



2016

Al meu fill Pau. Pel seu suport incondicional.

INDEX:

INTRODUCCIÓ:	4
OBJECTIUS	6
OBJECTIU GENERAL 1:	6
OBJECTIU GENERAL 2:	6
METODOLOGIA	7
MARC TEÒRIC	10
ENTENDRE LA DEPENDENCIA	10
LA DROGODEPENDENCIA NO ES POT NORMALITZAR	11
LA REDUCCIÓ DE DANYS I RISCS EN L'ÀMBIT DE LES DROGODEPENDÈNCIES	13
ELS TRACTAMENTS LLIURES DE TOTA SUBSTÀNCIA EN L'ÀMBIT DE LES DROGODEPENDÈNCIES	16
RESULTATS	20
ANÀLISI DEL MODEL LLIURE DE TOTA SUBSTANCIA:	20
PRESENCIA O ABSENCIA DE L'EDUCACIÓ SOCIAL EN AQUEST MODEL	31
PROFESSIONALS	32
DIFICULTATS PER A L'EXERCICI DE L'EDUCACIÓ SOCIAL	38
POSSIBILITATS PER A L'EXERCICI DE L'EDUCACIÓ SOCIAL	43
CONCLUSIONS	50
BIBLIOGRAFIA	53
WEBGRAFIA	54
ANNEXOS	55

INTRODUCCIÓ:

El motiu d'aquest estudi és el de investigar si existeix un lloc per a l'exercici de l'educació social en els models lliures de tota substància per a les drogodependències.

El fenomen de la drogodependència ha estat, des de fa dècades, un dels aspectes socials generadors d'exclusió més importants del nostre context històric i cultural. El tractament d'aquest fenomen s'ha abordat des de diferents àmbits i, per les seves característiques, també des del camp de l'educació social.

L'enfocament de les accions dutes a terme des de la nostra professió han estat centrades majoritàriament en el model conegut com a "Reducció de danys i riscos". En canvi, un altre model de tractament com és el model "lliure de droga", o "lliure de tota substància" no ha tingut pràcticament presència d'educadors socials, sobretot perquè s'entén que es tracta d'un enfocament d'un perfil més mèdic i psicològic que no pas social, i que les seves característiques, especialment la obligatorietat de l'abstinència, presenten dificultats per a ser justificades èticament.

La investigació que iniciem, vol replantejar aquesta qüestió, analitzant la possibilitat de que la nostra professió tingui un paper a desenvolupar en els recursos que, actualment, ofereixen un tractament per a les drogodependències des del model lliure de tota substància.

Per aclarir-ho comencem per comparar els dos models contraposats de tractament de les drogodependències, i reobrim el dilema ètic entorn del model lliure de tota substància per comprovar si una acció educativa i social que parteixi d'una obligatorietat d'abstinència pot ser justificada èticament.

També revisem en profunditat el funcionament dels centres que apliquen un model lliure de tota substància en el seu tractament, i d'aquesta manera podem analitzar si realment hi existeix la possibilitat d'exercir l'educació social.

El lloc de l'Educació social en el model lliure de tota substància per a les drogodependències.

L'estudi que iniciem, doncs, és una recerca d'un lloc per a l'educació social en el model lliure de tota substància per a les drogodependències, i en cas de trobar-lo, un intent de definir-lo.

OBJECTIUS

OBJECTIU GENERAL 1:

Determinar quins son els models existents de tractament de les drogodependències

- Objectiu Específic 1.1: Definir els dos models contraposats de tractament de les drogodependències.
- Objectiu Específic 2.2: Identificar la presència/absència de l'educació social en aquests models.

OBJECTIU GENERAL 2:

Analitzar les opcions de desenvolupament de l'educació social en el model lliure de tota substància.

- Objectiu Específic 2.1: Justificar èticament el model lliure de tota substància.
- Objectiu Específic 2.2: Analitzar el perfil dels professionals que treballen en aquest model.
- Objectiu Específic 2.3: Detectar quins obstacles es troba l'exercici de l'educació social en aquest model.
- Objectiu Específic 2.4: Detectar quines són les potencialitats per l'educació social en aquest model.

METODOLOGIA

Les característiques d'aquest estudi demanen l'ús de tècniques d'investigació qualitativa que ens permetin apropar-nos a la realitat estudiada des del punt de vista subjectiu de les persones addictes i dels professionals implicats en un tractament lliure de tota substància per a les drogodependències.

És des d'aquesta subjectivitat que podrem interpretar de millor manera la realitat viscuda pels usuaris d'aquest tipus de tractament, i fer un anàlisi de les possibilitats d'acompanyament que pot trobar-hi l'educador social.

La primera de les tècniques utilitzades per a l'investigació ha estat l'observació participant duta a terme en el marc dels Pràcticums 2 i 3 d'aquest mateix grau. En aquestes pràctiques realitzem un treball de camp al Centre Terapèutic La Garriga, un recurs privat per al tractament de l'alcoholisme i la drogodependència basat en el model lliure de tota substància.

La participació com a educador en pràctiques en els tallers, les teràpies, i el dia a dia del centre ens ha permès observar en primera persona el funcionament d'aquest tractament, tot interactuant amb les persones usuàries i amb els professionals que hi treballen.

La informació obtinguda ha quedat reflectida en el corresponent diari de camp i en la posterior memòria del pràcticum, la qual cosa ens ha permès recuperar-la per aquest estudi.

Per a completar aquesta investigació, i amb l'objectiu de "*sotmetre a control recíproc els relats de diferents informants i assolir una comprensió més profunda i clara de l'escenari i les persones estudiats.*" Pujadas, Comas i Roca (2004:6), hem optat per triangular aquesta tècnica amb dues altres com són l'entrevista, i l'anàlisi de fonts bibliogràfiques.

Les entrevistes, que s'adjunten com a annex, han estat realitzades amb el format d'entrevista semioberta. Després de realitzar un estudi previ sobre el tema i sobre les qüestions significatives de les quals volíem obtenir la resposta del entrevistat, varem realitzar una guia d'entrevista per aclarir els aspectes a tractar, tot i que en el decurs de l'entrevista varem donar espai a la improvisació

i varem optar per ser flexibles a mida que la pròpia conversa determinava sobre quins temes valia la pena aprofundir.

El primer dels entrevistats, en Raúl, és addicte recuperat en un tractament del model lliure de tota substància. El segon entrevistat, el Doctor Ramón Rovira, és un psiquiatra de llarga experiència en el camp de les addiccions, qui va ser director del CAS Casa Bloc, l'únic de Catalunya que ha funcionat amb el model lliure de tota substància, i que posteriorment ha deixat de dependre de l'Administració, per passar a funcionar com a Associació, a causa de la seva negativa a incorporar programes del model de reducció de danys i riscos.

La tercera i última de les tècniques utilitzades ha estat l'anàlisi de fonts bibliogràfiques.

"Parafrasejant Lévi-Strauss, cal combinar la mirada pròxima i la mirada allunyada" Pujadas, Comas i Roca (2004:34). Així doncs, hem analitzat textos de diversos autors sobre els dos models de tractament de la drogodependència en què es centra aquest estudi, per contrastar el que l'observació i l'experiència sobre el tema ens aportaven, amb una visió teòrica dels experts de diferents camps del coneixement.

Aquestes tres tècniques han estat combinades en un procés metodològic que es va iniciar amb la realització de l'observació participant en el recurs de tractament de les drogodependències. Posteriorment, s'han realitzat les entrevistes a en Raúl, i finalment, els darrers mesos s'ha dut a terme l'anàlisi de fonts bibliogràfiques i l'entrevista al Doctor Rovira.

Per últim, assenyalarem que el nostre estudi manté un compromís ètic amb els subjectes amb qui hem tractat al llarg de la nostra observació, a qui hem explicat clarament el propòsit de la nostra presència, i de qui, excepte en casos en que haguem obtingut autorització expressa, no desvetllarem la identitat.

El compromís ètic d'aquesta investigació també inclou el principi de reciprocitat, per el qual la contribució que molts usuaris de recursos de tractament de la drogodependència, pretén ser retornada amb la contribució que aquest estudi ha de fer a la possibilitat que l'exercici de l'educació social complementi i doni un valor afegit al model lliure de tota substància per a les drogodependències,

amb la intenció de millorar la qualitat de vida i els nivells d'autonomia de les persones addictes en recuperació.

MARC TEÒRIC

ENTENDRE LA DEPENDÈNCIA

Per ubicar-nos en el marc teòric en què es desenvoluparà aquest treball, creiem que el més adequat serà començar per definir l'àmbit de les drogodependències.

Toxicomania, dependència, o addicció, són termes que, malgrat els seus matisos, s'han acabat utilitzant per a definir el mateix fenomen: l'aparició en el subjecte d'una incapacitat per abstenir-se de consumir determinada substància.

Al glossari de gencat.cat el terme addicció a substàncies psicoactives es defineix com una situació en què el consum de tòxics, en interrompre's provoca "*l'aparició de síndrome d'abstinència, i, quan manca la substància, l'inici d'una cerca compulsiva per obtenir-la*" (Gencat, 2012).

Destacar que no es fa referència a una manca de força de voluntat o a la possibilitat d'abstenir-se mitjançant l'esforç, sinó que aquesta recerca d'un nou consum es presenta com quelcom innegable.

En aquesta mateixa web, si ens fixem en la definició de dependència, trobem que es conceptualitza com una "*Necessitat física o psíquica de consumir una droga, malgrat les conseqüències adverses que li provoca*" (Gencat, 2012). En la mateixa línia de l'anterior definició, destaca el concepte de necessitat, és a dir, no es planteja com una inclinació o tendència sinó com quelcom que el subjecte percep com absolutament necessari, no existeix possibilitat d'abstinència mitjançant els propis recursos.

De fet si consultem la etimologia de la paraula addicte, veurem que diversos autors del camp de la filologia (Echegaray, 1887), defensen que prové del llatí *addictus*, mot que fa referència a aquella persona que, per motiu dels seus deutes era entregat com a esclau a un altre ciutadà.

Així, podem entendre l'addicció, la drogodependència, com una esclavitud al tòxic, com una condemna al consum.

Per entendre aquest paral·lelisme entre addicció i esclavitud, ens pot resultar útil utilitzar les tesis del filòsof i polític Isaiah Berlin (1969) quan distingia entre un tipus de llibertat negativa i una de positiva.

La llibertat negativa, faria referència a la possibilitat d'actuar o de prendre decisions sense que altres ho impedeixin, la llibertat positiva, en canvi, suposaria la impossibilitat de prendre decisions perquè un mateix no disposa de la capacitat per fer-ho, és a dir, té obstacles interns que li impedeixen.

En el cas que ens ocupa, aquesta és una distinció important ja que un drogoaddicte "*és lliure de prendre drogues, ja que ningú no li ho impedeix (llibertat negativa), però no és lliure de deixar-les perquè l'addicció li ho impedeix (llibertat positiva)*" Canimas (2009:129).

LA DROGODEPENDENCIA NO ES POT NORMALITZAR

Aquest és el punt de partida d'aquesta investigació, que cal aclarir ja que d'altre manera podríem confondre'ns o desviar-nos del nostre objecte d'estudi, atenent a determinats aspectes del discurs de normalització sobre el que s'han fet nombrosos estudis en els darrers anys.

En aquest sentit, podríem destacar la tasca del Doctor en psicologia social David Pere Martínez Oró (2013) en la seva tesi doctoral titulada "*Sense passar-se de la ratlla*", en la qual dedica bona part del seu discurs a defensar que el consum de drogues no necessàriament condueix als seus usuaris a tenir problemes o a desenvolupar addicció, i que per tant, cal entendre'l com a quelcom normal.

