

**UNA PROPUESTA DE MODELO SOCIOEDUCATIVO
EN EL MARCO INSTITUCIONAL DEL ABORDAJE
DEL PROBLEMA DE LAS DROGODEPENDENCIAS**

TRABAJO FINAL DE GRADO

SILVIA PARRADO PONS

TUTORA: ÁGUEDA SELFA ALGUERÓ

ÁREA: POLÍTICA, VIDA Y (DES) INSTITUCIONALIZACIÓN

CURSO 2022/2023

**UNIVERSITAT OBERTA DE CATALUNYA
GRADO DE EDUCACIÓN SOCIAL**

RESUMEN

El problema de las drogas se encuentra muy presente en nuestras vidas. El discurso científico-político hegemónico alerta continuamente de la gravedad del problema de la adicción en términos de salud y seguridad, y presenta soluciones decisivas y exitosas en modelos de tratamiento centrados en la desintoxicación y la rehabilitación de la persona enferma, con el objetivo final de lograr su integración social. El presente estudio se propone conocer el lugar que ocupa la educación social en la (de)construcción del problema de las drogas. Como resultado del proyecto se formula una propuesta de modelo de acción socioeducativa en el marco institucional de una entidad de atención a las drogodependencias. La propuesta se define por medio de una metodología de investigación de carácter cualitativo basada en la técnica de análisis del contenido. El resultado sitúa el lugar de la educación social en las grietas del paradigma que construye el problema y la solución de las drogodependencias.

Palabras clave

Educación social, drogodependencias, (des)institucionalización, justicia social, libertad.

ABSTRACT

The drug problem is very present in our lives. The hegemonic scientific-political discourse continually warns of the seriousness of the problem of addiction in terms of health and safety, and presents decisive and successful solutions in treatment models centred on the detoxification and rehabilitation of the ill person, with the ultimate aim of achieving social integration. The present study aims to find out the place of social education in the (de)construction of the drug problem. As a result of the project, a proposal for a model of socio-educational action in the institutional framework of a drug addiction care entity is formulated. The proposal is defined by means of a qualitative research methodology based on the technique of content analysis. The result situates the place of social education in the cracks of the paradigm that constructs the problem and the solution of drug addictions.

Key words

Social education, drug dependence, (de)institutionalisation, social justice, freedom.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN | 1 |
| 2. OBJETIVOS | 4 |
| 3. MARCO TEÓRICO | 5 |
| 3.1. La (de)construcción del problema de las drogodependencias | 5 |
| 3.1.1. Paradigma biomédico | 6 |
| 3.1.2. Paradigma biopsicosocial | 8 |
| 3.1.3. Paradigma sociocultural | 9 |
| 3.2. La construcción del modelo socioeducativo | 11 |
| 3.2.1. Marco institucional socioeducativo | 11 |
| 3.2.2. Sujeto de la educación | 14 |
| 3.2.3. Agente de la educación..... | 16 |
| 3.2.4. Contenidos educativos..... | 18 |
| 3.2.5. Metodologías educativas | 20 |
| 4. METODOLOGÍA | 21 |
| 5. RESULTADOS | 27 |
| 5.1. Análisis institucional..... | 27 |
| 5.2. Análisis del modelo socioeducativo | 32 |
| 6. CONCLUSIONES | 41 |
| 7. PROPUESTA DE MODELO SOCIOEDUCATIVO | 46 |
| 8. BIBLIOGRAFÍA | 50 |
| 9. ANEXOS | 54 |
| 9.1. Codificación de la información de análisis..... | 54 |
| 9.2. Declaración de consentimiento informado | 66 |

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El siguiente proyecto socioeducativo surge de la resignificación de mi propia historia de vida, de mi particular relación con las drogas, de la búsqueda de sentido en mi propia experiencia, de la politización de mi sufrimiento, del cuestionamiento de todo aquello que grabaron a fuego en mi mente como si no existiera otra realidad. Es la evidencia científica de mi versión de la historia, la culminación de un proyecto que ha encontrado su lugar.

Mi historia de vida es una más de las muchas que han quedado y siguen quedando presas en los marcos institucionales que dan respuesta al problema de las drogodependencias, vidas encerradas, sometidas y anuladas, existencias que necesitan ser resignificadas para encontrar la libertad.

Mi historia empieza en el momento en que decido adoptar un estilo de vida antisistema acorde con mis ideales, que siempre han sido la fuente de mi bienestar. Tomaba drogas, sí, pero mi problema no eran las drogas, mi problema era el sistema. Cuando decides ocupar un lugar social transgresor, entras en conflicto directo con las normas dominantes. Entonces, tú eres el problema. Por no seguir el camino marcado, por no adaptarte, por no obedecer. El sistema te excluye y tú decides devolverle la hostilidad. Su violencia, se la devuelves con odio social. Todo lo ilegal te parece atractivo, todos los límites te parecen cadenas. Quizá, así, se puede entender por qué drogarme era una actividad subversiva.

Mi problema con las drogas aparece en el momento en que las sustancias conquistan todos los aspectos de mi vida. Mi entorno pierde la esencia ideológica que tanto me llenaba y queda totalmente impregnado por la droga. En esas circunstancias, la droga sí era un problema en mi vida. Decidí ingresar en un centro de rehabilitación. Entonces, no era consciente de esto, pero mi decisión de abandonar el consumo estaba a punto de suponer un nuevo problema en mi vida. A partir de ese momento, me quedé enganchada a una red institucional para la cual no existe tratamiento de rehabilitación.

