escoger un lugar en la sociedad. (Olivar Arroyo, Sanchís Carrillo, & Ros Verdeguer, 2008)

Romaní (1993) propuso una corriente llamada “Reconstrucción del modus vivendi” pensada para aquellas personas que estaban dejando el consumo, en este se exponen los aspectos importantes o angulares en el proceso de rehabilitación, como son familia, amigos, la zona de residencia, la vivienda, ocio y economía. En su proceso es necesario un acompañamiento en dos bloques, el primero, la educación a la diversidad de las redes sociales, en la que es necesario el desarrollo de la sociabilidad y la circulación social; y el segundo, nos habla de la promoción cultural y social con el objetivo de ampliar las perspectivas educativas, laborales, de ocio y participación social. El profesional de la educación social, se forma en todos estos aspectos que, por otro lado, se relacionan con la propia definición de la educación social (ASEDES, 2007, p.12):

Derecho de la ciudadanía que se concreta en el reconocimiento de una profesión de carácter pedagógico, generadora de contextos educativos y acciones mediadoras y formativas, que son ámbito de competencia profesional del educador social, posibilitando:

- La incorporación del sujeto de la educación a la diversidad de las redes sociales, entendida como el desarrollo de la sociabilidad y la circulación social.
- La promoción cultural y social, entendida como apertura a nuevas posibilidades de la adquisición de bienes culturales, que amplíen las perspectivas educativas, laborales, de ocio y participación social.

Según el Gobierno Vasco (1991), el educador/a en las comunidades terapéuticas tiene una participación doble, dentro y fuera del grupo, haciendo una diferenciación entre responsable y miembro del equipo. Dentro del grupo para evitar un posible desplazamiento de la problemática tanto personal como de grupo ante una posible víctima propiciatoria como puede darse el caso con la figura de un educador/a que no se haya adaptado correctamente a las necesidades del grupo.

Esta situación si no se procura evitar, dará como resultado la creación de un clima de desconfianza que a su vez no propiciará que se cuenten secretos y desarrollen cohesión grupal. Por eso la función que tiene el educador/a social es la de crear un entorno positivo, agradable y conciliador, evitando los climas hostiles, de rechazo y negativos.

A su vez, como se ha mencionado anteriormente, el educador/a también tiene que estar fuera del grupo, quedando de esta forma claro que es la figura en la que recae la responsabilidad de tomar las riendas en cualquier momento y lugar ante situaciones de crisis o necesidad. Es por esto que los educadores/as tienen que ser conscientes de que no se pueden ver arrastrados por el grupo situaciones cómodas y fáciles, y que esto da como resultado en muchas ocasiones apatía, desmotivación y abandono del residente.

Es por esto que los educadores/as tienen que tener presentes ciertas características necesarias en el desarrollo de su actividad profesional (Gobierno Vasco,1991):

- **Dinamizar:** motivando e instando a los residentes para que participen, cuestionando los diferentes puntos de vista de las personas con el objetivo de fomentar dicha participación, creando de este modo un entorno dinámico y distendido para los propios residentes.
- **Visión global:** para de este modo conseguir dar un sentido a toda la acción terapéutica, creando objetivos claros, no desautorizarse y crear una unificación en los criterios. Gracias a esto se puede lograr una forma de trabajo que permita ver con perspectiva las diferentes situaciones y mejoren la intervención en las distintas problemáticas.
- **Contener:** Dentro de la comunidad mantener los límites establecidos y siendo respetados, sin olvidar que la visión en cuanto a las intervenciones en ocasiones debe ser flexible, valorando la situación, teniendo, por lo tanto, que tener una relación más estrecha con el grupo cuando sea necesario.
- **Orientar:** una de las funciones más visibles que realizan los educadores/as en las comunidades es esta, teniendo que orientar tanto en los trabajos y el funcionamiento de la comunidad, como, en situaciones de índole personal que se relacionan de manera directa con la convivencia.

Dentro de este tipo de centro los educadores/as, tienen dos tipos de funciones que deben desarrollar de forma separada, pero que es complementaria, el trabajo a nivel individual y a nivel grupal. A nivel individual, es un trabajo basado en la sucesión de fases y se prolonga en el tiempo, es una senda que se caracteriza por los avances y retrocesos, las crisis y los cambios. Se compone de cinco etapas:

- Acogida: aceptación y conocimiento
- Establecimiento y consolidación del vínculo.
- Apoyo y control.
- Autorrefuerzo, autocontrol y autonomía.
- Prealta: despegue y separación.

Durante estas etapas, el educador/a lo que busca es potenciar sus habilidades y que la persona alcance el mayor nivel de autonomía. La primera etapa es de las más significativas, en esta, el profesional tiene toda la información importante sobre sus relaciones, gracias a los informes, que deben ser analizados para lograr objetivos y proponer una estrategia acorde con las necesidades del sujeto, los objetivos como la estrategia irán variando durante el proceso adaptándose a los cambios personales y a las nuevas demandas de la persona, finalizando en la última fase donde se evaluará y analizará el proceso desarrollado en las fases, identificando los cambios producidos a nivel socioeducativo y las nuevas experiencias producidas gracias a la aplicación de este tipo de herramientas.

Siguiendo a Olivar Arroyo, Sanchís Carrillo y Ros Verdeguer (2008), a nivel grupal el trabajo del profesional, se basará en la realización de actividades, desarrolladas, programadas, planificadas y evaluadas, para ser espacios en los que los sujetos adquieren nuevos aprendizajes en los que compensar y compartir las carencias que tienen a nivel individual, creando así un espacio de aprendizaje conjunto. En cuanto a la metodología es participativa, se realiza de forma práctica y suele ser cooperativa. Los contenidos que se trabajan en ellas son de diversa índole, por ejemplo, el uso del ocio y tiempo libre, las problemáticas relacionadas con la violencia, etc. Estas sesiones tienen una alta intensidad para los sujetos y para los educadores/as que se ven envueltos en constantes resoluciones de cuestiones planteadas por los residentes, siendo necesarias y valoradas actitudes como el pensamiento rápido y la capacidad para hacer reflexionar a las personas, para de esta forma llegar ellos y ellas mismas a la solución de sus cuestiones.

Igualmente, apuntan que debemos recordar que los educadores/as trabajan en equipos de carácter multidisciplinar en la que es necesario el cumplimiento por parte de todos los profesionales con una serie de funciones que ayudan al correcto funcionamiento de las estrategias planteadas como son:

- ❖ **La reflexión común sobre la práctica:** en la que se asientan procesos reflexivos que contribuyen con dotar de identidad a la comunidad terapéutica y al equipo terapéutico, también se revisan las acciones comunes.
- ❖ **Flujo de información entre los profesionales:** Partimos de la idea de que toda la información que se pueda recabar es relevante para el trabajo de cualquiera de los profesionales. Ayuda a tener una visión global del estado en el que se encuentra la comunidad y a entender el transcurso de algunos conflictos, siendo más fácil poder solventarlos, creando estrategias más objetivas, pudiendo actuar de forma más rápida.
- ❖ **Coordinación entre los profesionales:** A pesar de que la actuación de los profesionales tiene un objetivo común, hay que marcar los límites de la parcela de actuación del campo de cada profesional, para de esta forma no repetir o entrar en el trabajo de otro profesional, en el caso de los educadores/as la estrategia a seguir está cementada en los objetivos propuestos de forma individual, con seguimiento individualizado, con actividades sistematizadas enmarcadas en el espacio de lo cotidiano.