"La normalitat dels consumidors és l'element psicosocial necessari per a la normalització dels consums, tot i les manifestacions particulars es pot entendre com: el compliment de les normes socials explícites i implícites per a relacionar-se amb l'entorn segons les expectatives dipositades en ell, a més, de complir les obligacions i les responsabilitats adquirides". Martínez Oró (2013:25).

Assenyalarem que, malgrat la possibilitat d'alguns consumidors de mantenir-se dins de la normalitat, a alguns altres, el consum de drogues els acaba

provocant l'aparició d'una addicció, la qual els situa òbviament fora de la normalitat, els incapacita per a seguir les normes socials establertes i els condueix a desenvolupar problemes.

Tanmateix, autors de diversos camps defensen que, en ocasions el consum de drogues sí que genera conseqüències adverses.

En l'àmbit fisiològic: "*se ha visto que una serie de opiáceos y de psicoestimulantes, incluyendo el éxtasis, disminuyen la capacidad de regeneración del hipocampo al reducir la tasa de proliferación de los progenitores neuronales y/o al dañar la supervivencia a largo plazo de los precursores neuronales. El consumo crónico de alcohol potencia la deposición de lipofuscina en las neuronas y en las células del corazón. Estos hechos son claros signos de la capacidad de dichas drogas para acelerar el envejecimiento cerebral*" Carvalho (2009:99)

En l'àmbit psicològic, el pediatres Medrana i Benítez, citen com a conseqüències del consum de cannabis: "*Síndrome amotivacional: apatía, empobrecimiento afectivo, abandono, desinterés – Apatía. – Irritabilidad. – Alteraciones de la memoria y aprendizaje. – Pérdida de eficacia en el desarrollo de actividades concretas*". Medrana i Benitez (2006:64)

En l'àmbit social: "*Otros costes sociales del fenómeno van desde accidentes laborales hasta el robo, pasando por la toma de decisiones equivocadas y la ruina económica de algunas personas*". Laraña (1986:88)

Reprenent la tesi de Martínez Oró, l'autor discuteix la necessitat d'abstinència al·legant novament que no tots els usuaris desenvolupen problemes i addicció, quan escriu: "*El discurs prohibicionista, fonamentant-se en diversos enganys articulats per les disciplines jurídiques i de la salut, ha lluitat per a aconseguir l'abstenció en els consums de drogues. Pels nostres propòsits destacarem la següent fal·làcia: entendre com a natural, verídica, obvia i que sempre ha estat així que els consums són incontrolables i per tant, sempre provoquen problemes i addicció.*" Martínez Oró (2013:310)

Aquest plantejament implica que no tots els consumidors de drogues acabin generant addicció, tot i que altres estudis també impliquin el fet que un

percentatge significatiu d'ells sí que ho faran, com defensa el National Institute of Drug Abuse, dirigit per la psiquiatra Nora Volkow, quan a la seva pàgina web explica com:

"Por lo general, la decisión inicial de consumir drogas es voluntaria. Sin embargo, con el consumo continuo, la capacidad de una persona para ejercer el autocontrol puede verse seriamente afectada. Este deterioro en el autocontrol es el sello distintivo de la adicción" NIDA (2014).

Així doncs, no podem afirmar que tots els consums de drogues siguin necessàriament problemàtics, però sí que cal reconèixer que alguns ho son; no podem afirmar que tots els consumidors de drogues acabin desenvolupant una addicció, però sí que cal reconèixer que alguns d'ells la desenvolupen. El fenomen de la drogodependència fa referència als consumidors que desenvolupen una addicció i els consums dels quals són problemàtics.

És en aquest sentit que, en aquest treball, parlarem de la necessitat, o no, d'abstinència. No en un sentit prohibicionista que defensi la conveniència d'erradicar el consum de drogues de la nostra societat, sinó com a condició necessària per a la normalització d'aquells subjectes que estiguin en risc d'exclusió social a causa de les conseqüències adverses del consum de tòxics a què son addictes. Centrarem la nostra investigació en aquelles situacions en que els subjectes hagin desenvolupat una addicció que els condueixi a tenir els problemes associats habituals a nivell fisiològic, psicològic i social.

LA REDUCCIÓ DE DANYS I RISCS EN L'ÀMBIT DE LES DROGODEPENDÈNCIES

Existeixen dos enfocaments contraposats de tractament de les drogodependències, el primer d'ells, és un enfocament al que s'estan dedicant molts recursos i esforços, especialment des del camp de l'educació social: La reducció de danys i riscos.

Una primera definició de la reducció de danys la trobem al glossari de la pàgina web de gencat.cat, definida com:

"Enfocament que fa referència a les polítiques, els programes i les pràctiques que tenen com a objectiu principal reduir les conseqüències sanitàries, socials i econòmiques del consum de drogues psicoactives legals i il·legals, sense reduir necessàriament el consum de drogues". (Gencat, 2012).

Aquest és un dels aspectes clau del model de reducció de danys, no posar-se com a objectiu la desaparició, ni tan sols la reducció, del consum, si no tan sols la reducció del dany que aquest consum provoca.

A continuació, la mateixa definició assegura que *"La reducció de danys aporta beneficis a les persones que consumeixen drogues, a les seves famílies i a la seva comunitat"*. (Gencat, 2012).

L'exemple més clar de com una intervenció pot aportar beneficis als consumidors de drogues que han desenvolupat addicció sense plantejar-se'n l'abstinència, la trobem en el cas del intercanvi de xeringues, que amb la irrupció del SIDA als anys vuitanta va evitar la infecció i la mort de moltes d'aquestes persones.

Parlant de la SIDA, podem assegurar que *"dicha epidemia ha propiciado una mayor profundización y elaboración de la perspectiva de reducción de daños y ha sido el principal motivo por el que líderes políticos inicialmente reacios han permitido la implementación de este tipo de programas"*. Martínez Oró i Pallarés (eds.)(2013:221)

En l'intercanvi de xeringues, tot i que no s'abordi el principal problema del subjecte, que seria la situació d'addicció, s'eviten o es minimitzen alguns dels danys que la persona addicta pateix o pot patir a causa del seu consum.

És el mateix que succeeix en moltes altres intervencions dutes a terme des d'aquest enfocament, com poden ser els centres d'acollida, les sales de consum supervisat, o les unitats mòbils d'atencions mínimes.

En definitiva es tracta de recursos que *"cubren necesidades elementales de colectivos de usuarios que presentan trastornos ligados a la cronicidad en el consumo y a situaciones de precariedad biopsicosocial, con la finalidad de evitar procesos de marginalización continuos"* Martínez Oró i Pallarés (eds.) (2013:222)

Des dels partidaris d'aquest enfocament es defensa aquest fet al·legant que no totes les persones estan preparades o capacitades per seguir un tractament per a la seva addicció. En ocasions, es defensa que són les polítiques i els programes de tractament de l'addicció els que no estan preparats per acollir alguns perfils d'usuaris. Així, ja que no poden o no volen ser atesos per a controlar la seva addicció, el programa s'acobla a la seva demanda i prova de millorar-ne la qualitat de vida.

"De todas las personas que utilizan drogas ilegales, solo una pequeña parte encaja con los servicios de tratamiento. (...) Por tanto, la respuesta asistencial no debe pretender apriorismos en relación con la abstinencia ni una interacción instructiva sino que tiene que contemplar un posible acoplamiento estructural"
Martínez Oró i Pallarés (eds.)(2013:220)

En el mateix glossari de la pàgina web de Gencat, trobem una definició de la reducció de riscos que, com veurem, no encaixa amb una situació de drogodependència com la que hem analitzat anteriorment.

En primer lloc, la definició parla d'un "*Enfocament que fa referència a l'actuació pragmàtica per promoure la salut respectant les diferències d'estils de vida, sobretot en termes de sexualitat i consum de drogues.*" (Gencat, 2012), en canvi recordem que l'addicció es definia anteriorment com una necessitat de consum, com una obligatorietat, no pas com un estil de vida, o una opció personal que cal respectar.

Seguidament la definició parla "*d'una aposta per reduir els riscos associats a certs comportaments i responsabilitzar els joves de les seves decisions. L'objectiu és permetre que les persones aprenguin a gestionar el seu propi plaer i els riscos corresponents, gràcies a una informació correcta i adaptada als seus conceptes de vida*" (Gencat, 2012).

L'aposta pot ser vàlida pel comú de la població juvenil, però la persona que ja sigui adicte no podrà, per molts esforços que faci i molts recursos que hi dediquem, aprendre a responsabilitzar-se del seu consum, ni gestionar el seu propi plaer. De fet, aquestes persones ja no trobaran cap plaer en el consum de drogues, sinó solament l'alleujament que representarà deslliurar-se durant una

estona del síndrome d'abstinència que puguin estar patint, fins que el malestar torni a aparèixer obligant-los altre vegada a la recerca d'una nova dosi.

Aquesta resulta una de les contradiccions de base amb què treballa aquest enfocament al aplicar-se en addictes, entendre com un respecte cap a la llibertat de l'altre, el fet de no acompanyar-lo cap a l'abstinència, quan el que s'aconsegueix, és reforçar-ne la seva manca de llibertat. Pretendre ensenyar-li a responsabilitzar-se, quan li manca la capacitat per fer-ho.

Els psiquiatres barcelonins Francesc Freixa i Lluís Bach, parlen sobre aquesta contradicció quan asseguren: "*Asistir impasible, en nombre de la libertad del otro, al espectáculo de un ser humano que se desmorona, dirigirle reproches al tiempo que se le hunde, darle lecciones de moral hasta que se anula es, UNA ACTITUD SADICA.*" Bach i Freixa (1983:12).

ELS TRACTAMENTS LLIURES DE TOTA SUBSTÀNCIA EN L'ÀMBIT DE LES DROGODEPENDÈNCIES

El segon dels enfocaments als que farem esment en aquest estudi serà al dels tractaments lliures de droga, o lliures de tota substància.

Aquest tipus d'enfocament, entén l'addicció com una malaltia, considerant que existeix una base fisiològica pel trastorn que condueix a la persona a perdre la capacitat de control respecte al consum.

"La adicción al alcohol y a otras drogas es un desorden primario que se manifiesta por características predicibles y consistentes que no son dependientes de otras condiciones. Existe una base neuroquímica subyacente a la pérdida de control en la tendencia adictiva a utilizar alcohol y otras drogas"
Miller y Gold (1993:122)

Tot i això, aquest enfocament reconeix que la malaltia, porta associats una sèrie de factors socials que cal tenir en compte en el seu tractament. "*El alcoholismo y la profilaxis o prevención de dicho flagelo son un problema económico, político y social, que trasciende a la actividad paliativa de la medicina.*" Bach i Freixa (1983:7)

I, de fet, es reconeix que un bon tractament és aquell en que "*las técnicas médico-sanitarias (...) van cediendo terreno al concurso social y comunitario a medida que el enfermo se va afianzando en su, habitualmente, largo camino hacia la rehabilitación*". Bach i Freixa (1983:90)

La concepció de que l'addicció tingui una base fisiològica té com a conseqüència la consideració de que qualsevol tractament que tingui com a objectiu fer desaparèixer el patiment de la persona addicte, ha de tenir com a base l'abstinència.

Els doctors en psiquiatria Lluís Bach i Francesc Freixa, molt implicats en l'àmbit de les drogodependències durant els anys 70 i 80, tant en l'àmbit públic com en el privat, ho afirmen categòricament: "*La abstinencia absoluta es imprescindible*" Bach i Freixa (1983:13)

Les crítiques cap als tractaments lliures de tota substància han estat protagonitzades per les veus que consideraven que la categoria de malalt era pejorativa cap a la persona addicte.