El mensaje que recibes, en cada centro que pisas, es el mismo: estás enferma. Primero te dan una explicación orgánica, para que entiendas que el problema está en tu cerebro. Luego, te explican que el problema es el estilo de vida que llevas, la gente con la que vas, la música que escuchas, la ropa que vistes, lo que haces, lo que dices, lo que piensas, cómo te comportas, etc. -un largo etcétera cargado de aspectos de tu vida que pasan a ser un problema-. Toda tu vida es un problema.

No tengo palabras para explicar lo que sientes en ese momento, te falta el aire para respirar. De un plumazo, el calificativo *tóxico* conquista todo tu mundo. Tu historia queda envuelta por esa horrible palabra, una palabra que absorbe cada parte de tu ser. Tus amigos son tóxicos, tu entorno es tóxico, lo que piensas es tóxico, la música que escuchas, las películas que miras, tus actividades, el lenguaje, los hobbies, valores, ideales, etc. -un largo etcétera cargado de todo lo tóxico que te van a obligar a cambiar-.

De la palabra *tóxico* pasas al *nunca*. Nunca podrás volver a tomar drogas, nunca podrás beber alcohol, nunca volverás a ver a tus amigos, nunca podrás volver a tu entorno, ni recuperar tus actividades, intereses, etc. -ahora se entiende lo que incluye este etcétera-.

Considero que, a estas alturas, se puede entender el abismo que se encuentra delante cualquier persona que decide dejar el consumo a través del marco institucional hegemónico que atiende el problema de las drogas. Tú, que estás leyendo estas líneas, imagina que fuera tu vida, imagina que de un momento a otro te desposeen de toda tu identidad y empiezan a controlar cada parte de tu existencia. Quizá, así, puedas empatizar con la situación y repensar dónde está el problema.

Cuando te piden que abandones todo lo que has sido, todo aquello que consideras significativo en tu vida y te tires al vacío, a un mar bravo, que no conoces, que es hostil, donde no tienes nada ni a nadie, cuando tienes que tirarte al mar sin saber nadar, no te tiras. Te das la vuelta y te vuelves a tu mundo. Un mundo tóxico sí, pero es el que conoces, donde sabes moverte, donde tienes gente, donde te sientes libre, donde puedes sobrevivir; porque en ese mar, si sabes nadar.

Entonces te quedas perdida en la nada. Ambos mundos son tóxicos, ambos mundos te anulan. No puedes vivir ni en uno ni en otro. Y es entonces cuando te quedas enganchada a la red institucional, porque estos métodos anulan tus derechos. Vas y vuelves, de un centro a otro, sin ninguna esperanza. Y esto, se vuelve un ciclo infernal. El trayecto institucional te causa cada vez más desesperación, estás rabiosa y resignada a la vez, la situación te produce sufrimiento, tristeza, ira, frustración, desesperación e indignación. Para estas circunstancias también existe una explicación clínica, estar emocionalmente inestable y sufrir crisis conductuales. Es la mezcla perfecta para legitimar un diagnóstico psiquiátrico que corrobore el problema de personalidad, darte más medicación, confirmar que estás enferma y someterte a más represión.

No quieres aceptar la sumisión, pero no encuentras otra salida. Lo único que deseas es dejar de sufrir, por eso terminas aceptando el tratamiento institucional. Yo he pasado por el aro, aun así, no he cumplido todas las normas, he transgredido hasta sus dogmas más sagrados. Siempre he mantenido algo de mi soberanía personal, quizá, si hubieran sido conscientes de mi desobediencia, hoy seguiría enganchada en su red.

Me grabaron a fuego en la mente que yo era una enferma para toda la vida, me pusieron un diagnóstico psiquiátrico, me dijeron que tomaría medicación para siempre, me repitieron hasta la saciedad que la única opción era la abstinencia y cambiar radicalmente el estilo de vida. Hoy en día, no me siento ninguna enferma, no me representa ningún diagnóstico, no tomo medicación, bebo alcohol y no tomo drogas porque no quiero, no porque las considere sustancias prohibidas. Hoy, ocupo un nuevo lugar social. Eso sí, he cambiado aspectos de mi personalidad que, si hubiera podido decidir, no hubiera cambiado. Extraño parte de la personalidad que me arrebataron, en cierto modo, sigo intento recuperarla. Pero no hay opción, así es el marco institucional que atiende los problemas de drogodependencias.

Este trabajo nace de mi propio proceso de desintoxicación institucional. Mi trabajo profesional necesita respuestas, necesita una explicación. Entender de qué manera se llega a establecer este tipo de abordaje tan represivo, qué teorías fundamentan un modelo tan sumamente arraigado y legitimado en este ámbito, qué conceptos y elementos subyacen en la configuración y conservación de este marco institucional. Y, sobre todo, necesito conocer qué lugar ocupa la educación social en todo este entramado institucional.

El proyecto socioeducativo que presento es el resultado de mi búsqueda de respuestas, un proceso de concienciación, una investigación que nace con el objetivo de conocer los modelos socioeducativos que existen en el ámbito de las drogodependencias. El propósito profesional de este estudio es saber qué modelo de acción socioeducativa se puede articular en el marco institucional de una entidad que aborda el problema de las drogodependencias. Porque, para construir otra historia, primero hay que deconstruir la que instauraron en nuestras vidas.