Según su estudio, lo primero que llama la atención es el bajo porcentaje de profesionales de la educación social diplomados, frente a las personas que ocupan su rol dentro de las comunidades terapéuticas, siendo mayoritaria las personas que han estudiado magisterio, pero ejercen como educadores sociales, dificultando la acción educativa de la educación social, por su falta en ocasiones de visión social. (Olivar Arroyo, Sanchís Carrillo, & Ros Verdeguer, 2008)

5. METODOLOGÍA

Esta es la parte más práctica del trabajo, en ella conoceremos cómo se estructura una comunidad terapéutica y el papel que desempeña la Educación Social en la misma. En este caso una comunidad terapéutica se ha prestado a facilitarme la información que se analizará, la cual se complementa gracias a mi experiencia en la realización de las prácticas profesionales de cuarto curso realizadas en este lugar.

Para ello, en la primera parte se retratará el funcionamiento cotidiano de la comunidad terapéutica, en el que pondremos en contexto la comunidad, trataremos el tema de los horarios, que se siguen de manera ordinaria y las actividades con los objetivos diseñados por el equipo de profesionales para el proceso terapéutico de los usuarios. Esta información está obtenida gracias a la observación en mi período de prácticas y material complementario que me ha cedido la entidad responsable.

Para la segunda parte, considero enriquecedor conocer las funciones, papel y valoración que se les da a los profesionales de la Educación Social, tanto por otros profesionales como por los residentes, en este contexto. Es por esto que se han diseñado dos modelos de entrevista, una destinada al equipo terapéutico y otra para los residentes.

A nivel metodológico se ha utilizado la entrevista estructurada, como instrumento de recogida de información.

Las entrevistas pretenden obtener información en base a los siguientes temas:

- Conocer la experiencia previa de los profesionales, trabajando con este sector de la población.
- Descubrir las funciones de los educadores/as sociales en las comunidades terapéuticas.
- Valorar los aportes que realizan los educadores/as sociales tanto al centro como al equipo terapéutico.
- Comprender las relaciones desarrolladas entre educador/a y usuario.
- Identificar las metodologías utilizadas en las terapias.

Las personas informantes han accedido de manera voluntaria a participar en las entrevistas. Con el objetivo de ampliar la información obtenida y ver dos puntos de vista a priori diferentes,

estos informantes se componen tanto de profesionales como usuarios, como se refleja en la siguiente tabla:

Tabla 4

Datos generales de las personas informantes entrevistadas

	Vinculación	Tiempo	Edad	Sexo
Informante 1 (I1)	Profesional (Educadora social)	3 años	32	Mujer
Informante 2 (I2)	Profesional (Monitora)	19 años	55	Mujer
Informante 3 (I3)	Profesional (Psicóloga)	29 años	58	Mujer
Informante 4 (I4)	Profesional (Educadora social)	13 años	56	Mujer
Informante 5 (I5)	Profesional (Psicóloga)	1 año	52	Mujer
Informante 6 (I6)	Profesional (Educadora social)	3 años	48	Mujer
Informante 7 (I7)	Residente	9 meses	45	Hombre
Informante 8 (I8)	Residente	6 meses	43	Mujer
Informante 9 (I9)	Residente	5 meses	48	Hombre
Informante 10 (I10)	Residente	7 meses	45	Hombre
Informante 11 (I11)	Residente	7 meses	42	Hombre
Informante 12 (I12)	Residente	1 mes	43	Hombre
Informante 13 (I13)	Residente	2 meses	43	Mujer

6. RESULTADOS Y ANÁLISIS

6.1. Acercamiento al proyecto socioeducativo de una CCTT

Esta parte del trabajo se centra en la descripción y análisis del programa que desarrolla en una comunidad terapéutica en la provincia de Palencia. Se trata de una entidad dedicada a la rehabilitación de personas con problemas de adicción a las sustancias. Primeramente, se procederá a hacer una breve explicación del funcionamiento del centro, junto con la programación y las normas principales de la comunidad terapéutica y por último se hará una valoración en conjunto.

Este centro, lleva en funcionamiento desde septiembre de 1989, se encuentra ubicado en una localidad rural a 27,2 km de la capital. Es un lugar estratégico ya que, por un lado, está alejado de un núcleo urbano grande en el que pueden recaer con más facilidad en el consumo y por otro,

el pueblo cuenta con poca densidad de población, proporcionando un lugar tranquilo y libre de distracciones en el que poder reflexionar y centrarse exclusivamente en su proceso terapéutico.

Este centro cuenta con un equipo de profesionales encabezado por una directora encargada de las gestiones, crear presupuestos, acudir a las reuniones, las contrataciones, gestionar la entrada de nuevos residentes y las salidas, evaluar el funcionamiento del centro y envía los formularios, informes y los datos que requiere la Junta.

Dos psicólogas encargadas de diseñar, realizar y evaluar las terapias individuales de las personas que las tienen como terapeutas de referencia, teniendo que enviar evaluaciones y valoraciones de estas personas y grupales que requieren de una visión orientada a entender los procesos psicológicos que ha tenido durante los consumos y posteriores a ellos, dirigiéndoles a comprender los estados de ánimo que tienen y ayudando a la gestión de los mismos.

Dos educadoras sociales, las cuales tienen funciones diferenciadas entre sí, una de ellas se encarga de realizar terapias enfocadas al conocimiento y descubrimiento de ellos mismos, talleres de autoestima, autoconcepto, etc. Teniendo por lo tanto terapias grupales e individuales, estas últimas se realizan con las personas que la tenga como terapeuta de referencia, realiza valoraciones y evaluaciones de los residentes y de cómo ha transcurrido su proceso. La otra educadora social se centra en procedimientos burocráticos, como pedir ayudas para los residentes como el ingreso mínimo vital o la renta garantizada de ciudadanía, también hace trámites judiciales y lleva a cabo talleres de tiempo libre en los que las actividades normalmente son manualidades.

También cuentan con dos monitoras, encargadas de los traslados de los residentes a los servicios médicos, judiciales o al acompañamiento de cualquier otra gestión, se encargan de administrar la medicación, preparar las habitaciones para los nuevos ingresos, comprobar el estado de las habitaciones, llamar por teléfono para realizar los trámites necesarios y hacer las pruebas de alcohol y drogas de las personas que ingresan y las que vuelven de una prueba.

Cuentan con dos monitores de noche, uno para entresemana y otro de fin de semana, ellos se encargan de que durante las noches no ocurran incidentes y en el caso de que así sea, llamar a quien sea necesario, por ejemplo, a una ambulancia. Por último, cuentan con una cocinera que durante la mañana deja preparados los menús para la comida y la cena con ayuda de dos residentes y una psicóloga voluntaria que acude a dar terapias una tarde a la semana.

El número total de plazas que admiten son 40, parte de la financiación de este centro depende de la subvención de la Junta de Castilla y León, que abona las plazas de índole público las cuales son 35, con el único requisito de tener el empadronamiento en esta Comunidad Autónoma. La otra parte de las plazas, son de carácter privado, 5 plazas y no tienen requisitos de admisión.

Para poder tener acceso a las plazas públicas, tendrán que ser derivados por ACLAD, el CAD o por Salud Mental, así mismo tendrán que guardar su turno puesto que hay lista de espera para poder comenzar con el programa. Las plazas quedarán libres gracias a las altas terapéuticas, una vez finalizado el programa, las altas voluntarias, que se tramitan cuando la persona de forma voluntaria decide terminar con el programa, o las expulsiones que se dan cuando la persona ha infringido de forma reiterada las normas del programa. En el caso de las plazas privadas, no tienen lista de espera y no se requiere de una derivación por parte de ninguna institución o asociación.

La comunidad terapéutica sigue un protocolo para los regresos y las pruebas a realizar, que se llevan a cabo cuando llevan un tiempo en el programa y el terapeuta de referencia lo considera. Los regresos son oportunidades que dan a los residentes que consisten en que, durante un tiempo estipulado, regresan a su vida cotidiana, para poner en práctica los conocimientos y estrategias proporcionados en las terapias. Una vez acordado con su terapeuta de referencia el día y hora de regreso, se procederá a realizar pruebas con el fin de cerciorarse de que no se introduzcan sustancias que desestabilicen al residente ni a la comunidad en conjunto.