Un exemple d'aquestes crítiques la trobem novament en els postulats dels psicòlegs Martínez Oró i Pallarés quan asseguren que "*El modelo medico supuso la resignificacion del modelo moral y penal. Se entendia a los adictos como enfermos degenerados, y el vicio explicaba gran parte de sus problemas.*" Martínez Oró i Pallarés (eds.)(2013:30)

Aquesta visió pejorativa del concepte malalt, però, no és del tot fidel a la realitat, ja que precisament el que s'argumenta des del model lliure de tota substància és que el fet d'estar malalts, allibera a les persones addictes de la responsabilitat dels actes que han dut a terme mentre consumien, ja que havien perdut la capacitat de decisió. No se'ls considera viciosos, ni carents de força de voluntat, sinó senzillament portadors d'una malaltia que, mentre continuïn en contacte amb el tòxic, els incapacita per a controlar la necessitat de consum.

La relació entre el concepte de malalt, amb els de degenerat o viciós, doncs, no és producte dels partidaris o dels professionals que treballen en el model lliure de tota substància, sinó més aviat dels que anhelaven criticar-lo.

Segons el psicòleg colombià Augusto Perez Gomez "*llamar enfermedad a una adicción disminuye la culpa, permite buscar tratamiento y, paradójicamente, al igualar ese concepto a otras enfermedades, lo normaliza*". Perez Gomez (1995:69)

Una altra crítica habitual cap a aquest enfocament és la centrada en la obligatorietat de l'abstinència. Com vèiem anteriorment en la descripció que feia Gencat de reducció de riscos, es considera que el consum de drogues és una opció del subjecte, sense considerar que per la persona addicte ja no és cap opció, sinó una obligació.

Si no es contempla que el consum és una necessitat per a l'addicte, i no pas una opció, es pot entendre la obligatorietat de l'abstinència com una falta de respecte cap a la llibertat del subjecte, o fins i tot com un càstig.

Troblem aquesta reflexió en el treball de Martínez Oró i Pallarés quan, referint-se als tractaments lliures de droga asseguren que "*El abordaje terapeutico era casi punitivo, puesto que era obligatorio vivir libre de drogas*". Martínez Oró i Pallarés (eds.)(2013:30)

Però, precisament el que pretén el model lliure de droga no és limitar cap llibertat. Es considera que "*la abstinencia no constituye ni un castigo ni un capricho y mucho menos una limitación de su libertad individual*". Bach i Freixa (1983:94)

I de fet, s'entén que aquesta abstinència serà precisament la que permetrà al subjecte recuperar les seves opcions de viure i decidir lliurement.

Segons Bach i Freixa, a mida que el subjecte vagi avançant en el seu tractament "*constatará primero por la experiencia de los demás y después por propia comprobación el aumento tanto en calidad como en cantidad de las opciones y alternativas positivas que se le presentarán en la vida cotidiana*". Bach i Freixa (1983:94)

El model lliure de tota substància pren la postura que comentàvem anteriorment de comprendre que, utilitzant la terminologia emprada per Isaiah Berlin, la persona addicte en actiu, tot i gaudir de la llibertat negativa que fa que

ningú li impedeixi consumir, no té la llibertat positiva per a decidir deixar de fer-ho, ja que la seva malaltia li ho impedeix.

Per tant, considera que és necessari limitar la llibertat negativa al subjecte, impedit-li consumir, per tal que amb la desintoxicació, el subjecte recuperi la llibertat positiva per a decidir si vol seguir consumint o no, considerant les conseqüències que això li comporta.

"La reacción positiva, si es que llega, no acostumbra, en contra de lo que comúnmente se dice, a tener ninguna relación con la fuerza de voluntad del paciente. Esta situación de libre elección queda totalmente anulada por la vinculación al tóxico." Bach i Freixa (1983:45)

Així doncs, aquesta reacció positiva ha de ser possibilitada per un tractament de la drogodependència del subjecte que el desvinculi del consum de tòxics. Aquesta abstinència del consum serà la que permetrà l'augment de les possibilitats i alternatives per al subjecte del que parlaven Bach i Freixa (1983), implicant doncs, la possibilitat de construcció d'un nou itinerari social per part del subjecte.

Així, podem entendre aquesta limitació de la possibilitat de consumir drogues com una eina per a assolir un nivell d'autonomia més alt per part de la persona drogodependent.

Tenint en consideració l'exposat sobre el model lliure de tota substància, veiem com obre la porta a l'exercici d'una professió que busca *"el desenvolupament de la sociabilitat i la circulació social"* ASEDES (2007:11), com és l'educació social.

El motiu d'aquesta investigació serà el de trobar la manera concreta com encaixar la nostra professió en el model lliure de tota substància per a les drogodependències.

RESULTATS

ANÀLISI DEL MODEL LLIURE DE TOTA SUBSTÀNCIA:

El model de tractament lliure de tota substància per a les drogodependències, utilitzat al recurs on es va realitzar l'observació, porta implícit un encàrrec, molt marcat pel control respecte a certes normes i pautes que es consideren bàsiques i innegociables.

Aquí parlem, en primer lloc, de l'abstinència total de qualsevol tipus de substància, ja que es treballa amb un concepte integral d'addicció, segons el qual la persona addicta a una substància és altament susceptible de generar addicció a qualsevol altra substància, a part del fet que el consum de qualsevol substància acostuma a comportar un retorn a la substància que ha generat problemes, o, utilitzant l'argot del recurs, a la "droga estrella".

A més, també hi ha un altre seguit de pautes que s'espera que tots els usuaris segueixin com ara no entrar a bars, no veure a persones relacionades amb el consum, seguir una rutina d'horaris acordada, etc. S'estudia cada cas individualment i s'adapten aquestes pautes si hi ha circumstàncies extraordinàries que ho justifiquin, per establir les pautes a seguir per part de l'usuari, la transgressió de les quals és motiu de confrontació a la teràpia de grup i pot arribar a suposar l'exclusió del tractament.

Una vegada assolida i estabilitzada l'abstinència, i de manera paral·lela al control del compliment de les pautes bàsiques, el recurs en qüestió dedica la seva tasca a oferir les possibilitats a cada subjecte per a construir un itinerari social nou, que li doni la oportunitat de mantenir l'abstinència i d'aconseguir una bona qualitat de vida en endavant. En la primera part del tractament, però, el paper de l'usuari és passiu, i es limita al que en el argot propi del recurs s'anomena "deixar-se portar".

En aquesta segona part del tractament, el subjecte esdevé una part activa del procés, escull objectius, proposa itineraris i demana l'ajuda que li sigui necessària per a seguir-los. S'estimulen les capacitats i habilitats pròpies de cada usuari que li permetran assolir una vida autònoma, i a la vegada, saludable, i se'l acompanya al llarg d'aquest nou projecte. En aquest moment, ens trobem amb la part de l'encàrrec que més s'apropa al model de l'emancipació.

Aquest model de tractament entén que l'encàrrec de controlar permet assolir l'abstinència i posar límits a la repetició de patrons, i possibilita que l'encàrrec d'emancipació i de construcció de nous itineraris realment autònoms.

El model de tractament lliure de tota substància que hem observat es troba dividit en quatre processos diferenciats, marcats per objectius diferents que en la seva globalitat condueixen al que s'entén com la recuperació del usuari de la seva addicció a substàncies. Aquests són la desintoxicació, la deshabituació, la rehabilitació i la reinserció.

Tots quatre processos es superposen i es complementen l'un a l'altre al llarg del temps que dura la totalitat del procés, tot i que de manera general, segueixen l'ordre en que els hem anomenat.

Desintoxicació.

La desintoxicació consisteix en l'eliminació, a nivell fisiològic, de substàncies psicoactives en l'organisme del subjecte. Aquest procés és dirigit pel metge psiquiatra expert en addiccions, i consisteix en prescriure i administrar una pauta de medicació descendent, per tal d'evitar el síndrome d'abstinència físic i d'ajudar al subjecte a afrontar amb tranquil·litat les primeres etapes del tractament.

Aquesta pauta de medicació ha de trobar un equilibri que permeti al subjecte d'una banda evitar el síndrome d'abstinència, no sentir ansietat, regular els cicles del son, i de l'altra, tenir la capacitat d'acció suficient per a començar a incorporar-se paulatinament a les teràpies de grup i a les altres activitats pròpies del recurs on sigui tractat.

En el cas del recurs observat, per exemple, al tractar-se d'un recurs de règim ambulatori, la pauta de medicació ha de ser lleu, ja que ha de permetre al subjecte, un cop superats els primers dies en que algun familiar acostuma a acompanyar-lo, poder anar i tornar sol des de casa al centre, i tenir una certa autonomia per a la mobilitat.

En altres recursos en règim de ingrés, aquesta pauta de medicació acostuma a ser més elevada ja que no existeix la necessitat de mobilitat fins al cap de més temps, i d'aquesta manera el procés de desintoxicació acostuma a allargar-se, permetent que el subjecte el visqui d'una manera més suau, sense canvis tant bruscos que el puguin desestabilitzar.

Deshabitució.

El procés de deshabitució és aquell per el qual el subjecte s'allunya de tots els hàbits associats al consum i els substitueix per hàbits considerats saludables.

Els hàbits als que fem referència inclouen multitud d'aspectes, per exemple les rutines diàries bàsiques com ara els cicles de son, els hàbits alimentaris, l'activitat física o l'higiene.

És habitual que la persona addicta, en el transcurs dels últims temps abans de l'ingrés al centre, hagi patit un deteriorament d'aquest tipus d'hàbits, que sovint s'han vist engolits per la dinàmica compulsiva i alterada de l'addicte en actiu.

Es troben nombrosos casos en que la persona addicta podia passar dies sense dormir, o passar les nits en vela per després dormir al llarg de tot el dia, o no menjar durant tot el dia a causa de la intoxicació, o descuidar els seus hàbits d'higiene durant setmanes. També és habitual que la persona addicta, immersa en una dinàmica de maltractament i de desconexió del propi cos, no realitzés cap mena d'activitat física.

En aquests casos, la regulació d'aquests hàbits bàsics i la inclusió en el dia a dia d'una activitat física moderada resulten molt beneficiosos per a l'addicte al iniciar el tractament, ja que suposen una millora substancial de la seva qualitat de vida en un temps força curt. Aquest és un canvi que acostuma a ser viscut de forma gratificant per el subjecte i ajuda a que l'inici del tractament i la recent abstinència sigui percebuts com a canvis positius.

També és cert que, tot i que l'anterior sigui el perfil més habitual, alguns dels usuaris que arriben al centre no presenten els hàbits bàsics tan alterats. En aquests casos es fa un esforç per a mantenir la dinàmica anterior, excepte en

casos en que l'activitat física estigués associada al consum, la qual cosa també succeeix en determinades ocasions, en aquests casos es substitueix o es controla la pauta de realitzar activitat física per evitar aquesta associació.

La deshabitació, però, també inclou un treball per a modificar altres hàbits d'un caire no tant bàsic sinó més aviat socials, i també actitudinals.

El canvi d'hàbits a nivell social comença per deixar d'acudir a llocs associats al consum, i deixar de relacionar-se amb persones amb qui l'usuari hagi consumit o que consumeixin.

En centres que treballin en règim d'ingrés, aquest aïllament social inicial es duu a terme d'una manera natural, ja que l'usuari és fora del seu entorn, i les úniques visites que rep són les de familiars directes. Al centre on es va realitzar l'observació, en canvi, el règim ambulatori que segueixen els usuaris provoca que aquest sigui un pas més difícil de dur a terme i que sovint sigui motiu de confrontació, ja que l'usuari acostuma a voler seguir tenint contacte amb determinades persones tot i que des de l'equip de professionals es consideri que aquesta relació posi l'abstinència del subjecte en risc.