2. OBJETIVOS

A continuación, se presentan los objetivos que persigue la investigación:

- Conocer los modelos socioeducativos que existen en el abordaje del problema de las drogodependencias.
 - o Definir los elementos y principios que constituyen un modelo socioeducativo.

- Formular una propuesta de modelo socioeducativo, en el marco institucional de una entidad de atención a las drogodependencias.
 - o Analizar el marco institucional.
 - o Determinar las necesidades sociales y educativas del proyecto institucional.
 - o Definir los elementos y principios que sustentan la propuesta socioeducativa.

3. MARCO TEÓRICO

El propósito de abordar el fenómeno social de las drogodependencias, y la correspondiente acción socioeducativa, inscribe este trabajo en el seno del debate científico del denominado problema de las drogas, donde convergen diferentes discursos que pretenden intervenir sobre el mundo social bajo determinados supuestos y con determinados fines.

De ahí que sea ineludible cuestionar y analizar lo que se ha venido a llamar el problema de las drogas, para descifrar de qué manera se ha integrado esta concepción en las instituciones que le han dado una cierta materialidad y una compleja existencia social (Fernández y Estin, 2020) y a la vez, tomar una posición ante el discurso social y en la práctica profesional (García y Sánchez, 2003). Muñoz y Rojas (2019) plantean este encargo profesional como un reto dentro de un campo de luchas donde se libra un enfrentamiento contra el sentido común generalizado del campo científico, una discrepancia teórica de la cual el investigador social debe ser consciente y un campo de batalla científico dónde debe tomar una posición profesional.

3.1. La (de)construcción del problema de las drogodependencias

Una idea ampliamente documentada es la utilización de drogas en toda la historia de la humanidad (Apud y Romaní, 2016; Fernández y Estin, 2020; Fuertes, 2011; García y Arévalo, 2015). A pesar de que el uso de drogas se puede rastrear desde hace miles de años, el tipo de consumo ha ido variando, y con ello, la forma de comprenderlo y reaccionar. García y Arévalo (2015) apuntan al uso lúdico de las drogas como origen del problema, un uso abusivo que crea alarma social por el desfase y el descontrol.

La idea de que las drogas son un problema que provoca una enfermedad denominada adicción surge en el siglo XIX en el campo de la medicina, que persigue una explicación científica del consumo de drogas. Esto, según Apud y Romaní (2016), plantea interrogantes: ¿Es la adicción una enfermedad o está ligada culturalmente al mundo occidental moderno? ¿Existe una relación directa entre adicción y drogas? Distintas perspectivas han intentado dar cuenta del problema de la adicción, poniendo el foco en

diferentes factores causales que construyen la encrucijada entre biología, cognición y cultura en el fenómeno de las drogodependencias.

Tres grandes modelos han guiado la explicación y la intervención frente al problema de las drogas (Apud y Romaní, 2016). Conocer estos paradigmas científicos es capital para comprender las teorías que fundamentan un tipo determinado de encargo social, político e institucional, y, al mismo tiempo, sirven de base científica para el desarrollo de modelos de intervención, entre los cuales se encuentran los modelos socioeducativos.

3.1.1. Paradigma biomédico

Este modelo construye el concepto de adicción como enfermedad del cerebro, surge como categoría que pretende explicar el consumo compulsivo de drogas en términos científicos (Apud y Romaní, 2016).

En el National Institute on Drug Abuse (Nida, 2022) se define como una enfermedad crónica del cerebro caracterizada por el consumo compulsivo de drogas. La adicción es causada por el desajuste químico del cerebro, por carencias o disfunciones de algunos neurotransmisores que alteran la conducta natural. Esta teoría tiene su explicación en el sistema de recompensa: el cerebro, debido a una disfunción en el sistema dopaminérgico, no genera recompensas placenteras con las actividades naturales – la alimentación, la reproducción o la interacción social - por esto, no se valoran ni promueven las conductas adaptativas, puesto que no generan una recompensa placentera. Las drogas actuarían sobre la carencia de recompensa natural y el comportamiento adaptativo, contribuyendo con el placer del consumo y el comportamiento desadaptativo (Apud y Romaní, 2016).

Este modo de entender las adicciones proporciona conocimiento en función de las características psicoactivas de las drogas y de su proceso bioquímico, pero deja de lado las consideraciones psicosociales (Fernández y de la Vega, 2019). La Asociación Proyecto Hombre (APH, 2015) remarca que, de esta visión se derivan las clasificaciones de drogodependencia recogidas en los sistemas psicopatológicos CIE y DSM, poniendo el énfasis en la explicación biológica e individual. El modelo centra el diagnóstico y el tratamiento de las adicciones en el trastorno mental, mediante una potente red de dispositivos, profesionales y tratamientos psicofarmacológicos, institucionalizando como único objetivo la abstinencia y como tratamiento principal el encierro y la medicalización,

con todos los efectos que de ello se derivan para el concepto de curación y tratamiento. Un tipo de institución que Goffman (2001) acuñó como institución total.

Estos supuestos teóricos conceptualizan la droga como sustancia patógena a erradicar, la adicción como enfermedad, la persona como enferma crónica sin voluntad ni control propio y su comportamiento se asocia a conductas desadaptativas y peligrosas, estableciendo un patrón conductual problemático propio del adicto. Teniendo en cuenta a Levine (como se cita en Muñoz y Rojas, 2019) a partir de este discurso se asocia el uso de las drogas a la mayoría de las problemáticas sociales. Esto deriva en un encargo social que exige intervenir sobre el problema para garantizar la salud y la seguridad pública.