En caso de emergencia sanitaria, dependiendo de los profesionales que se encuentren en ese momento en el centro se traslada al usuario al centro de salud más cercano (una localidad rural a 13,7 kilómetros) para recibir la atención médica que no se ha podido realizar de forma interna. En caso de que el diagnóstico requiera de desplazamiento a Palencia por la gravedad, cuando sólo hay un profesional disponible en el centro, se le proporciona un taxi al usuario, pasando la responsabilidad al centro de salud; en el caso de que en el centro se encuentre más de un profesional disponible, el usuario estará siempre acompañado por un monitor, estando el resto en la comunidad terapéutica. Suponiendo que haya ingreso nocturno, se avisará a la familia de inmediato, dependiendo de la gravedad, o se espera al día siguiente para no crear alarmas innecesarias en los familiares. Como última posibilidad en caso de atención médica, si los monitores presentes en el centro no tienen oportunidad de trasladar al usuario al centro de salud, se procederá a notificar la incidencia al 112, quienes se encargan de enviar una ambulancia para

el desplazamiento al centro que consideren ya sea al centro de salud o al hospital, siguiendo el mismo protocolo que en los dos casos citados anteriormente.

En relación con la organización diaria, se estructura haciendo la limpieza por la mañana, posteriormente se llevan a cabo las terapias, hacen la limpieza y realizan actividades voluntarias o duchas, por la tarde tienen terapias, asamblea y duchas. Así mismo, la información de la organización aparece explicada y desarrollada en el ANEXO 6.

Con la intención de poder ejemplificar las actividades socioeducativas que se desarrollan desde la comunidad terapéutica, se han creado dos tablas con la información necesaria para poder conocer los talleres, cuáles son sus objetivos y cuál es la duración y periodicidad:

Tabla 5
Organización de las actividades

Talleres	Objetivos	Duración y periodicidad
Prevención de recaídas	<ul style="list-style-type: none"> -Sensibilizar sobre la importancia de la abstinencia. -Dotar de recursos -Clarificar conceptos 	<ul style="list-style-type: none"> -<u>Diez sesiones.</u> -<u>Dos horas</u> cada una, una vez por semana. -Los participantes serán <u>voluntarios</u> y estarán designados por la terapeuta.
Mi cambio para continuar sin beber	<ul style="list-style-type: none"> -Afianzar los cambios logrados hasta el momento. -Abordar los conflictos que se pueden dar en las salidas 	<ul style="list-style-type: none"> -<u>Diez sesiones.</u> -<u>Una hora</u> cada una, una vez por semana. -Participantes designados por los terapeutas en base a: evolución, tiempo de permanencia y si están realizando salidas en el centro.
Tiempos mejores	<ul style="list-style-type: none"> - Reenfocar el cambio pensando en lo positivo que voy hacer y no en lo negativo que he hecho - Generar recursos para conseguir un enfoque positivo 	<ul style="list-style-type: none"> - El tiempo que dure el programa. - <u>Una hora</u> cada una, una vez por semana. - Participará <u>todo el grupo.</u>
Relajación	<ul style="list-style-type: none"> - Adquirir conocimientos, teóricos y prácticos sobre las diferentes formas de respiración y relajación. - Mejorar la calidad de vida, bajando los niveles de ansiedad y mejorando el autocontrol. - Favorecer la práctica diaria. 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Diez sesiones</u> una a la semana. - <u>Una hora de duración.</u> - Participantes <u>voluntarios.</u>

Habilidades sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer la importancia de las habilidades sociales para relacionarse con los demás. - Adquirir o mejorar los recursos. - Ayudar a las relaciones interpersonales gratificantes. 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Diez sesiones</u> una a la semana. - <u>Hora y media</u> de duración.
Desarrollo personal	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar habilidades individuales. - Promover actitudes de cambio personal. - Propiciar el crecimiento personal. 	<ul style="list-style-type: none"> - El tiempo que dure el <u>programa</u>. - <u>Un día a la semana</u>. - <u>Una hora</u> de duración. - Participa <u>todo el grupo</u>.
Yo y mis emociones	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar las emociones. - Controlar y manejar las emociones. - Descubrir y experimentar aquellos estados más desconocidos para ellos. 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Diez sesiones</u>. - <u>Una hora y media</u> cada una, una vez por semana. - Participantes designados por los terapeutas
Autoestima	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar la imagen que se tiene - Aceptarnos y valorarnos - Aprender a respetarse - Aprender a quererse 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Diez sesiones</u> - Participantes <u>designados por los terapeutas</u>
Aprender a querernos	<ul style="list-style-type: none"> - Recuperar la confianza en ellos mismos - Aprender la escucha activa - Descubrir las actitudes positivas de cada uno - Aprender a satisfacer necesidades - Mejorar el autoconcepto 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Diez sesiones</u> - <u>Una vez por semana</u> - Participantes <u>designados por los terapeutas</u>
Tiempo para pensar	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar la reflexión sobre temas de índole terapéutico. - Mejorar la comunicación entre los miembros del grupo - Propiciar la intervención 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Una vez por semana</u>. - <u>De forma continuada</u>. - <u>Toda persona que no esté en el grupo de prevención de recaídas</u>.
Trabajando la mente	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir el deterioro cerebral en especial la memoria - Desarrollar estrategias que ayuden al mantenimiento cerebral. 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Diez sesiones</u> - Participantes <u>designados por los terapeutas</u>

Por otro lado, en tabla 6 se van a mostrar las actividades relacionadas con la gestión del tiempo libre:

Tabla 6

Actividades para el uso del tiempo libre

Talleres	Objetivos	Duración y periodicidad
Lectura con menta	<ul style="list-style-type: none"> - Crear hábitos de lectura - Usar la lectura como forma de aprendizaje y comprensión. - Mejorar la lectura comprensiva 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Una vez por semana</u> - <u>De forma continuada</u>
Manualidades	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar actividades artísticas. - Fomentar la imaginación. - Aprender nuevas técnicas. 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Una vez por semana</u> - <u>De forma continuada</u> - De carácter voluntario
Paseo	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar el ejercicio físico. - Eliminar el sedentarismo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Todos los días
Película con comentario	<ul style="list-style-type: none"> - Modificar la forma de ver películas, facilitando la reflexión. - Dialogar sobre temas enriquecedoras para el desarrollo personal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Todos los fines de semana

A continuación, desarrollaremos tres de los talleres que más se vinculan con el papel y funciones del educador/a social:

- **Prevención de recaídas**, es una terapia grupal, que consta de diez sesiones repartidas en una sesión semanal, con una duración de dos horas. Su finalidad es concienciar sobre los beneficios que les aporta el no consumir a diferentes niveles de su vida privada, ya sean entrono social o laboral. Así mismo proporcionan estrategias destinadas a evitar el consumo cuando ellos/as salgan del centro, este paso es importante porque les dota de confianza y pueden controlar el síndrome de abstinencia. En cuanto a los conceptos, se considera necesario para el proceso terapéutico que la persona, que entienda que su adicción tiene nombre, consecuencias físicas, psicológicas y sociales y a entender mejor su situación.

- **Habilidades sociales**, son talleres, grupales que se desarrollan en diez sesiones, una vez por semana, con una duración por taller de hora y media. El objeto de la actividad, consiste en identificar aquellas actitudes que suponen un problema en las relaciones con los demás. Una vez identificadas, la persona tiene que tomar conciencia de dichos problemas, para adquirir y mejorar las habilidades sociales, mejorando las relaciones interpersonales.

- **Autoestima**, es una actividad, de grupos reducidos que se dividen en diez sesiones, con un tiempo designado por la persona encargada de dirigir la actividad, la duración dependerá del avance de los residentes implicados en la misma. Las personas con problemas de adicciones, han estado expuestas durante su consumo a comentarios negativos, que, por la periodicidad, han interiorizado creando una imagen mental irreal en la que se ven como personas inferiores. Es por ello, que esta actividad está diseñada para enseñarles son personas igual de válidas y merecen el mismo respeto que los demás, aprendiendo a quererse recuperando la confianza en ellos mismos.