El canvi d'hàbits a nivell actitudinal, o canvi d'actituds, correspon a la desprogramació de certes tendències emocionals que molts usuaris tenen instaurades, que reproduïxen de manera automàtica davant de determinats estímuls o determinades situacions, i que els porten a consumir, o els acosten o els justifiquen el consum.

D'aquestes actituds, algunes de les més habituals són el victimisme, la justificació, l'acusació cap a l'altre, la negació del problema, la minimització de les pròpies faltes, la magnificació de les ofenses rebudes, l'engany, l'ocultació, etc.

Quan, en el dia a dia del centre, la persona addicta en tractament reproduïx aquest tipus d'actituds, se'l confronta amb la realitat, es valora fins a quin punt és justa amb els altres i amb sí mateix, i s'analitza cap a on el condueix aquest estat emocional.

D'aquesta manera, el subjecte poc a poc va identificant com els hàbits li resulten nocius i l'acosten cap a les dinàmiques de consum, i esdevé capaç de no reproduir-los inconscientment, sinó de contenir-los i demanar ajuda.

Rehabilitació.

El procés de rehabilitació és el consistent en afavorir l'adquisició per part del subjecte de les habilitats necessàries per al seu desenvolupament personal i inserció social.

Aquestes habilitats han de permetre-li construir un nou itinerari allunyat del consum i proporcionar al usuari, un cop desintoxicat i apartat de les dinàmiques de consum, una qualitat de vida suficient perquè no torni a refugiar-se en cap conducta addictiva o compulsiva en la seva recerca del benestar.

Una de les expressions que es repetia en moltes de les entrevistes informals realitzades al llarg de l'observació era la que afirma que "deixar les drogues és fàcil, el que és difícil és aprendre a viure sense elles". Aquesta frase, resumeix el que és l'objectiu principal d'aquest procés de rehabilitació. Capacitar al subjecte per a que superi les dificultats pròpies de la vida amb les noves habilitats adquirides.

En aquest sentit, un dels aspectes en què més es treballa és en el de les habilitats socials de l'usuari. És comú en moltes persones addictes el fet d'haver utilitzat el consum per superar les dificultats relacionals i interpersonals amb què s'ha trobat al llarg dels seus anys de consum.

La desinhibició que produeix el consum d'alguns tòxics, s'ha utilitzat freqüentment per superar les dificultats del procés de socialització del subjecte, ajudant-lo a prendre la iniciativa a l'hora d'establir noves relacions, especialment amb la intenció de conèixer possibles parelles, o de fer noves amistats.

Així mateix, el fet de disposar de substàncies tòxiques, o de ser coneixedor de la manera com adquirir-les, ha representat per a molts dels usuaris una manera de sentir-se valorats i acceptats per al seu grup d'iguals.

En iniciar un tractament, aquests recursos socials desapareixen, i l'usuari haurà d'adquirir habilitats socials que li permetin desinhibir-se en les relacions, i sentir-se valorat, acceptat i capaç en la seva relació amb els altres.

Aquesta serà la manera d'evitar un procés que el condueixi cap a l'exclusió i que pugui portar-lo a refugiar-se novament en el consum, o a buscar-hi novament els recursos que li manquen.

Un altre aspecte a treballar en aquesta capacitació del subjecte, és el de les habilitats personals per a la gestió emocional.

La persona addicta generalment presenta una mancança per a la gestió de determinades emocions, la qual cosa sovint ha utilitzat com a justificació per al seu consum. Aquest model de tractament entén que, el subjecte ha de desenvolupar aquestes habilitats per a la gestió emocional, ja que d'altra manera estarà contínuament en risc de recaiguda, quan les circumstàncies personals provoquin novament alguna de les emocions associades al consum.

És habitual trobar usuaris amb grans dificultats per a la gestió de la frustració, i que estant en actiu, utilitzin el sentiment de frustració com a desencadenant i com a justificació dels seus episodis de consum.

També és comú el fet de tenir el consum de tòxics completament associat a l'èxit, l'alegria o la celebració. Així com la tristesa o la nostàlgia, que sol ser "ofegada" pel consum de tòxics.

Una altra emoció habitualment associada al consum és l'enuig. Després d'una discussió acalorada o d'una baralla la persona addicta acostuma a refugiar-se en el tòxic com a mode de tranquil·litzar-se.

O fins i tot una situació d'avorriment, que habitualment era resolta mitjançant la intoxicació.

Totes aquestes emocions, habituals del dia a dia de qualsevol persona, quan es presentin en el subjecte, que abans les resolia mitjançant el consum de tòxics, hauran de ser gestionades d'una altra manera. Per això, el tractament dedica els seus esforços a que l'usuari desenvolupi noves habilitats que li permetin

trobar solucions, també noves, i aquest cop saludables, davant d'aquestes situacions.

En aquest procés de rehabilitació existeix una diferència important entre dos perfils d'usuaris diferents.

El primer d'ells és aquell subjecte que ha iniciat el seu consum de tòxics a edats molt primerenques i ha desenvolupat els problemes associats a l'addicció ràpidament.

Troblem molts usuaris dels centre que han tingut els primers contactes amb les substàncies entre els 12 i els 14 anys, habitualment amb cànnabis i alcohol. Aquest consum ben aviat ha provocat problemes acadèmics i abandonament escolar. Cap als 16 a 18 anys, aquest perfil d'usuari s'ha iniciat en el consum d'altres drogues com són les drogues de síntesi, la cocaïna o el "speed", en un primer moment associat als moments d'oci, al cap de setmana i a les discoteques o a les festes populars, mantenint el consum d'alcohol i cànnabis en el dia a dia. Més endavant, el consum de cocaïna s'ha anat convertint en quelcom cada vegada més freqüent. Fins que finalment ens trobem amb un subjecte addicte al consum diari de grans quantitats d'alcohol i cocaïna amb conductes associades com poden ser l'ús de prostitució, els jocs d'atzar, l'ús compulsiu de pornografia o recerca de contactes per internet.

Aquest perfil d'usuari, al arribar al centre, presenta unes habilitats socials i de gestió personal que des de l'adolescència han estat mediatitzades pel consum de tòxics, és a dir, no ha tingut cap moment en la seva vida en que s'hagi desenvolupat en el seu dia a dia sense el recurs del consum per a resoldre les situacions amb les que s'ha anat trobant.

En aquest cas, més que rehabilitació, el procés podria ser anomenat simplement habilitació, ja que podem considerar que aquest subjecte mai ha disposat d'habilitats socials ni personals pel seu compte.

Un altre perfil d'usuari, en canvi, és el que ha desenvolupat l'addicció i els problemes associats a edats més avançades. En aquest grup trobem persones de trajectòries molt diferents. Des de senyores de mitjana edat que han desenvolupat addicció al alcohol i als medicaments tranquil·litzants en el

moment en que el que els seus fills s'han independitzat, en el que s'anomena el "síndrome del niu buit". Passant per persones que al llarg de la seva vida han fet un consum social de l'alcohol, fins que alguna circumstància personal, alguna tragèdia familiar, o algun situació de canvi que no s'ha pogut gestionar adequadament, ha fet que comencessin a utilitzar-lo d'una forma compulsiva fins a convertir-se en alcohòlics. Fins a persones que han entrat en contacte amb alguna droga a edats més avançades i n'han esdevingut addictes, com pot ser el cas d'executius d'empresa que han associat el consum de cocaïna al estrès i a la voluntat de tenir un rendiment més alt.

En aquests casos, el procés, efectivament, pot ser anomenat rehabilitació ja que sovint es procura retornar al subjecte a l'ús de les habilitats de les que havia disposat i que l'havien permès definir un itinerari social no problemàtic, en tot cas, afegint-hi alguna habilitat concreta per a gestionar la dificultat associada al desenvolupament de l'addicció.

Reinserció.

En aquest últim procés del tractament, la intenció és la d'acompanyar a l'usuari en el retrobament i en la nova relació amb totes les xarxes socials de les que el consum de tòxics l'havia anat exclouent.

A mida que el subjecte va aconseguint mantenir una abstinència sostinguda i segons les necessitats personals que se l'hi presentin es va afrontant la seva reincorporació a les diverses xarxes socials del seu entorn.

En el model de tractament lliure de tota substància per a les drogodependències es considera molt important, una vegada desintoxicat i deshabituat l'usuari, no afrontar més d'un àmbit de reinserció a la vegada, ja que s'entén que la correcta adaptació al subjecte en cada un d'aquests àmbits serà clau per a garantir l'abstinència i la qualitat de vida a llarg termini i evitarà, per tant, recaigudes.

Així, s'intenta acompanyar a l'usuari cap a la normalització i la reinserció, una a una, dins de les xarxes socials de què participarà, consolidant la correcta participació en cada una d'aquestes xarxes, sense que això provoqui

síntomes com ara ansietat o malestars emocionals, abans de començar amb la reinserció a una nova xarxa.

Una de les primeres xarxes amb que s'acostuma a treballar és la familiar. La trajectòria de consum de cada subjecte sovint a provocat desajustaments en el funcionament familiar.

És habitual trobar relacions de parella molt malmeses, sovint amb diferències en quant a la criança dels fills, si n'hi ha, i a vegades també amb negacions de custòdia cap a la persona addicte.

També és comú el fet de que, arrel del consum de tòxics i dels problemes associats, la persona addicte hagi perdut el suport d'alguns, o molts, dels seus familiars propers, cansats de promeses incomplertes, de robatoris de diners, o d'altres conductes freqüents en l'addicció.

El retorn cap a la confiança, la correcta participació dins del nucli familiar, o el reajustament del rol del subjecte dins de la seva família acostumen a ser els primers aspectes que es treballen en el procés de reinserció.

En aquest model de tractament es dona molta importància a l'assumpció de les responsabilitats que li pertocuen a cada subjecte, i és per això que, normalment, el següent àmbit que s'acostuma a enfocar des del procés de reinserció és el laboral, o l'acadèmic, segons siguin l'edat, les necessitats i les característiques de cada usuari.

En usuaris joves, es habitual dur a terme una tasca d'orientació i acompanyament acadèmic tant bon punt l'evolució del subjecte ho permet. Aquest és un àmbit que d'una banda, pot aportar gratificacions importants al procés d'aquesta persona addicte, ja que sovint descobreix que, ara que és abstinent, pot aconseguir resultats molt satisfactoris a nivell acadèmic, la qual cosa abans li resultava impossible per culpa del consum.

D'altra banda, també és un àmbit que comporta certs riscos, ja que acostuma a suposar la inclusió de l'usuari en entorns no protegits, en que trobarà molts companys que consumeixin tòxics amb normalitat i que, com és propi de l'edat, dediquin gran part dels seus moments d'oci a activitats properes al consum, de les quals l'usuari s'haurà de mantenir al marge.

En aquelles persones en tractament que ja tenen edats més avançades, tot i que també es promocionin les possibilitats de formació, esdevé més necessari i sobretot més urgent, afrontar la reinserció laboral.

En aquests casos s'acompanya a l'usuari en la recerca d'una nova feina, o en la reincorporació en el cas de les baixes per malaltia, tenint en compte les associacions que puguin existir entre la feina i el consum, i també les emocions que l'àmbit laboral puguin provocar com ara l'estrés o la frustració.

Superades i estabilitzades les anteriors facetes de la reinserció, el tractament també acompanya al subjecte cap a la represa de relacions socials més pròpies de la vida personal i íntima del subjecte com són les relacions d'amistat, la pertinença a grups d'iguals en ambients lúdics i de oci, i també en el retrobament amb les relacions íntimes de parella en aquells usuaris que no hagin arribat al tractament amb una parella anterior.

Les dificultats associades a aquest moment de la reinserció exigeixen que el subjecte tingui una abstinència sòlida i sostinguda al llarg del temps, ja que d'altra manera podria trobar-se en risc per la falta de recursos propis per a la socialització, a l'exposició a estímuls de consum, o a malestars emocionals.