La concreción socioeducativa de estos supuestos la encontramos en el modelo de intervención higienista, cuyos principios son la conservación de la salud y la erradicación de la enfermedad. La intervención educativa se ejerce sobre la persona enferma, entendida como un peligro por sus conductas indeseables o consideradas síntoma de la enfermedad. Se aplican intervenciones estandarizadas de control social sobre la persona y sus conductas con el fin de modificarlas, asentadas en las clasificaciones psicopatológicas y encaminadas a realizar una higiene moral de la persona (Nuñez y Tizio, 2015).

En la esfera política, se adopta el modelo jurídico-represivo. La postura americana de la guerra contra las drogas. Se acoge el paradigma prohibicionista como política nacional e internacional (García y Sánchez, 2003). El modelo señala la droga como causa de los actos criminales, la delincuencia, la inseguridad ciudadana y los problemas de salud pública. La política de control de drogas dirigida a la reducción de la oferta ha determinado que el consumo ilegal y/o la distribución de drogas es un crimen que merece un castigo. Como extensión de este modelo criminalizador/moralista, se ha promocionado el desarrollo del imaginario ideal de una sociedad libre de drogas (Oda, 2015).

Por un lado, Fernández y Estin, (2020) aluden a la fuerza de la ley prohibicionista como medida potenciada para disuadir el consumo y reducir la oferta de sustancias. Por otro lado, Ramírez (2021) declara que el saber biomédico sienta las bases teórico-científicas del paradigma prohibicionista. Asimismo, Fernández y Estin, (2020) refieren que esta es la forma en que se imbrica la disciplina sanitaria con el poder Estatal, siendo las ideas biomédicas las que vehiculan las disposiciones de control social propias de esta política que ha supuesto un formidable vehículo de disciplinamiento. A su vez, para Muñoz y

Rojas (2019) la demonización de las drogas entremezcla un discurso epidemiológico, represivo y moral.

3.1.2. Paradigma biopsicosocial

El modelo biopsicosocial aparece en la década de los 70, en un contexto de incipiente interés por los factores psicosociales. En este contexto social se plantea un modelo que no separe lo biológico de lo psicológico y contextual (Fernández y de la Vega, 2019).

Este modelo integra variables biopsicosociales al concepto de adicción configurado por el modelo biomédico. Plantea que los factores biológicos, psicológicos y sociales tienen un papel determinante en el funcionamiento de la enfermedad, construyen una red compleja de elementos interconectados de forma continua y simultánea que determina la salud y la enfermedad. Hablan de una causalidad multifactorial del consumo de drogas. La influencia mutua de los factores da lugar a una situación concreta, cuyo abordaje, tanto en el análisis como en la intervención, debe combinar todos los elementos (APH, 2015).

La APH (2015) explica que el componente biológico busca entender la causa de la adicción en el funcionamiento del organismo. El componente psicológico encuentra causas psicológicas, como la falta de autocontrol, los problemas emocionales y los pensamientos dañinos. El aspecto social investiga cómo los diferentes factores sociales, como el nivel socioeconómico, la cultura, la pobreza, la tecnología y la religión, pueden influir en las conductas adictivas. Según Apud y Romaní (2016) este modelo entiende la adicción como una conducta habituada, generada a partir de la influencia multifactorial, donde la personalidad y el contexto son parte central en la comprensión de la adicción. En esta misma línea, APH (2015) señala que este modelo tiende a referirse al significado y la función del uso de drogas como una forma de comportamiento.

En el ámbito psicoterapéutico existen gran diversidad de tratamientos que abarcan la mayor parte del espectro biopsicosocial: terapias cognitivo-conductuales, estrategias motivacionales, modelos sistémicos, terapias psicoanalíticas, entre otras. Los fenómenos de adicción/dependencia y su tratamiento se agrupan bajo la noción de “dependencia física” y “dependencia psicológica” (Apud y Romaní, 2016, p.118).

En la esfera política, estos supuestos fundamentan el modelo promocional de la salud. Según De Olivera (2022) la intervención pasa del campo general de la salud pública al

campo concreto de la salud mental, situando las medidas psicológicas, educativas y comunitarias frente a las específicamente sanitarias o legales.

El modelo político de promoción de la salud pone en marcha el plan nacional sobre drogas a partir del año 1986. Desde el punto de vista de García y Sánchez (2003), el Plan Nacional de Drogas mantiene abierta una puerta hacia el discurso social alternativo al médico-represivo, ya que no sólo se priman medidas de control y de atención médica, si no que, se confía en la educación para la salud como una medida eficaz.

De acuerdo con Romera (2014), este modelo es el prevaleciente por el impulso institucional en drogodependencias. En el campo socioeducativo se concreta en la educación para la salud, un modelo centrado en aspectos que afectan a la salud cuyo fin es el logro del bienestar físico, mental y social de las personas. Con base en Nuñez y Tizio (2015) el modelo socioeducativo corresponde al modelo neohigienista, basado en ideas higienistas de salud y enfermedad, cuyo objetivo es operar transformaciones de la conducta con nuevas formas de control social, bajo una voluntad interventora orientada por un pensamiento asentado en clasificaciones, protocolos y acciones estandarizadas y preventivas dirigidas a la homogeneización social.