Destacaría, también, la importancia de todos los talleres relacionados con la gestión del tiempo libre, porque una vez terminado el programa tienen que aprender a gestionar el tiempo gracias al ocio saludable, supliendo los tiempos de consumo por otros productivos y que les creen satisfacción. Es por esto que se proponen diferentes talleres para que puedan probar cuales son los que encajan más con su perfil y gustos, entre ellos encontramos, talleres de lectura que les ayudan a la concentración y la lectura activa; manualidades que fomentando la psicomotricidad fina y la imaginación; el paseo dando opción a actividades físicas al aire en las que disfrutar del paisaje y de un momento de reflexión y películas con comentarios, en las que no sólo se trata de ver una película sino de analizar, pensar.

Además, hay otros aspectos a nivel de organización y normas que en este contexto es preciso mencionar. En cuanto a introducir comida, existe un reglamento interno que regula y pone condiciones a esta entrada. La comida personal se divide en dos, por un lado, estarían lo que se denominan golosinas de quiosco como chicles, caramelos, gominolas, etc. que se deben guardar en contenedores de metal o cristal ubicados en las habitaciones, para evitar plagas. Por otro lado, el resto de comida que se introduzca en el centro se guardará en el almacén, dicha comida se repartirá entre todos los usuarios del centro, contando con la elección de la fecha por parte de la persona propietaria de la comida, con el objetivo de fomentar el hábito de compartir y así lograr la eliminación de la discriminación entre usuarios.

En relación con la medicación, la preparación de la misma se llevará a cabo en dos turnos, primero el turno de noche, en el que se prepara la medicación que se administra en la cuarta toma que sería la nocturna y el desayuno; segundo turno, se realiza por la mañana y es la administrada en la comida y la cena. Toda la medicación administrada en el centro sigue las pautas de médicos internos y externos. El reparto se realiza de forma individual en el comedor, asegurando que se ingiera el medicamento, en desayuno, comida y cena. En el cuarto turno, el nocturno, el reparto se hace en el despacho siguiendo las mismas pautas. Esta forma de administrar la medicación ayuda a facilitar las tomas, evita conflictos y el mal uso de la medicación.

El cocinero y el encargado de la compra semanal, son los responsables de preparar el menú saludable. Se eligen dos usuarios que varían cada semana cuya función se basa en ayudar en las labores de cocina, a su vez se elige otro usuario responsable de la limpieza de menaje de cocina. Todos los usuarios están supervisados por el cocinero/a, quien da las responsabilidades.

Una vez analizado el funcionamiento del centro, procedemos a realizar una valoración de los puntos presentados; comenzaremos por la localización, en la práctica y para el desarrollo de la actividad diaria, estar en una zona rural con poca densidad de población proporciona a las personas residentes un enclave tranquilo, los vecinos del pueblo conocen a las personas que residen en el centro por lo que en caso de haber algún problema se pueden poner en contacto con los trabajadores de la comunidad y estos pueden darles una mayor libertad al ser más fáciles de localizar. Las desventajas con las que tienen que trabajar son, tener que trasladar a los residentes a la capital para las gestiones que tengan que realizar, trasladar a otros pueblos cercanos a las personas que tengan citas médicas, los trabajadores tienen que desplazarse hasta el lugar y la logística en cuanto a alimentación se hace trasladando los alimentos desde la capital hasta el centro o logrando que los repartidores acudan al mismo.

El personal que conforma el equipo terapéutico, consta de profesionales de diferentes ámbitos, por lo que se habla de un equipo multidisciplinar. Cada una de estas personas tiene unas funciones claras y diferenciadas para poder abarcar todos los temas necesarios en el proceso terapéutico, ayudando al funcionamiento diario sin incidentes y eficiente.

El acceso para plazas públicas, se realiza se realiza forma controlada gracias a las derivaciones procedentes de los recursos del segundo nivel, garantizado a través del análisis de la situación personal si lo que requiere la persona para su tratamiento es acudir a una comunidad

terapéutica. Existe una desventaja en el acceso al tratamiento, puesto que tienen lista de espera para las plazas públicas, en cambio las privadas tienen acceso directo e inmediato.

El protocolo que siguen en el centro en cuanto a emergencias, ha sido diseñado con el objetivo de proceder con la mayor rapidez posible. Está estructurado para identificar el centro dependiendo de la gravedad, facilitando el trabajo a los profesionales al suprimir el tiempo de toma de decisiones.

En cuanto al protocolo de medicamentos, la organización de la medicación, está pensada para que los pastilleros siempre estén listos para suministrarse, de esta forma, es más difícil cometer errores a la hora de distribuir la medicación correspondiente. El reparto de la misma se hará atendiendo a las pautas de toma, proporcionadas por el médico, llevando un control de las personas que ha hecho la ingesta.

La organización diaria, está estructurada para que las personas drogodependientes tengan una rutina, necesaria para su proceso terapéutico. Tiene una gran relevancia para estas personas al venir de situaciones en las que no han tenido una buena gestión y organización de su tiempo. Las actividades, están distribuidas para realizarse tanto de mañana como de tarde, al igual que las terapias, las que abordan temas como la higiene personal, talleres de autoconocimiento y autoestima, etc. Todas ellas enfocadas al aprendizaje y autodescubrimiento personal, para entender los procesos psicológicos que atraviesan durante el proceso de rehabilitación y posterior a él, de esta forma, pueden controlarlos.

El protocolo de comidas, tiene la función de controlar los alimentos que entran en el centro, el lugar donde se guarda y custodia de ellos. Los residentes tienen acceso a estos cuando lo desean, lo que puede producir una pérdida de control de las apetencias, llevándolos a comer de forma compulsiva como forma de calmar la ansiedad. Este hecho es contraproducente porque cuando tengan “mono” lo no conseguirán controlar, sustituyéndolo, por lo que la conducta adictiva no finaliza.

6.2.La educación social en la CCTT

Este apartado se centrará en analizar las entrevistas realizadas al equipo terapéutico (Anexo 7) y a los usuarios de la comunidad (Anexo 8), tomando como referencia los aspectos mencionados con anterioridad en el apartado de metodología.

Procediendo al análisis de las entrevistas, los profesionales de esta comunidad han trabajado en la asociación entre un año y veintinueve y la mayoría de ellos no han tenido experiencias previas en comunidades terapéuticas con funciones rehabilitadoras hasta comenzar a desempeñar su actual puesto de trabajo.

Coinciden en la mayoría de aspectos, acerca de las funciones que desarrollan los educadores/as sociales, haciendo hincapié en el diseño de programas para drogodependientes, a través de actividades, terapias y recursos, como: terapias familiares, individuales y grupales. Estas se enfocan en el fomento de la memoria y la calidad de vida, la resolución de conflictos; el desarrollo de habilidades sociales, cuidado personas, gestión del tiempo libre utilizando como medio actividades socioeducativas como el huerto, cuidado del medio ambiente; desarrollo integral de individuo, independencia, autonomía emocional, autocontrol y asunción de responsabilidades, así como motivación para el cambio y la adaptación social.

Otras de las funciones del educador/a social, consisten en la gestión de recursos sociales y legales, como la búsqueda de una plaza en pisos tutelados y/o acceso a subvenciones, como explica el informante 1, “gestión sobre todo de temas más sociales o legales que puedan afectar a los pacientes como por ejemplo la búsqueda de pisos tutelados para cuándo salgan de aquí, albergues, buscarles a lo mejor algún tipo de discapacidad o de pensión y luego también muchos también tienen problemas judiciales que se lo lleva el educador social, servicios a domicilio de la comunidad, localizaciones permanentes, la resolución de conflictos, el hablar con la familia o con quien sea necesario.”