La persona addicta ha viscut molt de temps anestesiada emocionalment, això fa que sovint el retrobament amb el món de les relacions íntimes sigui viscut amb molta intensitat. Aquest fet, que provoca que una relació nova es converteixi en una vivència enormement gratificant, porta associat un risc en quant qualsevol frustració o desengany també pot ser viscuda molt intensament, i provocar unes sensacions molt semblants al síndrome d'abstinència, que podrien suposar un nou consum.

A més a més, també cal considerar que en arribar a aquest punt del procés, el seguiment que es realitza dels usuaris ja acostuma a ser més espaiat en el temps. A conseqüència de les responsabilitats adquirides, el subjecte assisteix a moltes menys teràpies setmanals, possiblement una o dues, i per tant, és necessari que es faci ell mateix responsable del seu procés, ja que el seguiment que rep per part del grup de teràpia és molt més llunyà.

Recuperació.

Un cop superats els quatre processos analitzats, el model de tractament lliure de tota substància considera que la persona és un addicte recuperat.

Des d'aquest model, l'addicció es considera una malaltia crònica, això vol dir que la persona que en algun moment de la seva vida ha desenvolupat aquesta malaltia, mai més podrà entrar en contacte amb substàncies addictives ja que això provocaria novament l'aparició de la compulsivitat, la pèrdua de control, i els problemes associats.

Que el subjecte hagi realitzat la totalitat del tractament i hagi passat a ser un addicte recuperat, vol dir que ha normalitzat tots els aspectes de la seva vida i que no té cap símptoma de la malaltia.

Però això no significa que pugui tornar a controlar el consum de tòxics, ni tan sols d'aquells que anteriorment no havien representat cap problema aparent, ja que l'addicció es concep com una malaltia integral i es considera que el consum de qualsevol substància potencialment addictiva suposaria un risc significatiu de reproduir les dinàmiques pròpies de l'addicció.

Igualment, l'aparició de conductes fortament associades al consum, com podrien ser l'engany i les mentides, les activitats delictives, la relació repetitiva amb persones de consum alt, o l'estrés constant, també suposarien un risc per a l'addicte recuperat, de la qual cosa n'ha de ser conscient per tal de poder protegir-se.

Al mateix temps, l'addicte recuperat és una persona que, al haver passat per un procés traumàtic, i al haver realitzat un treball de canvi d'hàbit i actituds i de creixement personal, gaudeix d'habilitats i capacitats pròpies remarcables i està fortament capacitat per a desenvolupar-se en el dia a dia disposant d'una bona qualitat de vida, i per a construir l'itinerari social que decideixi des d'una situació d'autonomia personal en tots els sentits.

PRESENCIA O ABSENCIA DE L'EDUCACIÓ SOCIAL EN AQUEST MODEL

En el recurs on hem realitzat l'observació participant, l'equip professional no compta amb la participació de cap educador social. De fet, el motiu que ha justificat les pràctiques ha estat la voluntat de la directora del centre d'incloure-hi la figura professional de l'educador social, amb l'intenció de donar un valor afegit al tractament que s'hi duu a terme.

De la mateixa manera, en la recerca realitzada en altres recursos i centres de tractament que funcionen amb el mateix model, tampoc hem trobat cap equip professional que inclogui a un educador social entre els seus membres.

Aleshores, podem concloure que la presència de l'educador social en aquest model de tractament és inexistent, o si més no, minsa.

Tot i així, si ens fixem en els objectius amb què treballa aquest tipus de tractament, i amb les tasques que s'hi realitzen sí que podem trobar un paral·lelisme significatiu amb els objectius i les tasques pròpies de la nostra professió.

Si prenem com a referència, per exemple, la definició d'ASEDES (2007) en els seus documents professionalitzadors, veiem que defineix l'educació social com una professió que possibilita "*La incorporació del subjecte de l'educació a la diversitat de les xarxes socials, entesa com el desenvolupament de la sociabilitat i la circulació social*" i també "*La promoció cultural i social, entesa com a obertura a noves possibilitats de l'adquisició de béns culturals, que amplii les perspectives educatives, laborals, d'oci i participació social*" ASEDES (2007).

Aquesta intenció de la nostra professió, coincideix completament amb l'intenció final del model lliure de tota substància per a les drogodependències que hem definit.

Especialment en el procés de reinserció, que com hem vist, busca precisament aquesta incorporació a les xarxes socials de les que hem parlat com la família, el món acadèmic, el laboral, els grups d'iguals encarats al oci, etc.

Aquesta reinserció, a la vegada, és possible gràcies al procés de rehabilitació que ha dut a terme el subjecte, acompanyat pel tractament, per obtenir les

capacitats i les habilitats necessàries per a que, en el seu retorn a les xarxes socials, no es reproduïxin dinàmiques de consum que el conduïrien novament cap a l'exclusió.

A la vegada, aquesta inserció, també es sosté en el procés previ de deshabitació que ha recorregut el subjecte. Sense la renúncia als hàbits associats al consum, no hauria estat possible mantenir l'abstinència ni, per tant, adquirir noves habilitats o tornar a participar de les xarxes socials.

Per últim, tots aquests processos han pogut existir gracies a un procés previ com és el de la desintoxicació. Sense superar el síndrome d'abstinència, i deixar enrere els símptomes de la intoxicació constant, cap canvi hagués estat possible i l'usuari seguiria exclòs de la seva participació en les xarxes socials i no gaudiria d'oportunitats de promoció social.

Deconstruint el tractament lliure de tota substància, doncs, veiem com les dinàmiques de control i d'intervenció pròpies de les primeres parts del procés, tenen com a objectiu possibilitar una tasca de inserció social i de promoció de l'autonomia personal del subjecte, la qual cosa coincideix amb la tasca pròpia de la nostra professió.

Per a què poguéssim parlar d'Educació social en el tractament lliure de tota substància, però, caldria que aquesta intenció es concretés en tasques de caràcter pedagògic, i no exclusivament psicològic, mèdic o terapèutic, que són les que hem pogut observar en el recurs analitzat, possibilitat que revisarem més endavant en aquest mateix estudi.

PROFESSIONALS

Els perfils professionals presents en el model lliure de tota substància per a les drogodependències són:

Metge/psiquiatra:

És present especialment en la primera part del procés, i és l'encarregat de dictaminar i supervisar la pauta farmacològica de desintoxicació.

Una característica destacada del metge/psiquiatra en aquest model, a diferència del model de reducció de danys, és que encamina la seva tasca cap a la completa abstinència del subjecte de qualsevol substància psicoactiva potencialment adictiva.

Això vol dir que, en aquest model, el metge/psiquiatra evita l'ús de medicaments substitutius, com podria ser la metadona, o de medicaments potencialment adictius, com podrien ser les benzodiazepines.

En casos d'addicció a opiàcids, es procura desintoxicar al subjecte en un període el més curt possible de temps. Això suposa evitar, en la mesura del possible, l'ús de metadona, i en casos en que sigui imprescindible utilitzar-la, fer un seguiment molt proper del cas per tal de reduir-ne les dosis tant aviat com sigui possible fins a assolir l'abstinència.

Respecte a la gestió farmacològica de la ansietat i l'insomni associats al síndrome d'abstinència, el metge/psiquiatra, en aquest model, prioritza l'ús de medicaments alternatius a les benzodiazepines. Només en casos en que el subjecte ja fos consumidor de benzodiazepines anteriorment, per tal d'evitar el síndrome d'abstinència s'inclouen aquests tipus de medicaments a la pauta de desintoxicació, i també supervisant-ne d'una manera molt propera la retirada per tal d'assolir l'abstinència el més aviat que sigui possible.

Més enllà de la seva tasca relacionada amb la desintoxicació, el metge/psiquiatra en el model lliure de tota substància també és el professional encarregat de tractar tots els problemes fisiològics paral·lels.

En aquest sentit, és habitual que el consum hagi provocat problemes associats, els més habituals dels quals acostumen a ser problemes hepàtics, problemes de patiment mental, infeccions diverses, deteriorament general, etc.

Paral·lelament a la desintoxicació, el metge/psiquiatra tractarà aquests problemes fisiològics associats per tal que l'usuari millori qualitativament, facilitant així que el fet de deixar de consumir sigui percebut com quelcom gratificant i beneficiós.

Terapeuta d'addiccions:

És possiblement la figura professional que més pes té al llarg de tot el procés que es segueix en aquest model de tractament, tot i que, fora de l'àmbit d'aquest model sigui una figura molt poc reconeguda, ja que presenta una certa indefinició acadèmica i professional.

El terapeuta d'addiccions no té una titulació específica que l'acrediti com a tal. Alguns d'ells són psicòlegs, però generalment són persones provinents d'altres àmbits acadèmics que poden no tenir res a veure amb el tractament de l'addicció, i sovint, també persones sense estudis superiors. Molts d'ells, realitzen cursos que els permetin justificar de cara a les persones externes al tractament el seu lloc de treball com ara el curs de "tècnic en conductes adictives", o com ara el "màster en drogodependències" que ofereix la UB i per el qual no es requereix titulació prèvia.

El saber que els permet exercir com a terapeutes, doncs, provés d'altres fonts de coneixement que no són l'acadèmica, sinó d'una banda la pròpia experiència, i de l'altra, la formació presencial com a aprenent d'altres terapeutes.

Quan parlem de la pròpia experiència ens referim al fet que la immensa majoria de terapeutes d'addiccions dels recursos que treballen amb el model lliure de tota substància, si més no en els recursos que hem conegut i estudiat, són ells mateixos addictes recuperats.

El fet d'haver viscut en primera persona el procés de desenvolupament de l'addicció, els períodes de consum compulsiu, i més tard haver transitat pel procés de tractament i per tots els canvis que això implica, fa que puguin identificar molt més fàcilment la situació en que es trobi cada usuari, ja sigui la negació, ja sigui el defalliment, ja siguin les ganes de consumir o ja sigui el vertader benestar.

De la mateixa manera, el fet de ser ells mateixos addictes recuperats permet una identificació amb ells per part dels usuaris, aporta capacitat d'empatia per ambdues bandes, i confereix un tipus d'autoritat especial a aquesta figura professional.

Ja assegurava Borja que *"el terapeuta es el primer enfermo"* (1995:23). Aquesta condició d'addicte recuperat del terapeuta d'addiccions possibilita una relació interpersonal entre ell i l'usuari que gaudeix de característiques especials.

"El terapeuta es como un viejo que ya recorrió el camino, y esta actitud no se puede transmitir con palabras. Nuestra presencia la marcan nuestras arrugas y las heridas cuyas cicatrices son visibles para el paciente. (...) Al entrar en una psicoterapia profunda la única curación que uno puede brindar es la que surge de haber reconocido el sufrimiento y el dolor en uno mismo, y haberlos trascendido." Borja (1995:43)

Una explicació de com viu un usuari aquesta característica del professional que l'ha d'atendre de la seva addicció la trobem en la segona entrevista que varem realitzar a Raúl (annex 2) en que, quan explica la seva primera visita amb una terapeuta addicte recuperada assegura, entre altres coses que *"ràpidament, vaig veure que parlàvem el mateix idioma. Saps? Això a posteriori ho identifico molt clarament. Un addicte és l'únic que pot entendre a un altre addicte. Això és així. Parlem un llenguatge que ens entenem. Perquè el mateix que he viscut jo ho ha viscut un altre, i viceversa. O sigui, són històries molt semblants."*

I també *"vaig veure doncs que realment, ella m'estava entenent. Cosa que no havia passat amb cap dels altres professionals que m'havien tractat. O sigui, no sabia com explicar-ho exactament, no? Però era un altre tipus de preguntes, un altre tipus de tracte, el que jo explicava per ella no era estrany."*

El fet d'haver realitzat un procés de recuperació semblant al que ha de realitzar l'usuari permet al terapeuta tenir coneixement de les dificultats que impliquen els diferents processos de què consta el tractament, i de cada un dels seus aspectes, i també de les possibilitats de superar-les.