3.1.3. Paradigma sociocultural

Este modelo presenta las variables socioculturales como las dominantes para comprender el fenómeno de las drogas. La adicción tiene su causa y se explica en los factores socioculturales que son centrales en el proceso de conformación de subjetividades, expectativas, modos de vida, normas, pautas de consumo, etc. De ahí que se plantee la centralidad de lo social para definir el problema (Fernández y De la Vega, 2019).

Esta perspectiva aborda el problema desde la visión de las propias personas, sus universos de sentido, sus prácticas culturales y sus modos de interacción social a través de técnicas que permiten comprender la perspectiva de los sujetos y acceder a poblaciones ocultas por la ilegalidad y la estigmatización (Apud y Romaní, 2016). Las investigaciones priorizan la metodología cualitativa, los métodos etnográficos y las técnicas de observación-participación y de trayectorias de enfermedad/malestar (De Olivera, 2022). Trayectorias de enfermedad/malestar entendidas como experiencias de aflicción, donde entran en juego trayectorias de personas, sustancias, creencias, categorías, técnicas e

instituciones, que constatan la gran variabilidad de situaciones existentes detrás de la etiqueta de adicción (Raikhel y Garriot, 2013, como se cita en Apud y Romaní, 2016).

De Olivera (2022) describe diferentes investigaciones desarrolladas desde la antropología y la sociología que evidencian la teoría de este modelo científico. Por un lado, Lindesmith (1947, como se cita en De Olivera, 2022) revela que el estilo de vida de las personas que consumen heroína es generado por una sociedad que estigmatiza las conductas desviadas y despliega segregación en los espacios urbanos. Por otro lado, Becker (1953, como se cita en De Olivera, 2022) realiza una investigación con usuarios de marihuana que lo lleva a sostener que la sensación del placer está relacionada con la experiencia social y simbólica dentro del grupo de pares. En otro estudio, el mismo autor defiende que la subcultura de la desviación es producida por la sociedad y no por características biológicas o psicológicas de la persona.

Asimismo, Apud y Romaní (2016) enumeran gran cantidad de estudios que han ayudado a comprender las distintas prácticas relacionadas con las drogas en el marco de contextos socioculturales específicos, exponiendo su relación con las formas de organización social y con los procesos de identificación y construcción identitaria. Las drogas construyen su sentido no tanto por sus propiedades farmacológicas como por el modo en que la sociedad define su uso y a sus consumidores y reacciona ante ellos (APH, 2015).

De este paradigma se derivan los modelos socioeducativos críticos que priorizan la acción cultural y destacan la necesidad de superar la metodología positiva mediante la metodología cualitativa. Modelos que pretenden acabar con las estructuras excluyentes a través de una acción basada en el diálogo, la concienciación y la participación de las personas como sujetos de derechos y protagonistas de su vida (Martínez-Otero, 2021).

Muñoz y Rojas (2019) proponen avanzar hacia una revolución científica que implica un cambio de paradigma y una transformación del habitus profesional en el campo interdisciplinario, atendiendo a la complejidad social, cultural y política que influye en las maneras de conocer e intervenir la realidad. Proponen superar el prohibicionismo y los reduccionismos biomédicos construyendo un paradigma de drogas alternativo que comprenda la necesidad de llevar a cabo modificaciones y reformulaciones que impacten no solo en la manera de pensar y actuar del campo científico, sino también que orienten la transformación del sentido común generalizado sobre las drogas.

3.2. La construcción del modelo socioeducativo

3.2.1. Marco institucional socioeducativo

Construir una propuesta socioeducativa en el marco institucional del problema de las drogodependencias requiere, ante todo, un posicionamiento frente a la concepción del problema. De acuerdo con Fuertes (2017) se reivindica un cambio de paradigma que comporte un escenario radicalmente diferente de la hegemonía del ideal de la salud. De acuerdo con la autora, es necesario efectuar una tarea crítica de revisión conceptual en el ámbito de las drogodependencias.

Según Martín (2009) la intervención socioeducativa, en la que debe primar el enfoque pedagógico, tiene que aparecer en el punto en que el uso de sustancias se convierte en una relación problemática para el consumidor, como causa o consecuencia de conflictos sociales entre la persona y el entorno. March (1998, como se cita en Martín 2009) habla de la pedagogía de la drogadicción como el lugar que permite abordar el conflicto entre el individuo y el entorno que origina la drogadicción en sus diferentes manifestaciones.

Asimismo, Martín (2009) confirma que este es el lugar que le corresponde a la educación social, cuya misión es intervenir educativamente sobre el problema desde una mirada estructural que aborda la relación sujeto-entorno, convirtiéndose en un agente de cambio social. El autor proyecta el fenómeno de la exclusión social como origen y/o consecuencia de las drogodependencias y sitúa el encargo de la educación social en la transformación de las relaciones de discriminación, provocando cuestionamientos sociales y educativos que permitan dar respuestas al problema en función de las causas estructurales que provocan los episodios de conflicto y/o violencia, simbólica o física.

En este sentido, el estructuralismo resulta un marco teórico relevante para el desempeño de la profesión en el ámbito de las drogodependencias, poniendo el énfasis en la relación entre los elementos estructurales que configuran los procesos de atribución de identidad y de estigmatización. El problema está estrechamente vinculado con la consideración del sujeto como efecto del lugar simbólico que ocupa socialmente (Fuertes, 2017).