La última función destacable es la realización de informes de tratamiento del paciente desde el inicio de su terapia hasta el final, incluyendo en ellos las labores de acompañamiento desempeñadas, el trámite de alta terapéutica y seguimiento. Como nos relata la informante 5 “Realización de entrevistas de valoración para trabajar objetivos con los pacientes, coordinación con el equipo terapéutico de los objetivos del programa y con los pacientes a nivel individual, elaboración de proyectos educativos individuales, Seguimientos individuales (tutorías), diseño, implementación y evaluación de actividades y realización de informes educativos y de evolución y finalización de tratamiento”

En relación, al aporte que proporcionan los educadores/as sociales al centro y al equipo profesional, las respuestas han sido uniformes reforzando la idea del enfoque humanizador y dinamizador de la comunidad, el fomento del desarrollo personal, a través de la educación no formal y el fortalecimiento de los vínculos familiares, entre el usuario y su respectiva familia, así como ser ejemplos de modelo de conducta.

El equipo profesional del centro es multidisciplinar y en éste el educador social ayuda a la detección de problemas para la correcta reinserción. Esto puede llevarse a cabo debido a la cercanía con los pacientes que produce confianza por parte de los mismos, para que sean capaces de comunicarse con los educadores/as sociales y de ésta forma expresar sus sentimientos. En esta línea, el informante 5 hace una aportación complementaria y enriquecedora de lo anterior, “incidiendo sobre todo en el entrenamiento en habilidades sociales y resolución de conflictos, educación emocional, educación para la salud, estructuración y planificación de las actividades de la vida diaria, alternativas en la ocupación del ocio y tiempo libre.”

En cuanto a las relaciones entre residente y educador/a social se trata de una interacción más informal-cercana y continuada. Es importante conocer los objetivos y los límites de las acciones, aprender a gestionar las emociones que se generan en el ambiente laboral, para poder realizar una labor eficiente para el usuario, siendo ésta profesional con la intención de mantener la objetividad, como responde el informante 3 “muy importante que el educador social sepa entre que límites se tiene que mover, tanto su labor como los pacientes como su relación con los pacientes. Objetivos claros y límites claros, para que la relación sea fluida sin ir más allá de lo permitido, y los límites los tienen que poner el educador social no el paciente”. La labor de acompañamiento durante el programa también marca esta relación, basada en la escucha activa y el respeto. Esto aparece reflejado en la respuesta del informante 5, “sobre todo, el acompañamiento en todo el programa de desarrollo integral como individuo”.

Las metodologías utilizadas son dinámicas y concretas, activas y participativas, ya que el paciente es un agente activo en la construcción y reconstrucción de su pensamiento, y ésta está centrada en el mismo. También es específica y centrada en una estructura física, con un horario individual diseñado con estrategias convencionales y no convencionales de aprendizaje que buscan fortalecer el ingreso y reinserción de la población en el sistema, flexibles y enfocadas en la

prevención: “ponen un interrogante en todo en lo que se trabaja en la intervención, creando un espacio en el que se fomenta el pensamiento crítico.” (informante 4). Según el informante 5, “sobre todo, aporta el diseño, implementación y evaluación de actividades con objetivos enfocados al desarrollo integral del que hablamos. Son similares a los de los profesionales del centro (psicólogos) en cuanto a que el objetivo general es mejorar las capacidades individuales de los pacientes a nivel cognitivo, relacional, emocional y pragmático”.

Las respuestas proporcionadas en las entrevistas, han sido homogéneas en su mayoría, valorando el papel de esta figura profesional en este contexto. No obstante, nos parece oportuno destacar la pregunta que hace referencia la categoría profesional del informante 1, “soy educadora social y aquí estoy contratada como monitora”; en esta afirmación demuestra que su categoría profesional ha sido reducida, lo que implica que aunque nuestro perfil es requerido, como profesionales del sector tenemos un largo camino para que se reconozca nuestro trabajo dentro de las comunidades terapéuticas.

Siguiendo con las entrevistas a los residentes, analizaremos primeramente las funciones que creen que tiene la educación social en el centro, a lo que han respondido de manera similar al equipo terapéutico en cuanto a las terapias individuales y grupales; posteriormente nos centraremos en un enfoque diferente, más personal con afirmaciones como la del informante 10 “Bien, amistosa. Me ayudan mucho en mi proceso, y es una buena referencia cuando tengo bajones o cuando algo no puedo entender, para asentar las cosas o el enterar en parte de cosas que sabes pero que las necesitas oír de otra persona o que las necesitas oír con otras palabras”. Se centran en describir los apoyos recibidos en el manejo de dificultades, convivencia, cercanía y escucha activa. Consideran una función importante, la de educar, dirigir emociones, pensamientos, comprender los procesos y los estados de ánimo que atraviesan las personas en el programa. Otro punto importante es guiar hacia la comprensión de la baja tolerancia a la frustración que aparece en las personas drogodependientes, también, desarrollan actividades enfocadas al aprendizaje y preparación para la reinserción social. Destacan la idea de educación social como dinamizadora del centro y de la función acompañamiento en el proceso terapéutico.

En la relación que dicen mantener con los educadores/as sociales, afirman todos que es buena, valorando el trato cercano y la confianza que les ofrece. Como referencia, el informante 7 apunta: “imprescindible, con ellas tengo un trato muy cercano, porque ellas son personas con las

que es fácil tener confianza”. Así mismo valoran la comprensión que les dan los y las educadores como expresa el informante 10 “a veces se dicen las cosas de carrerilla y se necesita a una persona con la que te puedas sentar tranquilamente y te lo explique con unas palabras para que esa persona entienda, ya que no todas las personas entendemos las cosas de la misma manera, y a veces se tienen que poner palabras más llanas o diferentes para que esas personas lo puedan entender.” Y, por último, destacan la relación amistosa y de respeto, como dice el informante 12, “buena, desde el respeto, la admiración y al alumnado. Me siento un alumno porque tienen cosas que decirme, puede que haya mucha paja, pero como todo.”

Los residentes piensan que los educadores/as les aportan, consejos y estrategias para la organización, les motivan para ser constantes, así como seguridad y calma durante el proceso, haciendo que puedan desarrollar de mejor forma las responsabilidades que tienen. Según el informante 11, “pues me aporta conocimiento de situaciones, de cómo me voy a sentir en estas situaciones y cómo tengo que afrontarlas”. La informante 13 nos cuenta: “pues a mí me ayuda mucho porque me propone actividades diferentes que no son las terapias tal cual, y son dinámicas y me ayudan a estar centradas en otra cosa que no sean las terapias específicas. Y eso son dinámicas y me ayudan a tener dinamismo a mí misma y no estar todo el rato en una sala. Le dan un enfoque diferente al que se le dan con las terapéuticas.” Por último, defienden que les ayudan mucho en cuanto a la corrección de conductas y a mantener la concentración.

Durante el desarrollo de las entrevistas a los profesionales, ha sido palpable la homogeneidad en las respuestas que han proporcionado, valorando de manera positiva el papel que mantiene la educación social en centros terapéuticos. Algunas de las personas que trabajan y son compañeros/as de estos profesionales, no conocían ni entendían de forma correcta qué es la educación social, por lo que no identificaban todas las funciones que desempeña. Así mismo, algunas respuestas proporcionadas por el equipo técnico, mostraban que aún hay personas en activo, con el pensamiento erróneo de que la educación social, se centra en atender aspectos más enfocados al ocio y tiempo libre, sin conocer el enfoque fuertemente pedagógico de la educación social.

En cuanto a los residentes, su entrevista era notablemente más sencilla, buscando que se concentraran en respuestas cortas y concisas, casi todos identifican las funciones de los

educadores/as dentro de estos recursos, aunque como en el caso anterior, no terminan de comprender qué es la educación social.