A més, el terapeuta d'addiccions, com a addicte recuperat, no solament ha viscut el seu propi procés, sinó que ha estat testimoni i acompanyant, a través de les teràpies de grup, dels processos de recuperació de tots els usuaris amb qui ha compartit teràpia, la qual cosa sempre aporta una visió molt completa

del que representa recuperar-se de l'addicció en aquest model, dels riscos, de les possibilitats, etc.

Un cop finalitzat el seu propi procés, i per tant reinserit en tots els àmbits, incloent-hi el laboral, el subjecte que mostra interès en dedicar-se a la labor de terapeuta pot demanar a algú que ja n'exerceixi i, preferiblement, que compti amb força anys d'experiència que el formi com a tal.

Si el terapeuta experimentat ho accepta, l'aspirant a terapeuta entrarà en un període de formació que generalment consistirà en realitzar tasques de monitor, assistir com a co-terapeuta a les teràpies de grup, i participar en les reunions d'equip. Paulatinament, i a mida que vagi adquirint les habilitats necessàries, el terapeuta experimentat delegarà tasques de més responsabilitat al aspirant de terapeuta, com ara mantenir alguna reunió amb familiars, visitar individualment a algun usuari, i finalment conduir alguna teràpia de grup ell sol.

Aquesta formació pot durar aproximadament un any, i a part de l'experiència de la pròpia addicció i posterior recuperació, serà la que permetrà al terapeuta obtenir les competències per a exercir com a tal.

Malgrat la informalitat de la seva formació, com dèiem al començar aquest punt el terapeuta d'addiccions és la figura professional que més pes pot tenir en el procés de cada subjecte, ja que les decisions i les pautes sobre cada subjecte son preses a la teràpia de grup, que condueix ell.

Al mateix temps, el fet de ser addicte recuperat també acostuma a suposar un punt extra de implicació personal en els processos dels usuaris per part del terapeuta. Un bon exemple d'aquest fet el trobem novament en l'entrevista a en Raül (annex 2) quan explica: "Jo he de dir que vaig tenir un recolzament professional per part de tots els meus terapeutes brutal (...),l no és simplement el que queda en el despatx o el que queda en la teràpia. És que la magnificència d'aquest tractament és que s'allarga a tota la teva vida. O sigui, aquí no hi ha un horari... no hi ha un horari de oficina de nou a una i si són les dues no vinguis perquè t'has de buscar la vida. No. Això no funciona així."

Aquesta implicació personal fa que en diversos casos, siguin terapeutes d'addiccions les persones que creen i dirigeixen centres que treballin sota

aquest model, i que, per tant, aquests centres tinguin com a saber preponderant, el terapèutic.

Psicòleg/psicòloga:

Aquest és un professional que generalment s'utilitza com a recolzament de la tasca terapèutica. El psicòleg/a no acostuma a participar de les teràpies de grup si no que s'encarrega de realitzar visites individuals per atendre necessitats específiques dels usuaris.

En la seva arribada al centre, tots els usuaris acostumen a ser atesos per aquest professional, que els realitza un diagnòstic psicològic i atén a les necessitats pròpies de les primeres parts del procés com a reforç i complement de la labor que es duu a terme en la teràpia de grup.

En parts més avançades del procés, el psicòleg/a també pot atendre necessitats específiques que hagin estat detectades pel terapeuta i que, per diversos motius, sigui necessari atendre en visita psicològica. Això pot ser motivat per la dificultat d'algun usuari a tractar certs temes en grup, a que la naturalesa d'aquesta necessitat escapi de l'àmbit terapèutic de la malaltia d'addicció i correspongui més aviat a l'àmbit psicològic, o simplement a que es considera que la urgència d'aquesta necessitat demana d'un reforç en visita psicològica individualitzada.

Monitor/a:

És un altre professional que realitza una labor de suport en l'àmbit terapèutic. Algunes tasques habituals poden ser acompanyar als usuaris a l'hora de realitzar gestions fora del centre, controlar el correcte desenvolupament de les activitats del dia a dia del centre, com per exemple els àpats, gestionar els materials que utilitzen els usuaris del centre, etc.

Un altre encàrrec que rep aquest professional és el de informar als altres integrants del equip de conductes, dinàmiques de grup o actituds que hagi

pogut observar entre els usuaris, ja que les característiques d'aquest professional faciliten que els usuaris s'hi mostrin més propers i més naturals.

És habitual que el monitor en el model lliure de tota substància per les drogodependències sigui també un addicte recuperat que hagi realitzat aquest mateix tipus de tractament, i fins i tot, que sigui un aspirant a terapeuta qui desenvolupi aquestes funcions.

Infermer/a:

Aquest professional realitza tasques de suport en l'àmbit mèdic, i també terapèutic. És l'encarregat de realitzar els controls d'orina, d'atendre als usuaris en casos de molèsties lleus, de dispensar la medicació i controlar-ne l'ús correcte per part dels usuaris.

Igual que el monitor, també rep l'encàrrec de donar informació a metges i terapeutes sobre el dia a dia dels subjectes en tractament.

DIFICULTATS PER A L'EXERCICI DE L'EDUCACIÓ SOCIAL

Una vegada definit i analitzat en profunditat el model lliure de tota substància per al tractament de les drogodependències, passem a veure quin és el lloc, si és que n'hi ha, que hi pot ocupar l'educació social.

Començarem per parlar de les dificultats amb què es trobarà l'educador social que vulgui dur a terme la seva tasca en un recurs que funcioni sota aquest model, i en concret, iniciarem aquest anàlisi referint-nos a les dificultats pròpies del tipus de tractament que s'ofereix en aquests centres, i els processos que s'hi segueixen.

Planella, en el seu "Anàlisi de la pràctica educativa" (2012), explica la dificultat amb què es troba qualsevol educador en l'exercici de la seva pràctica, i que es refereix a la recerca de l'equilibri entre les tasques que responen a un encàrrec de control institucional, i les que responen a un encàrrec d'emancipació del subjecte.

Aquesta dificultat, que ja és pròpia de la nostra professió, es veu especialment augmentada per les característiques del model lliure de tota substància per a les drogodependències.

Com hem vist, les característiques d'aquest model de tractament, obliga al professional del centre a col·laborar en dinàmiques de control, en prohibició de determinades conductes i en conducció del subjecte cap a un objectiu prefixat.

La mateixa obligatorietat d'abstinència, representada a través del procés de desintoxicació, ja respon a un encàrrec de control institucional, així com la posterior definició de pautes a seguir pròpia del procés de deshabitació.

En canvi, els objectius dels processos de rehabilitació i de reinserció responen a un encàrrec d'emancipació que pretén capacitar al subjecte i acompanyar-lo per tal de facilitar la seva inclusió social i plena autonomia personal.

Aquesta dualitat del tractament, representa un escenari en el que la recerca del equilibri resulta un objectiu complicat, i en el que, per a realitzar tasques enfocades cap a l'emancipació, caldrà col·laborar prèviament en tasques de control del subjecte.

“El més sensat és tenir-ho clar (que no vol dir acceptar-ho sense més ni més) i mirar d'exercir l'ofici amb la major dignitat possible.” Planella (2012:37)

En un tractament lliure de tota substància per a la drogodependència, si el professional ofereix possibilitats d'autonomia al subjecte, abans que aquest hagi avançat significativament en el seu procés de deshabitació, corre el risc de que aquesta persona reproduïxi dinàmiques properes al consum.

Així mateix, si aquestes possibilitats d'autonomia no arriben en el moment indicat, es corre el risc de que el subjecte deixi de viure el tractament i els seus processos de canvi com quelcom gratificant, i pugui acabar sentint que l'esclavitud del tòxic, s'ha transformat en una esclavitud cap al tractament, amb la qual cosa s'aconsegueix un efecte rebot que acaba portant a l'usuari cap a l'abandó del tractament i la recaiguda.

Encertar el moment indicat en què iniciar activitats noves amb el subjecte de cara a la reinserció, o en canvi, decidir prorrogar iniciatives per refermar

l'abstinència i el procés del subjecte és moltes vegades la clau en el tractament lliure de tota substància per a les drogodependències.

És comú en aquest tipus de recursos que la inexperiència, les presses, el desconeixement, o les ànsies de veure canvis en el subjecte, portin a alguns professionals a prendre decisions precipitades que acabin per exposar anticipadament al usuari a estímuls per als que no està preparat, obligant a una rectificació posterior i provocant un alentiment general del procés.

En la majoria de centres que funcionen sota aquest model, el professional responsable de l'evolució del subjecte i qui finalment prendrà les decisions és el terapeuta d'addiccions. S'entén que és ell qui millor pot determinar el ritme de cada procés individual, ja que el fet d'haver viscut una experiència semblant, i el de ser present en les teràpies de grup li permet tenir més informació sobre les necessitats de cada usuari.

També és habitual que en alguns casos, quan un subjecte consulta si és convenient donar determinats passos o esperar-se, que sigui el grup de teràpia qui decideixi. Una de les frases habituals en el recurs observat resa: "El grup és savi". Igualment, aquesta oportunitat sempre la ofereix el terapeuta, que per el seu coneixement del grup, té una idea bastant clara del que decidirà, i d'aquesta manera evita haver d'assumir ell sol la frustració que pot suposar al subjecte rebre una negativa a la seva proposta.

Aquest tipus de funcionament, representa una dificultat per a l'educador social en l'exercici de la seva professió, ja que ha de respectar les decisions preses pel grup de teràpia i per el terapeuta, i sovint trobarà que el marc normatiu establert per aquests no sigui el mateix que ell establiria.

En aquest sentit, l'educador haurà de buscar els intersticis i les possibilitats d'aquest marc normatiu per a trobar lloc per a les seves accions, més que no pas entrar en confrontació amb el sistema del tractament.

La negativa o la pròrroga dels projectes educatius i socials que plantejem pot desencadenar una sensació de frustració en l'educador, dificultat amb la que també ha de treballar, especialment mentre no conegui en profunditat les característiques del model i del recurs on es situa.

Una altre sensació que pot representar una dificultat per a l'educador al treballar en un model lliure de tota substància per a les drogodependències és la no obtenció dels resultats esperats.

És habitual, especialment durant els primers mesos de tractament, que els usuaris presentin canvis molt accentuats en la seva evolució i en el seu estat d'ànim. L'interès que avui presenti un usuari per determinada proposta, ens pot fer dedicar molts esforços a promocionar-ne els seus beneficis, per adonar-nos a la setmana següent, que l'usuari ha perdut qualsevol interès al respecte.

La oferta de propostes educatives ha de ser constant, i no cal esperar resultats a curt termini, ni al primer intent, sinó que les resultats, al igual que en els altres aspectes del tractament per a les drogodependències en aquest model, trigaran un temps en arribar.

També la falta de demanda per part del subjecte és una dificultat corrent en determinades etapes d'aquest model de tractament. Tot i que la majoria dels recursos d'aquest model no atenen usuaris que estiguin obligats judicialment a la participació en el tractament, sí que es rep a molts usuaris que inicien el seu procés "obligats per les circumstàncies".

En nombroses ocasions, el subjecte a qui s'atén, ha accedit a realitzar el tractament motivat per el fet que el seu entorn hagi tancat totes les portes i no li ha quedat altra opció que aquesta. En aquests casos, trobem un subjecte que participa del procés amb més o menys correcció, però amb una falta de motivació pel canvi que impedeix, d'entrada, realitzar cap tasca que demani una implicació real per part de l'usuari.