Esta postura implica la tarea de reconstruir el pensamiento otorgando prioridad a los derechos de los sujetos (Núñez y Tizio, 2015). El análisis estructural del problema tiene que considerar las diferentes caras de la exclusión: la desigualdad (la no redistribución),

la diferencia (el no reconocimiento) y la desconexión (la falta de acceso a redes sociales) (Martín, 2009). Las respuestas socioeducativas deben orientarse en favor de la cohesión social, entendida como proponen Sole et al. (2011), como la construcción de un sistema de valores y normas consensuado sobre una base social de igualdad. Se concibe el problema de la drogodependencia desde un paradigma conflictivista, como motor de transformación de los acuerdos sociales en las tres dimensiones que proponen los autores: la dimensión cultural, la redistributiva y la relacional.

A su vez, Olivar (2005) refiere que, el trabajo socioeducativo, debe centrarse en que la persona (re)construya sus relaciones con el entorno de forma interactiva, dotando a las relaciones de nuevos significados. Esto, según Martín (2009), conlleva un doble enfoque del problema: mejorar las relaciones sociales, lo cual significa prestar atención a la socialización de la persona, y crear contextos que posibiliten el cambio social.

Por tanto, Olivar (2005) se pregunta en qué espacio de la relación individuo-entorno ha de incidir la Educación Social. Su respuesta proporciona el modelo estructural (figura 1) y el modelo interaccional (figura 2) de relación social, que atiende ocho aspectos de la construcción del sujeto divididos en dos tipos: relaciones CON la sociedad (aspectos interpersonales) y relaciones EN la sociedad (aspectos ocupacionales).

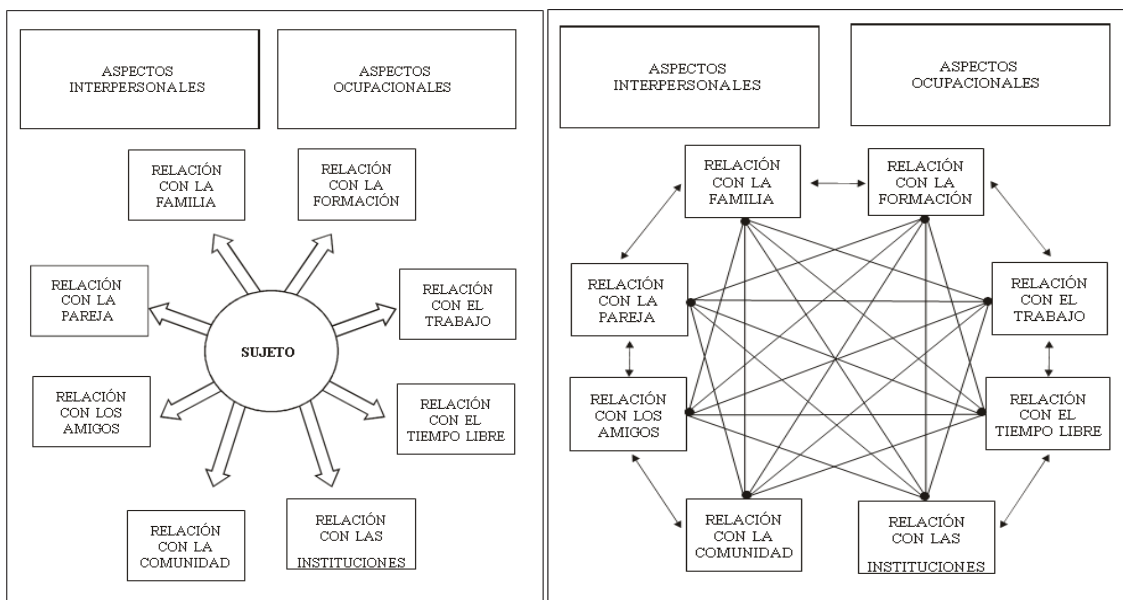


Figura N°1

Figura N°2

Modelo estructural de relación social

Modelo interaccional de relación social

Nota. Extraído de Olivar (2005, p. 172-174).

Asimismo, Olivar (2005) incorpora el concepto de dependencia social, entendido como la necesidad o voluntad de consumir sustancias asociada a estímulos de carácter social, por razones de identificación y de pertenencia, de carácter afectivo o de estatus dentro del entorno. Por lo tanto, de acuerdo con Garín (2017) no es el objeto que determina las propiedades de la relación, sino la carga subjetiva que el sujeto pone en juego en cada contexto y situación.

Esta mirada reconoce a la persona como portadora de una identidad y un estilo de vida propios, donde interaccionan y se concretan los conflictos sociales¹. Lo que observamos es el encuentro entre un sujeto y una sustancia, una relación particular y dinámica, que adquiere significados diferentes según la persona, el entorno y el contexto de época (Fuertes, 2017). Para Romera (2014) la educación social debe llegar hasta la dimensión de sentido de la acción humana, actuando desde la dimensión de sentido vital comunitario.

De acuerdo con Martín (2009) no se concibe el fenómeno del consumo en términos de consumo versus abstinencia, consumir drogas no es lo mismo que tener problemas con las drogas. En la misma línea, Fuertes (2017) declara que la abstinencia no es la finalidad que persigue la acción socioeducativa, eso pertenece al ámbito de las elecciones personales. Según Aguilar (1995) la intervención educativa va encaminada a dotar a la persona de los recursos culturales que posibiliten su plena incorporación a la comunidad en igualdad de condiciones, permitiéndole, como sujeto activo de su propio proceso, escoger el lugar que ha de ocupar en la sociedad, como dueño de sus actos y responsable de sus consecuencias. Dicho en palabras de Martín (2009), trabaja con el concepto de cultura para potenciar nuevas relaciones sociales y como dice Olivar (2005) para facilitar procesos de socialización alternativos que favorezcan el desarrollo personal y social.