Cuando se preguntó por la relación que mantenían con los educadores/as sociales, rápidamente relacionaron esta pregunta con la experiencia previa que han tenido con la persona y han omitido el componente profesional. Por último, los aportes que ofrecen a su proceso han sido similares, valorando y defendiendo las estrategias desarrolladas por estos profesionales.

7. CONCLUSIONES

Tras terminar este trabajo, inicialmente valoro la fase de revisión bibliográfica, pues gracias a ella he podido aprender las clasificaciones sobre drogas, en ocasiones conocemos el nombre de la sustancia, pero no los efectos que producen en las personas y comprenderlo es básico a la hora de tratar este tipo de adicciones.

La adicción a las sustancias es una problemática presente y con ella aparecen problemas por su uso y abuso, es en este punto donde entra la prevención, como hemos explicado, la prevención tiene la función de retrasar, evitar consumos y reducir los daños que puedan ocasionar. Desde el Ministerio de Sanidad y la Consejería de la Junta de CyL, se han desarrollado estrategias preventivas de los tres tipos, indicada, selectiva y universal, ampliando lo máximo posible la población destinataria. Aunque, la tendencia ha sido la de enfocar los programas de prevención a los menores y las familias, desarrollándolos en el entorno de la educación formal, considero que es una estrategia que muestra resultados, porque no sólo se trabaja con el menor, sino que el entorno familiar, gracias a los talleres, también desarrolla estrategias para poder detectar conductas adictivas y la detección es más rápida, pudiéndole poner solución antes. Pero todas las edades deben recibir cursos de prevención, todas las edades tienen un grado de riesgo de consumo y hay que concienciar a la población de forma global, para enfrentarnos a esta situación estando concienciados e informados de todo lo que relaciona el mundo de las drogas.

En lo referente a los recursos, la estructuración por niveles facilita el trabajo de la derivación. El primer sector permite hacer una evaluación inicial y dirigir a las personas a los recursos que sean necesarios, en el caso del segundo nivel y el tercero ocurre lo mismo en cuanto a las derivaciones. En este proceso la coordinación y comunicación entre los recursos de los niveles

es crucial, todos los movimientos de personas a los diferentes recursos tienen que tener sentido y utilidad para su proceso de rehabilitación. Los recursos que se plantean están diseñados y adaptados para cubrir diferentes funciones y necesidades, para de este modo poder dar respuesta a las demandas de los usuarios, creando una red sólida a la que poder acudir.

El objetivo general que perseguía este trabajo era “conocer el funcionamiento de las comunidades terapéuticas en la prevención de adicciones y el papel de la educación social en las mismas”. Objetivo que considero se ha cumplido gracias a que hemos podido conocer el funcionamiento de las comunidades terapéuticas a través del análisis de un centro en concreto que ha facilitado la información del programa. El papel de la educación social se ha podido comprobar a través de las entrevistas, por esto considero que este objetivo principal sí se ha cumplido ya que toda la información ha sido expuesta y comprobada.

Los aspectos clave a las adicciones y la intención preventiva, aparecen explicados a través de los planes y estrategias desarrollados a nivel nacional y regional gracias a la Estrategia Nacional Sobre Drogas 2017-2024 y la Estrategia Regional sobre Drogas 2017-2021, en estas se pone de manifiesto la importancia del papel de la prevención, como mecanismo en contra del consumo.

La labor de las comunidades terapéuticas como recursos de prevención indicada, se han relacionado estos conceptos, por lo que hemos podido comprender por qué se realiza prevención indicada.

Por último, a través de las entrevistas, documentación y marco teórico, se ha clarificado, por un lado, el funcionamiento y estructura empleada en las comunidades terapéuticas, incidiendo que no todas tienen un programa idéntico, pero sí se fundamentan en unos principios teóricos y filosóficos similares. Por otro lado, se ha desvelado el papel que desarrolla la educación social en estos espacios, aunque aún hay personas que no comprenden las funciones y lo que significa educación social, porque en las comunidades, en ocasiones los roles de los diferentes profesionales no aparecen bien delimitados y diferenciados.

También he comprobado de primera mano las dificultades a las que te enfrentas cuando tienes que entrevistar a las personas, en ocasiones, cuando se realizaba la respuesta podías pensar que esa respuesta no era la correcta o no era la que estabas buscando en ese momento. Aprendes a tener paciencia y a trabajar con los resultados que has obtenido a pesar de no compartir algunos de

los comentarios, buscando siempre ser una persona imparcial. Uno de los aprendizajes en mi opinión más importante, es esperar pacientemente la respuesta de la persona, sin presionarla, dejando silencios para que puedan reflexionar y organizar las respuestas. Presionar es contraproducente, porque las personas pueden bloquearse y dejar de proporcionarnos información.

He podido confirmar la situación de los educadores/as sociales en diferentes ámbitos, cuando está contratado con su categoría profesional, el resto de los profesionales actúan y se relacionan con ellos como iguales, pero hay ocasiones en las que su contrato está realizado en base a una categoría profesional inferior, es aquí donde aparecen actitudes que perjudican el desarrollo profesional de estas personas. No tienen la misma relevancia. Este aspecto, lamentablemente, está muy presente en nuestro desarrollo profesional, tenemos que seguir reivindicando nuestra presencia en los distintos contextos de intervención social, así como nuestra categoría profesional.

La educación social ofrece aportes más complejos que los referentes a realizar actividades de ocio y tiempo libre. La educación social, ofrece una visión integral de las problemáticas que puedan atravesar los residentes, esto lo consiguen por el análisis de los comportamental en las relaciones interpersonales, analizando los cambios que se producen en su estado de ánimo.

Es dinamizadora de los espacios de trabajo y provee de aportes metodológicos participativos, reflexivos, dinámicos y activos, pudiendo desarrollarlas a través de diferentes recursos como vídeos, noticias y artículos que complementan la acción educativa.

Hace aportes a través del acompañamiento de los usuarios en el proceso terapéutico, pudiendo entender y documentar los cambios que han experimentado, de esta forma valora de forma objetiva los avances o los atrasos del paciente. Toda esta información, es compartida con el equipo terapéutico dando lugar a una visión más global de los problemas que afrontan. Proporciona, aportes pedagógicos, al basar las intervenciones en la pedagogía de la liberación, obligando de esta forma a practicar el pensamiento libre y fomentando la igualdad en cuanto a la validez de opiniones y propiciando que las personas comprendan que todas las opiniones son interesantes, escuchadas y válidas.

Antes de terminar, hay dos aspectos a los que me gustaría aludir. La comprensión lectora y tener una buena redacción, son elementos clave que, sin duda, se trabajan durante todo el tiempo de trabajo del TFG. Entre mis aprendizajes están estructurar y ordenar los contenidos de los

diferentes apartados para lograr una lectura más fácil y fluida, aspectos que han supuesto un gran esfuerzo por mi parte en la realización de este trabajo. Por otro lado, tras los años cursados y el acercamiento a este ámbito de intervención, la educación social en el ámbito de comunidades terapéuticas es una de mis prioridades y de mis motivaciones profesionales futuras, pues me parece un campo enriquecedor, que puede aportarme numerosos retos y aprendizajes.