Al llarg del procés, també en etapes més avançades, aquest fet pot anar repetint-se cíclicament a mida que es van abordant determinats aspectes pels quals el subjecte no comparteix la necessitat d'un canvi.

Aquest fet, en activitats programades individualment, es pot superar negociant amb l'usuari quins aspectes treballar i quins no, però en activitats programades de manera grupal, és habitual trobar-se grups en que uns subjectes mostrin implicació i d'altres, en canvi, afrontin d'una manera més passiva.

Una vegada més, l'educador haurà de mantenir l'oferta educativa per tal de que els usuaris tinguin la possibilitat de implicar-s'hi en el moment en que aparegui una demanda per part seva.

Per acabar amb aquest apartat, farem referència a una altra de les dificultats principals a què s'enfronta l'educador en el model lliure de tota substància per a les drogodependències.

La majoria de recursos que treballen sota aquest model són centres privats, en què la voluntat institucional de realitzar una tasca social, es compagina inevitablement amb la necessitat d'obtenir un cert rendiment econòmic, la qual cosa implica als seus directors pensar en termes de productivitat.

Això implica en alguns casos que els recursos de què es disposin siguin limitats, i en moltes ocasions aquest fet es tradueix en que als usuaris se'ls demani una compensació econòmica en cas que vulguin participar de les activitats programades fora del funcionament habitual del centre.

Aquest és un fet que l'educador haurà de tenir en compte a l'hora de realitzar projectes, programant-los de tal manera que la motivació dels usuaris per participar-hi sigui correlativa al preu que hauran de pagar per fer-ho.

Al mateix temps, aquesta productivitat amb què ha de funcionar un recurs basat en aquest model, sovint representa una limitació dels recursos humans i professionals que hi treballen.

És habitual trobar centres en que els professionals han d'assumir tasques que no corresponen al seu perfil professional, ja que la necessitat de realitzar aquestes tasques no compensa, en termes econòmics, el fet de contractar un professional específic.

A més a més, entre el ventall de les professions implicades en aquest tipus de tractament, l'educació social és potser la que menys prestigi professional representa, i això facilita que l'educador sigui en ocasions utilitzat com a comodí per a suplir les mancances del equip professional del centre.

Així, és fàcil que l'educador rebi l'encàrrec de realitzar tasques pròpies del monitor, o fins i tot de l'infermer, com ara, controlar i supervisar el correcte

comportament dels usuaris en els horaris de menjador, participar en tasques de neteja i ordre, o fins i tot realitzar els controls d'orina.

Davant d'aquest fet, emergeix una necessitat de professionalització per a l'educació social, i es planteja la responsabilitat de cada educador social de donar a conèixer quines són les tasques pròpies de la seva professió i quines no, quines són les seves maneres de fer i d'estar, i quines no.

Queda a criteri de cada professional fins a on contribuir al bon funcionament del recurs i a la seva productivitat, i on cal establir els límits que no es poden sobrepassar, tenint en compte que algunes d'aquestes tasques poden ser realitzades amb una intenció pedagògica, però algunes altres, en canvi, no corresponen de cap manera al camp pedagògic i social en què un educador ha de dur a terme la seva labor.

POSSIBILITATS PER A L'EXERCICI DE L'EDUCACIÓ SOCIAL

Dins del model de tractament descrit fins ara, i tenint en compte les dificultats amb què ens trobarem i que acabem d'analitzar, existeixen considerables possibilitats per a l'exercici de la nostra professió.

Començarem descrivint aquestes possibilitats en les etapes inicials del tractament, les corresponents als processos de desintoxicació i deshabitució, i a dinàmiques més properes al control que no pas a la promoció de l'autonomia i l'emancipació. Aquestes són:

La cura:

El subjectes que ingressen en un centre de tractament per les drogodependències ho fan en una situació de vulnerabilitat destacable. És freqüent que presentin problemes fisiològics a causa del consum de tòxics que han practicat. La seva situació a nivell físic varia d'un perfil a un altre, però és comú en molts d'ells que presentin complicacions de diversa índole.

De la mateixa manera, aquestes persones arriben al tractament després d'haver patit durant els últims temps de la seva trajectòria de consum situacions

de carència afectiva i processos d'abandonament i d'exclusió per part de les diferents xarxes socials de què participaven.

A això cal sumar-hi els problemes d'autoestima que presenten en la seva majoria, provocats per la pèrdua de dignitat que ha representat veure's immersos en les dinàmiques pròpies de l'addicció, la pèrdua de la força de voluntat i del autocontrol, les conductes malaltisses associades al consum, etc.

Aquesta situació de vulnerabilitat interpel·la a l'educador cap a una tasca d'acolliment i de cura que, tal com defensa Canimas, també són propis de la nostra professió.

"El reconeixement, l'acollida, l'hospitalitat, la cura, l'afectivitat, la compassió... són especialment pertinents i necessaris en l'ètica de la intervenció social, psicoeducativa i sociosanitària" Canimas (2011:106).

En els primers moments del tractament, l'usuari necessita ser escoltat, ser atès, rebre ajuda, i obtenir suport per part de persones, professionals de l'educació social en aquest cas, que no el jutgin per les faltes comeses, que compreguin la situació de desemparament per la que ha hagut de passar, i que l'acompanyin en el procés de desintoxicació des de la seva experiència professional i, tal vegada, personal.

L'acompanyament en la renúncia i en el dol:

La persona que ha desenvolupat una addicció, freqüentment ha recorregut una trajectòria de consum que s'ha dilatat molt al llarg del temps. El consum de tòxics i les dinàmiques associades, han representat un aspecte clau de la seva vida, un refugi habitual, un recurs davant les dificultats i una muleta en la que recolzar-se en el seu dia a dia.

El procés mitjançant el qual el subjecte accepta que ha de prescindir del consum per la resta de la seva vida, és viscut com un dol, com una renúncia a quelcom que ha estat enormement important per a ell, però del que ha d'apartar-se a la força.

L'acompanyament en aquest procés que va des de la negació i l'autoengany, cap a l'acceptació i el dol, és una altra de les labors en que l'educació social pot trobar possibilitats de treball.

Des del simple recolzament i la comprensió del dolor, fins a la proposta d'activitats gratificants que compensin la pèrdua, passant per l'ajuda a l'hora de valorar les conseqüències negatives i el dolor que implicava el consum, poden ajudar a l'usuari a superar exitosament aquest procés.

L'acompanyament en la reflexió i en la presa de consciència:

Una de les característiques principals de la malaltia de l'addicció són els processos psicològics coneguts com a negació, autoengany, o justificació. Aquests processos són els que dificulten les primeres parts del procés, i impedeixen l'implicació en el tractament i la voluntat de canvi per part del subjecte.

Són processos tractats habitualment en les teràpies de grup, per tal de fer-los desaparèixer fins a arribar cap a situacions de acceptació del problema i motivació per el canvi.

En aquest moment del tractament, l'educació social pot plantejar activitats paral·leles a les teràpies que afavoreixin el canvi en el subjecte i per tant l'aparició d'una demanda.

És possible utilitzar diferents recursos i continguts que permetin al subjecte identificar-se en una situació desfavorable i fer aparèixer en ell la necessitat d'obtenir una millor qualitat de vida.

En aquest sentit, s'han utilitzat en ocasions tècniques com ara el visionat de pel·lícules que presentin problemàtiques associades a l'addicció, i la realització d'un cineforum posterior.

Per a la persona addicta resulta difícil identificar la problemàtica pròpia, però al identificar-la en algú altre (per exemple, en el protagonista de la pel·lícula), és més fàcil acompanyar-lo en una reflexió per tal que s'hi pugui veure representat.

Aquesta identificació del problema ajuda significativament en la formulació d'una demanda per part del subjecte.

Altres activitats que poden ajudar-nos en el mateix sentit són, els tallers de lectura de testimonis d'una addicció o de textos relacionats amb el tema, els tallers d'escriptura del propi testimoni, i altres.

En etapes més avançades del tractament, com són les corresponents als processos de rehabilitació i de reinserció, i a dinàmiques properes a la recerca de l'emancipació i de l'autonomia personal, existeixen altres possibilitats per a l'exercici de la nostra professió. Com són:

Acompanyament en la capacitat en habilitats socials:

Aquest punt específic del procés de rehabilitació que hem descrit anteriorment ofereix moltes possibilitats per al treball des d'un enfocament pedagògic i social.

La tasca que es duu a terme des de l'àmbit terapèutic, en teràpies de grup o individuals pot enfocar el tema des d'un punt de vista de comprensió intel·lectual per part del subjecte sobre les necessitats d'adquirir noves habilitats, quines han de ser, on, quan i com utilitzar-les.

En canvi, l'educació social està capacitada per programar activitats on el tema s'enfoqui des d'un punt de vista experiencial. La tècnica del roll-playing pot ser de gran utilitat en aquest sentit, especialment en els moments inicials.

Després, la programació d'activitats que impliquin la interacció social per part del subjecte, en ambients controlats i coneguts, ofereix moltes possibilitats a l'educador social per a treballar aquests aspectes.

En la reflexió posterior a l'experiència, el subjecte adquireix aprenentatges de la situació viscuda, que són interioritzats de manera molt més profunda i permanent que no pas els obtinguts des de l'àmbit intel·lectual.

Acompanyament en la capacitat en habilitats de gestió personal:

Igual que en el punt anterior, la flexibilitat de què gaudeix l'educació social per a programar activitats des de diferents àmbits, ofereix un valor afegit a les tècniques utilitzades habitualment en aquest tractament.

La capacitat per a la gestió personal en termes d'emocions, autocontrol, o autoestima pot ser abordada des de la programació d'activitats diverses com poden ser classes de ioga, tallers de teatre, treballs de introspecció, tallers d'escriptura, i altres.

Aquestes tècniques ofereixen enfocaments diversos des d'on abordar el creixement personal i el treball en les pròpies emocions. L'educador social en el model lliure de tota substància per les drogodependències té la possibilitat d'utilitzar el seu saber per programar les activitats que siguin més adequades en cada moment, tenint en compte les capacitats, les necessitats, l'entorn, el grup de treball, el punt del procés en què es trobi cada subjecte, etc.

Orientació i suport acadèmic:

Tal com hem explicat en punts anteriors, la reinserció a nivell acadèmic és una part important del procés en aquest tipus de tractament. En aquest aspecte, igual que en els altres, serà el grup de teràpia i, finalment el terapeuta d'addiccions qui assessorin al subjecte sobre el moment en què abordar aquest pas, o sobre les pautes a mantenir de cara als estímuls de consum que puguin aparèixer en el procés, però l'àmbit terapèutic no és el més adequat per acompanyar a l'usuari en altres aspectes d'aquest procés de reinserció.

La orientació del subjecte sobre les possibilitats de matriculació, sobre els requisits d'accés, sobre les trajectòries acadèmiques, o sobre els continguts pedagògics és una tasca pròpia de l'educador social, que està més capacitada per acompanyar al subjecte en aquest tipus de decisions.

Així mateix, una vegada iniciada la inclusió acadèmica, l'educador social és la figura professional adequada per a realitzar tasques de suport en l'estudi, oferir les eines necessàries a l'usuari per tal de dur a terme el seu projecte satisfactòriament i fins i tot convertir-se en mediador entre el centre de tractament i el centre escolar, per tal d'adaptar horaris i pautes que permetin al subjecte desenvolupar-se exitosament en tots dos àmbits institucionals.

Orientació i inserció sociolaboral:

D'una manera semblant a la del punt anterior, l'educador social pot convertir-se en una figura clau en l'acompanyament del subjecte cap a la reinserció laboral.