Por tanto, Martín (2009) plantea el concepto de integración social como la adquisición de recursos personales y relacionales que fundamentan el cambio de vida. La noción hace referencia al resultado de un proceso por el que el individuo se convierte en una persona autónoma, responsable y libre. La integración exige un trabajo compartido por la persona y la sociedad, así que, la acción socioeducativa se operativiza como instrumento que produce participación comunitaria, entendida como la acción que propicia el cambio tanto

¹ Se entiende el conflicto social de acuerdo con la propuesta de Sole et al. (2011). Como la manifestación de un problema estructural que refleja las desigualdades sociales en su dimensión económica, cultural y relacional.

personal como de estructuras políticas, sociales, económicas y educativas, a través de un proceso dinámico y dialéctico de concienciación y denuncia de situaciones injustas. Un planteamiento entendido como abordaje integral, desde el que se posibilitan derechos y no solo asistencia.

De esta forma, la definición de educación social de ASEDES (2007) adquiere pleno sentido en el ámbito de las drogodependencias; como un derecho de la ciudadanía reconocido en una profesión de carácter pedagógico que posibilita la incorporación social del sujeto a la diversidad de redes sociales, entendida como el desarrollo de la sociabilidad y la circulación social, de su promoción social y cultural.

3.2.2. Sujeto de la educación

De acuerdo con Núñez (1990) el sujeto queda definido por el lugar que ocupa en la sociedad. Si el lugar cambia, cambian las propiedades del sujeto, en tanto son aferentes al lugar. Se entiende el sujeto como efecto de la red social, de lugares y elementos estructurales² en relaciones de oposición. Según Medel (2015), lo que el sujeto manifiesta en forma de relación, conducta o capacidad, es efecto del lugar que ocupa en una estructura de relaciones. De esta forma, tal como señala Garín (2017), pasar a ser drogodependiente implica reconocerse en un lugar social determinado, en una identidad.

La aproximación al sujeto de la educación se aborda desde su condición de ciudadano portador de derechos y deberes (Fuertes, 2017). La categoría de sujeto de la educación es correlativa a la noción de lugar; se constituye desde de una transformación discursiva y práctica en la que el individuo pasa a ser revestido por una nueva atribución simbólica fundada en el reconocimiento de la posibilidad de *llegar a ser*; un discurso que le otorga un nuevo lugar social y posibilita las condiciones para su constitución (García, 2012). Según Fuertes (2017) esto implica eliminar la concepción de sujeto drogodependiente o sujeto enfermo para acoger a la persona más allá de la dependencia que la acompaña.

Asimismo, Martín (2009) señala que, se trata de abordar la cuestión en un sentido amplio e integrador, donde el sujeto puede sentir que pertenece y ocupa un lugar significativo en

² Se conciben las estructuras sociales como portadoras de condiciones materiales y simbólicas que configuran distinción en los lugares ocupados socialmente y, por lo tanto, determinan las desigualdades.

la sociedad; un lugar donde puede sentirse valorado y que le permite contribuir al bienestar social.

El sujeto de la educación se configura en el contexto de un lugar alternativo ofertado por la institución mediante una red de discursos y prácticas pedagógicas; con agentes de la educación que se responsabilizan de sostener procesos y proyectos educativos. El sujeto emerge en ofertas culturales, espacios, tipos de actividades, simbolismos y posibilidades que modifican las atribuciones originarias que acarrea del entramado social. Un lugar que tiene que ser ocupado voluntariamente y que contiene la noción de responsabilidad, entendida como la elección propia del sujeto de consentir, aceptar y reconocer la acción educativa y ocupar el lugar ofrecido para su promoción en la vida social (García, 2012).

Según Olivar (2005), esto hace que no sea viable plantearse una ruptura absoluta con el medio en que la persona se ha socializado para entrar en un mundo desconocido y amenazante. La construcción debe ir acompañada de una desconstrucción progresiva y voluntaria de los vínculos establecidos en los diferentes contextos. Una tarea que implica acoger al sujeto como portador de un estilo de vida y de relación propios. Tal como lo expresa Martín (2009), un proceso donde el sujeto tiene que ser el protagonista.

A su vez, Fuertes (2017) señala la importancia capital de que el sujeto exprese un malestar en su relación con el consumo de drogas. Generalmente, la demanda emerge porque el tipo de relación establecida con la sustancia se vuelve una dependencia, entendida esta relación como un efecto totalizador sobre la vida del sujeto, una relación que no puede gobernar y que le produce sufrimiento. Esto favorece una posición voluntaria y responsable que cuestiona la realidad en la que vive y abre un proceso de búsqueda de otros significados.

El malestar que hace emerger la demanda solo lo conoce la persona, es su propia significación de la relación con el consumo. Cada persona otorga un significado particular a esta relación, por lo que las modalidades de vínculo y de respuesta educativa serán tantas como sujetos se atiendan (Fuertes, 2017). Según Martín (2009) cada persona, entorno y sustancia consumida ha producido una historia de vida, esto impide mantener una regla general que simplifique la actividad socioeducativa. Tal como señala Fuertes (2017) la significación personal está relacionada con los diferentes contextos y relaciones sociales, que serán el punto de partida para pensar las acciones socioeducativas.