A modo de cierre, la Educación Social es una profesión generadora de transformaciones, vinculada a los cambios sociales, por lo que nuestra profesión debe tener presencia en las comunidades terapéuticas. El trabajo evidencia la multitud de aportes que puede proporcionar a profesionales y pacientes, influyendo en el programa de estos últimos, fomentando el cambio personal y el camino recorrido.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguirre, A. Á., Castillo, M. M. A., Torres, R. A. B., García, K. S. L., Facundo, F. R. G., & Castillo, B. A. A. (2010). La prevención de adicciones desde el análisis evolucionario de Rodgers. *CIENCIA ergo-sum, Revista Científica Multidisciplinaria de Prospectiva*, 17(3), 253-257.
- ASEDES-Asociación Estatal de Educación Social (2007). *Documentos profesionalizadores*. ASEDES.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos* (edición digital). <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Bedriñana, F. T. A. (2006). La educación social y las drogodependencias: algunas explicaciones de los porques del contacto. *REXE: Revista de estudios y experiencias en educación*, 5(9), 119-136. Recuperado de: <http://www.rexe.cl/ojournal/index.php/rexe/article/view/205/212>
- Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Junta de Castilla y León. (2017). *Estrategia Regional sobre Drogas 2017-2021*. <https://familia.jcyl.es/web/es/drogas/plan-regional-sobre-drogas.html>
- de Jesus, J. C. R. (2021). Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Ciencia Jurídica y sostenibilidad. *Revista Audiovisual de Investigación*, 1(4).
- De León, G (2000). *La comunidad terapéutica y las adicciones*. Springer Publishing Company Inc.
- Equipo de expertos en ciencias de la salud, Universidad internacional de Valencia. (2016). *Qué es una comunidad terapéutica y qué características tiene*. <https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/que-es-una-comunidad-terapeutica-y-que-caracteristicas-tiene#:~:text=%E2%80%9CUna%20comunidad%20terap%C3%A9utica%20es%20un,drogas%20en%20la%20sociedad%20real>.

Gobierno Vasco (1991). El educador social en el centro de rehabilitación Manu-Ene. *Zerbitzuan*, 14, 82-85.

Guitart, A. M., Bartroli, M., Villalbí, J. R., Guilañá, E., Castellano, Y., Espelt, A., & Brugal, M. T. (2012). Prevención indicada del consumo problemático de drogas en adolescentes de Barcelona. *Revista Española de Salud Pública*, 86(2), 189-198.

<http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Educador%20social%20en%20el%20centro%20Manu-Ene.pdf>

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (2004). Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes. EE.UU: NIDA.

https://nida.nih.gov/sites/default/files/redbook_spanish.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2018). *Estrategia Nacional Sobre Drogas 2017-2024*.

<https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209 ESTRATEGIA N.ADI CCIONES 2017-2024 aprobada CM.pdf>.

Ministerio de Sanidad. (2022). *El Plan de Acción sobre Adicciones 2021-24*.

https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PlanASA_2021-24_aprobado.pdf

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones(2022) . *Informe 2022. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

<https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2022OEDA-INFORME.pdf>

Olivar Arroyo, Á., Sanchís Carrillo, E., & Ros Verdeguer, S. (2008). El educador social en comunidad terapéutica: situación actual, reflexiones y propuestas. *Revista española de drogodependencias*.

Organización Mundial de la Salud. Dirección del Equipo de Dependencia de Sustancias. (2004). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas: resumen. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42865>

- Romaní, O. (1993): Asistencia y relaciones informales: la integración social de los drogodependientes. En VV.AA.: Las drogodependencias: perspectivas sociológicas actuales. *Ilustre Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología: Madrid*.
- Sixto-Costoya, A. & Olivar Arroyo, A. (2018). Educación Social y Trabajo Social en adicciones: recuperar el territorio colaborado. *RES, Revista de Educación Social*, vol. 26.
- Turet, M. S. (1991). Drogodependencias: aspectos terminológicos y taxonómicos. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 5-18. <https://www.psicologia-online.com/clasificacion-de-las-drogas-oms-y-sus-efectos-918.html>
- Vázquez, N., Muñoz, L., Juárez, O., & Ariza, C. (2018). ¿Qué funciona en la prevención selectiva del consumo de alcohol y cannabis en jóvenes vulnerables? *Revista Española de Salud Pública*, 92, e201810070.

9. ANEXOS

Anexo1

Tabla 1.1.5.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años (%). España, 1995-2019/2020.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019
Tabaco	-	46,8	44,7	46,0	47,8	42,4	41,7	42,8	40,2	40,7	40,2	40,9	39,4
Alcohol	68,5	78,5	75,2	78,1	76,6	76,7	72,9	78,7	76,6	78,3	77,6	75,2	77,2
Hipnosedantes con o sin receta	-	-	-	-	-	5,1	8,6	7,1	11,4	12,2	12,0	11,1	12,0
Hipnosedantes sin receta	12,3	2,3	2,3	2,8	3,1	1,2	1,3	1,9	1,2	1,2	2,3	1,3	1,3
Cannabis	7,5	7,7	7,0	9,2	11,3	11,2	10,1	10,6	9,6	9,2	9,5	11,0	10,5
Éxtasis	1,3	0,9	0,8	1,8	1,4	1,2	1,1	0,8	0,7	0,7	0,6	0,6	0,9
Alucinógenos	0,8	0,9	0,6	0,7	0,6	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,6	0,4	0,6
Anfetaminas/speed	1,0	0,9	0,7	1,1	0,8	1,0	0,9	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,7
Cocaína polvo y/o base	-	-	-	-	-	-	3,1	2,7	2,3	2,2	2,0	2,2	2,5
Cocaína en polvo	1,8	1,6	1,6	2,5	2,7	3,0	3,0	2,6	2,2	2,1	1,9	2,0	2,5
Cocaína base	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,5	0,1	0,2	0,1	0,2	0,3	0,2
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	-	0,4	0,2	0,4	0,2	0,4
Metanfetaminas	-	-	-	-	-	-	-	-	0,2	0,1	0,1	0,2	0,3
GHB	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,1	0,0	0,1
Heroína	0,5	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Inhalables volátiles	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

Anexo 2

Tabla 1.1.7.

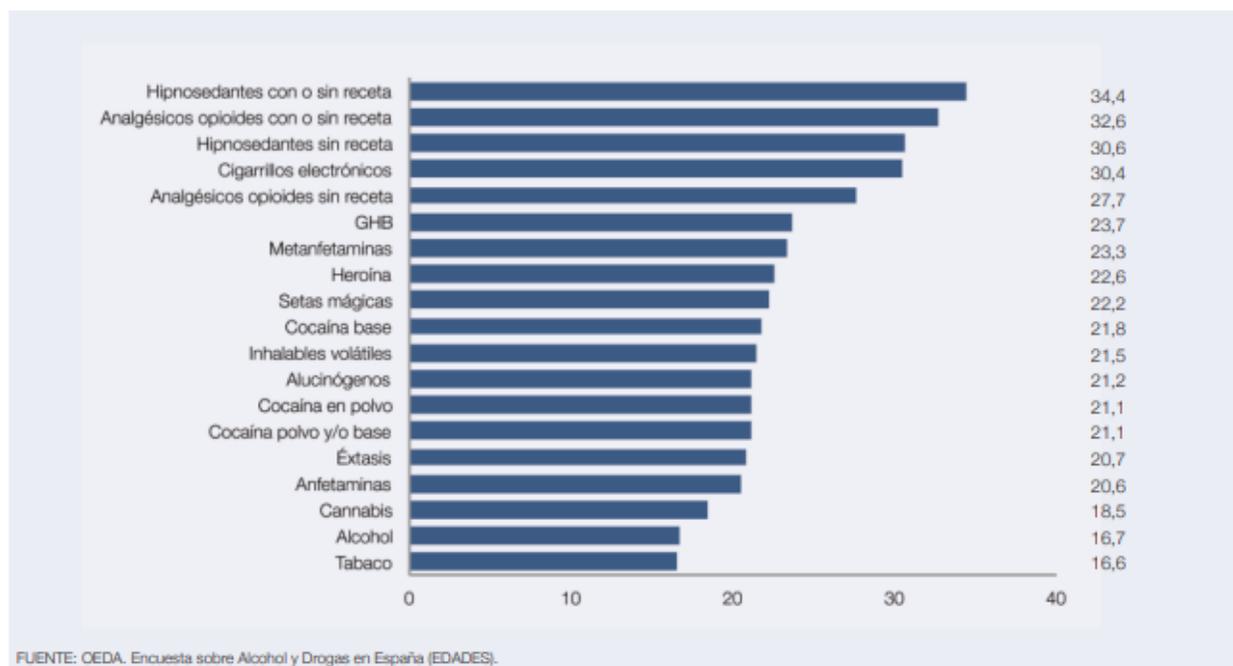
Prevalencia de consumo diario de sustancias psicoactivas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años (%). España, 1997-2019/2020.