Si els aspectes d'aquesta reinserció que tinguin a veure pròpiament amb la malaltia seran tractats des de l'àmbit terapèutic, altres aspectes referents a la inclusió en el món laboral poden ser gestionats de millor manera des d'una òptica com la de l'educació social.

Els tallers sobre el disseny d'un currículum, l'oferta d'eines per a la recerca de feina, o la preparació per a les entrevistes laborals, són tasques en què l'educador social troba bones possibilitats d'acompanyar al subjecte i ajudar-lo a assolir de la millor manera els seus objectius.

Oferta de continguts culturals i activitats d'oci:

Aquest és un aspecte de la reinserció que també acostuma a representar dificultats per a la persona addicta en recuperació.

La programació d'activitats d'oci i lúdiques per part de l'educador social facilita la participació social dels usuaris en les primeres etapes de tractament i, a la vegada, els serveix com a referència per al moment en què siguin ells mateixos qui programin el seu temps d'oci.

En aquest aspecte, les possibilitats són molt extenses. Els coneixements de cada professional de l'educació social, i els camps dels que sigui coneixedor, segurament marcaran el tipus de activitats que es programin en cada centre.

Poden ser accions pròpies d'aquest punt la programació d'esdeveniments esportius com poden ser campionats entre els usuaris, competicions entre diferents recursos institucionals, o sortides guiades a la muntanya, ja sigui per fer senderisme, bicicleta o escalada, també la organització d'actes culturals com concerts, recitals de poesia o de contes, i també l'organització de grups i l'acompanyament a actes culturals externs al propi centre com ara al teatre, concerts, esdeveniments esportius, etc.

Acompanyament en la construcció d'un nou itinerari personal:

L'addicte en recuperació en el model lliure de tota substància per a les drogodependències és una persona que deixa enrere una etapa molt convulsa i dolorosa de la seva vida, i que es veu obligada a fer canvis profunds en la seva manera de transitar la vida per tal que aquesta convulsió i aquest dolor no es repeteixin.

És necessari que aquesta persona construeixi un itinerari social i personal nou, i el centre de tractament és el recurs social encarregat de donar-li les eines necessàries per a fer-ho.

En un recurs com aquest, els professionals de l'educació social tenen l'oportunitat de convertir-se en el professional de referència a qui el subjecte pugui acudir davant de les dificultats pròpies d'un procés d'aquesta envergadura.

Així com els aspectes fisiològics són tractats pel metge, o els aspectes terapèutics són tractats pel terapeuta, els aspectes socials poden ser gestionats per l'educador social.

Els punts assenyalats anteriorment són habituals en tots els processos, però la construcció de cada itinerari personal presenta característiques i necessitats úniques, a les que el educador haurà d'estar atent, per tal d'oferir el seu saber com a eina d'acompanyament a cada usuari en el moment en què ho necessiti.

CONCLUSIONS

Les conclusions a les que puc arribar després d'elaborar aquest estudi, tenint en compte l'observació realitzada, els testimonis de les persones entrevistades, i la bibliografia que he revisat, indiquen que efectivament existeix un lloc per a l'educació social en el model lliure de tota substància per a les drogodependències.

També podem concloure, com he defensat en anteriors punts, que si revisem l'obligatorietat d'abstinència i del seguiment de determinades pautes des del punt de vista de la falta de llibertat positiva que presenta el subjecte, el model queda justificat èticament, ja que aquesta obligatorietat es converteix en una condició per a possibilitar la posterior autonomia.

Les dinàmiques de control que s'exerceixen en el model lliure de tota substància, representen una necessitat per a posteriorment poder assolir l'objectiu final d'aquest tractament per a les drogodependències, que és la autonomia real del subjecte, i la seva emancipació cap a una plena reinserció social.

Si la labor que es duu a terme en aquest centre es limités exclusivament al control dels subjectes, la tasca educativa i social es veuria impossibilitada, ja que incapacitaria la seva autonomia i el condemnaria a una necessitat de control i de supervisió continuada.

De la mateixa manera, si la tasca emancipadora no hagués estat complementada per l'anterior dinàmica de control, gairebé segur que no arribaria a cap port, ja que la persona addicta tendeix a reproduir hàbits i actituds associades al consum, a apropar-se a persones o a llocs que comporten risc de recaiguda, a funcionar segons les dinàmiques de consum, etc.

És cert que, fins al moment, el model estudiat treballa des de les vessants mèdica, psicològica i terapèutica. Però això no significa que l'educació social no hi tingui cabuda sinó, precisament, que el model presenta carències que poden ser corregides per l'educació social i, per tant, que la nostra professió ha de sentir la crida per a guanyar-s'hi un lloc.

En aquesta tasca, he previst una sèrie de dificultats a les que l'educació social haurà de aprendre a adaptar-se. En primer lloc, amb el lideratge de la vessant terapèutica que opera en els recursos que treballen sota aquest model.

Com ja he dit, el funcionament d'aquest sistema de recuperació de persones addictes se sustenta en una labor terapèutica de característiques especials, que duu a terme una labor conductual emparada en la forta empatia que aconsegueix amb els subjectes.

Aquest lideratge, que porta temps fent funcionar aquest tipus de tractament i aconseguint exitosament recuperar de l'addicció a molts usuaris, implica un marc normatiu que l'educador social ha de respectar.

No té sentit provar de canviar quelcom que ja funciona. En tot cas, la tasca de l'educació social ha de provar de fer-ho funcionar encara millor, i donar un valor afegit al tractament en termes de qualitat de vida, inserció i circulació social dels subjectes.

Així doncs, l'educador social ha de partir del respecte a aquest lideratge i a aquest marc normatiu, i programar iniciatives que hi tinguin cabuda. A mida que les nostres iniciatives es demostrin productives, tal vegada augmentin les possibilitats i el marge que aquesta normativa ofereix a la nostra labor.

Una altra dificultat a la que cal adaptar-se, és a la falta de professionalització que pateix l'educació social, especialment en aquest model de tractament, ja que no hi ha tingut gaire presència fins al moment.

En aquest sentit, cada educador social ha de ser qui trobi l'equilibri entre adaptar-se a les conseqüències d'aquesta manca de professionalització i exigir el respecte que la nostra professió mereix.

Com apuntava recentment, guanyar-se un lloc en aquest model de tractament pot implicar haver de començar la nostra labor amb altes quotes de flexibilitat, amb l'objectiu de trobar espais per a realitzar les tasques que realment ens corresponen. A mida que, l'educador social vagi guanyant pes professional en el model, les conseqüències de la manca de professionalització aniran desapareixent.

La conclusió que extrec del meu estudi és que aquesta adaptació, aquesta flexibilitat i aquest esforç valen rotundament la pena ja que són necessàries per a conduir-nos com a professionals de l'educació social, cap a enormes possibilitats de realitzar una tasca transformadora, contribuir a l'emancipació de subjectes que han patit un procés de pèrdua d'autonomia i d'emancipació social a causa d'una malaltia com és l'addicció, produïda pel consum de substàncies tòxiques.

Al llarg de la meva pròpia experiència, durant les meves pràctiques, realitzant l'observació que ha donat inici a aquest estudi, i realitzant entrevistes a usuaris i a professionals, he estat testimoni de que el model lliure de tota substància per a les drogodependències és una eina efectiva per a acompanyar a persones addictes cap a la seva recuperació.

Com a educador social, he analitzat el model des del nostre punt de vista professional, des de les nostres maneres de fer i d'estar i, tot i la constatació de les diferències o de les dificultats que apareixen, he pogut constatar també que aquest model de tractament i la nostra professió poden complementar-se l'un a l'altre.

L'educació social, amb el seu coneixement i la seva manera de treballar, pot afegir valor social i pedagògic al tractament que s'ofereix en aquests recursos, permetent d'aquesta manera una major qualitat de vida per a molts dels subjectes que s'hi recuperen de l'addicció, i servint-los com a acompanyant que els ofereixi eines i suport per a construir el nou itinerari social i personal que vulguin definir.

De la mateixa manera, el model lliure de tota substància per a les drogodependències, pot oferir un camp de treball per als professionals de

l'educació social, obrint d'aquesta manera noves possibilitats per a la nostra professió i permetent-li expandir la seva pràctica i el seu saber en un nou àmbit de treball.

BIBLIOGRAFIA

- ASEDES (2007). Documents Professionalitzadors: "Definició d'Educació Social"; "Codi Deontològic de l'educador i l'educadora social"; "Catàleg de funcions i competències de l'educador i l'educadora social." Barcelona: ASEDES
- Bach, LL. i Freixa F.(1984). El alcoholismo. Barcelona: La Gaya Ciencia
- Borja, G. (1995). La locura lo cura. Barcelona. La Llave.
- Canimas, J. (2011). Ètica aplicada a l'Educació Social. Barcelona: FUOC
- [Carvalho, F. \(2009\). ¿Existe envejecimiento precoz entre los consumidores de drogas de abuso?. Adicciones: Revista de sociodrogalcohol, Vol. 21, Nº. 2, págs.99-104](#)
- Echegaray (1887). Diccionario general etimológico de la lengua española. Madrid: Alvarez Hermanos Editores.
- Isaiah Berlin (1969 [2009]). Two Concepts of Liberty. Trad. catalana de L. Font i D. Udina. «Dos conceptes de llibertat». A: *El veritable estudi de la humanitat. Una antologia d'assais*. Barcelona: Empúries.
- [Laraña Rodríguez-Cabello, E. \(1986\). Las drogas como problema social: tipologías y políticas de tratamiento. Reis: Revista española de investigaciones sociológicas, Nº 34, págs. 83-110](#)
- Martínez Oró D.P. i Pallarés J. (eds.) (2013). De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas. Lleida: Editorial Milenio.

- Martínez Oró D.P. (2013). Sense passar-se de la ratlla. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Medranda de Lázaro MI, Benítez Rubio MR. (2006) Consumo de cannabis en jóvenes españoles. Rev Pediatr Aten Primaria. 8 Supl 3
- Miller, N.S. i Gold, M.S. (1993). A neurochemical basis for alcohol and other drug addiction. Journal of Psychoactive Drugs, 25 (2), 121-128.
- [Pérez Gómez, A.](#) (1995). [Adicción y enfermedad](#): mito y realidad. [Revista Colombiana de Psicología](#), [N. 4](#), (Ejemplar dedicado a: Afición, pasión, adicción), págs. 67-71.
- Planella i Moyano (2012). Pràcticum III. Anàlisi de la pràctica educativa. Barcelona: FUOC
- Pujadas J., Comas D. i Roca J. (2004). L'etnografia com a pràctica de camp: mètodes i tècniques. A: *Pujadas J. (coord). Etnografia*. Barcelona: FUOC.

WEBGRAFIA

Gencat (2012): <http://drogues.gencat.cat/ca/>

NIDA (2014): <https://www.drugabuse.gov/es/en-espanol>

ANNEXOS

- **ANNEX 1:**

Entrevista a Raül. Addicte recuperat, estudiant de magisteri. En l'entrevista es fa un repàs a la seva trajectòria vital, especialment enfocada als aspectes relacionats amb el consum de drogues, inclosa la seva recuperació.

Disponible a: <https://youtu.be/SuZjYroetEs>

- **ANNEX 2:**

Segona entrevista a Raül. En aquesta segona entrevista s'incideix més en aspectes relacionats amb el tractament per a les drogodependències que va seguir, el model lliure de tota substància, i els professionals implicats en la seva recuperació.

Disponible a: <https://youtu.be/dvCw4RijEkA>

- **ANNEX 3:**

Entrevista al Doctor Ramón Rovira. Metge/psiquiatra responsable de l'Associació Retorn Casa Bloc, que antigament funcionava com a CAS, fins que se li van retirar les subvencions a causa de la seva negativa a incorporar programes de reducció de danys i riscos.

Disponible a: <https://youtu.be/6M0BMXwzx3I>