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019
Tabaco	34,9	33,6	35,7	36,7	32,8	29,6	31,8	30,4	30,8	30,8	34,0	32,3
Alcohol	12,7	13,7	15,7	14,1	14,9	10,2	11,0	10,2	9,8	9,3	7,4	8,8
Cannabis	0,7	0,8	1,5	1,5	2,0	1,6	2,0	1,7	1,9	2,1	2,1	2,9
Hipnosedantes con o sin receta	-	-	-	-	-	3,1	2,7	4,6	6,8	6,0	5,9	6,4

Anexo 3

Figura 1.1.1.

Edad media de inicio en el consumo de distintas sustancias psicoactivas en la población de 15-64 años (años). España, 2019/2020.



Anexo 4

Tabla 1.1.8.

Edad media de inicio en el consumo de distintas sustancias psicoactivas en la población de 15-64 años, según sexo. España, 2019/2020.

	Hombres	Mujeres
Tabaco	16,3	16,8
Alcohol	16,2	17,2
Cannabis	18,1	19,1
Inhalables volátiles	21,4	21,5
Anfetaminas	20,5	20,7
Alucinógenos	21,1	21,5
Cocaína en polvo	21,0	21,5
Éxtasis	20,7	20,9
Cocaína polvo y/o base	21,0	21,5
Setas mágicas	22,4	21,3
GHB	23,4	24,7
Heroína	22,0	25,0
Metanfetaminas	23,1	23,7
Cocaína base	21,9	21,4
Hipnosedantes sin receta	30,2	31,0
Hipnosedantes con o sin receta	34,0	34,7

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Anexo 5

Tabla 1.1.16.

Edad media de inicio en el consumo de distintas sustancias psicoactivas entre la población de 15-64 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2019/2020.

	Tamaño muestra	Edad media inicio consumo tabaco	Edad media inicio consumo tabaco diario	Edad media inicio consumo bebidas alcohólicas	Edad media inicio consumo cannabis
Andalucía	1.656	16,7	18,5	16,9	18,6
Aragón	549	16,0	17,4	16,5	18,3
Asturias	1.008	16,7	18,2	16,5	18,7
Baleares	540	16,1	18,5	16,3	17,7
Canarias	526	16,7	18,5	17,3	17,5
Cantabria	559	16,3	17,9	16,7	18,4
Castilla y León	1.295	16,5	17,9	16,4	18,6
Castilla-La Mancha	1.014	16,3	18,3	16,4	18,4
Cataluña	1.770	16,7	18,3	16,5	18,6
C. Valenciana	2.249	16,4	18,4	16,2	18,4
Extremadura	755	16,2	18,0	16,7	18,5
Galicia	1.276	16,6	19,0	17,0	18,6
Madrid	1.698	16,8	18,1	17,0	18,8
Murcia	757	16,4	17,7	16,4	18,2
Navarra	479	16,0	17,8	16,3	18,5
País Vasco	939	16,4	18,1	16,5	18,3
La Rioja	450	16,7	19,1	16,7	19,1
Ceuta	249	17,1	19,5	17,4	18,1
Melilla	130	17,9	18,7	17,5	19,4
Media España	17.899	16,6	18,3	16,7	18,5

Anexo 6

PROGRAMACIÓN SEMANAL (INVIERNO)						
MARTES	10.00 a 10.45 Limpieza		Comida Y Siesta 14.30 a 17.00	17.00 a 18.00 Yoga / Actividad		
	11.15 a 12.15 Aprender a Querernos	Inteligencia Emocional		Motivación	18.00 a 19.00 Duchas y merienda	
	12.30 a 13.30 Paseo			19.00 a 19.30 Asamblea		
	13.30 A 14.30 Duchas y Servicios			19.30 a 20.30 Actividad		
MIÉRCOLES	10 a 10.45 Limpieza		Comida Y Siesta 14.30 a 17.00	17.00 a 18.00 Mindfulness s (I) /TL		
	11 a 12 Actividad Con			18.00 a 19.00 Merienda Y duchas		
	12.15 a 13.15 Paseo			19.00 a 19.30 Asamblea		
	13.15 a 14.30 Actividades voluntarias Duchas y servicios			19.30 a 20.30 Actividad con 20.30 a 21.30 Duchas y Servicios		
JUEVES	10 a 10.45 Limpieza		Comida Y Siesta 14.30 a 17.00	17.00 a 17.30 Asamblea		
	10.45 a 11.45 1-2-3...Corto con			17.30 a 18.30 Actividad con		
	12.00 a 13.00 Mindfulness con ; II/TL			18.30 a 19.30 Duchas y Meriendas		
	13.00 a 14.00 Paseo			19.30 a 20.30 Actividad con 20.30 a 21.30 Duchas y Servicios		
VIERNES	10. a 10.30 Limpieza		Comida Y Siesta 14.30 a 17.00	17.00 a 18.00 Actividad con Mercedes		
	10.30 a 11.30 Actividad con			18.00 A 19.00 Duchas y Merienda		
	11.45a 12.45 Paseo /Huerto			19.00 A 19.30 Asamblea		
	13.00a 13.30 Reunión de Referencias			19.30A 20.30 Actividad con		
LUNES	10. a 10.30 Limpieza		Comida Y Siesta 14.30 a 17.00	20.30 a 21.30 TL / Duchas Y Servicios		
	10.45 A 12.00 Asamblea/ Cambio de responsabilidades y reparto de materiales			17.00 A 18.00 Actividad con		
	12.30 a 13.30 PASEO /Revista			18.00 a 19 Duchas y Merienda		
	13.30 a 14.30 TL / Duchas y Servicios			19.30 a 20.30 Actividad con 20.00 a 21.30 Duchas y Servicios		
COCINA	LAVANDERIA	SOCIOCULTURAL	REFERENCIA			
SEMANA		LIMPIEZA				
AYUDANTE DE COCINA		ALIMENTOS				

Scanned by TapScanner

Anexo 7

ENTREVISTA AL EQUIPO TERAPÉUTICO

1. ¿Cuánto tiempo llevas trabajando en este centro?
2. Antes de trabajar en comunidades terapéuticas, ¿tenías experiencia previa trabajando con colectivos-contextos similares?
3. ¿Qué funciones tiene el educador social en este centro?
4. ¿Qué aportes hace la figura del educador social al centro?
5. ¿Qué aportes hace la figura del educador social al equipo de profesionales?
6. ¿Qué aporta y como gestiona un educador social la relación entre residente y educador/a social?
7. ¿Qué aspectos metodológicos consideras que aporta un profesional de la educación a la intervención? ¿dirías que son similares a los de otros profesionales?
8. Respecto a tu relación contractual con la empresa, en tu contrato ¿figura como puesto de trabajo “educador/a social” u otro perfil? ¿la categoría profesional es la que le corresponde a la profesión?
9. ¿Consideras que en las comunidades terapéuticas poco a poco la figura de los educadores sociales está más presente?
10. ¿Piensas que se necesitan más educadores/as sociales? ¿Por qué?
11. Para terminar, y como consejo a nuestro desarrollo profesional futuro, ¿Qué cualidades crees que debe tener un educador/a social para trabajar en una comunidad terapéutica?

Anexo 8

ENTREVISTA A LOS RESIDENTES

1. ¿Es tu primer programa?
2. ¿Qué funciones crees que tiene la educación social en las Comunidades terapéuticas?
3. ¿Cómo valoras tu relación con los educadores y las educadoras sociales?
4. ¿Consideras necesaria la figura del educador social en las Comunidades Terapéuticas?
5. ¿Qué consideras que aporta la figura del educador social en tu proceso terapéutico?