Por tanto, Medel (2015) recuerda que el sujeto de la educación queda definido por la filiación con la cultura, la atribución de posibilidad, de responsabilidad y de libertad de decisión. Según Fuertes (2017) la persona tiene que responsabilizarse de las elecciones que le han conducido al momento presente. Se concibe el aprendizaje como disruptivo en la medida en que ofrece nuevos conocimientos y significados que el sujeto puede atribuir a su historia, y que configuran nuevas elecciones personales. Si no dejamos espacio para la responsabilidad, no posibilitamos la capacidad de elección y ni la autonomía. De acuerdo con Martín (2009) la acción socioeducativa trabaja sobre las circunstancias que envuelven a los consumos, si las circunstancias y las percepciones cambian, es posible que la persona decida cambiar la actitud ante las sustancias y su relación con el consumo.

Según Martín (2009) la persona que trabaja por su integración social es consciente de su realidad, de las limitaciones, conflictos y contradicciones sociales que entraña y trata de cambiar las circunstancias que no le favorecen. Es una persona con voluntad de elegir responsablemente porque es consciente de la realidad, es capaz de ser libre y autónoma.

3.2.3. Agente de la educación

De acuerdo con Fuertes (2017), el agente de la educación centra su actuación en la transformación de la relación entre el sujeto y su contexto de dependencia. Según Medel (2015) la función educativa se entiende partiendo de tres niveles: función pedagógica, función ética y función política.

La función pedagógica se construye en la generación de vínculos entre el sujeto y la cultura, vínculos que ofrecen lugares alternativos. El educador trabaja para conectar al sujeto con contenidos culturales que quizá originen aprendizajes que promuevan nuevas elecciones. Esta función exige al educador buscar maneras de promover una educación centrada en la transmisión cultural, que permita desarrollar simultáneamente los procesos de emancipación individual e integración social. Construir maneras variadas de transmitir y desarrollar la cultura, de mediar y generar los contextos y condiciones que posibiliten el aprendizaje y los procesos de promoción. La tarea se centra en promover y sostener procesos de búsqueda de nuevos significados y vinculaciones (Medel, 2015).

A su vez, Fuertes (2017) advierte que la función del educador no es la de diseñar talleres de alfabetización. Se trata de una transmisión del patrimonio cultural que no debe

entenderse como una instrucción conceptual o formativa, sino que es de carácter simbólico. Es una transmisión en relación al vínculo, al contrato social, a la posición del sujeto dentro del ordenamiento estructural que le ha tocado vivir y el lugar que el consumo y la transgresión han ocupado. Según Martín (2009) el educador social debe posibilitar la capacitación a nivel personal, social y político mediante planteamientos de interiorización crítica de la realidad, huyendo de posturas asistencialistas.

Así, el lugar del sujeto queda vinculado a las ofertas, atribuciones, posibilidades y limitaciones que el agente de la educación pone en juego, sobre estas consideraciones recae la responsabilidad del educador dentro del proceso de emancipación (García, 2012).

La posición ética exige no perder la referencia desde donde interrogamos el problema y articulamos la práctica. La acción socioeducativa siempre se centra en referencias que interrogan la relación de la persona con la cultura y los elementos estructurales, evitando categorizaciones centradas en propiedades intrínsecas a la persona (Medel, 2015).

Tal como señala Fuertes (2107), el agente de la educación ejerce su trabajo en la relación del sujeto con la droga, sin realizar juicios moralizantes ni estigmatizantes. Articula el trabajo en torno a la responsabilidad del sujeto, así que no puede considerarlo un enfermo sin voluntad. Asume una función de control, pero ésta se ejerce desde una posición de autoridad fundamentada en el saber y el respeto, sin imposiciones arbitrarias. El agente se sitúa en un lugar donde el objetivo es promover contextos y procesos educativos que posibiliten la emergencia del sujeto como sujeto de derechos.

En este proceso de reelaboración de significados y lugares sociales, el profesional asume la responsabilidad de orientar el proceso (Fuertes, 2017). De acuerdo con Martín (2009) un planteamiento integrador requiere de actitudes y prácticas éticas respecto a aquellos colectivos que no pertenecen, que están excluidos de la sociedad, que difícilmente se sienten valorados y que no pueden participar comunitariamente. Una reflexión ética sobre la política, la responsabilidad, el diálogo y la injusticia social, el estigma y la negación del otro, que encamina la práctica hacia el valor de la dignidad, la justicia social y el reconocimiento mediante un compromiso político y social, esencial en el quehacer del educador social.

La posición política exige al agente de la educación adoptar una perspectiva crítica y democrática en sus actuaciones (Medel, 2015). Poner el foco del problema en los sistemas estructurales que generan procesos de exclusión, exige una postura politizada.

Según Barton (1998, como se cita en Martín, 2009) es la sociedad la discapacitada, porque genera la segregación de aquellas personas diferentes a la norma preestablecida. De esta forma, según Martín (2009) considerar la integración social debe llevar implícito ser consciente de que la sociedad que se autoproclama inclusora es la misma que reproduce los esquemas de exclusión, concibiendo como normal los procesos de exclusión que perpetúan las desigualdades. Una postura politizada implica no limitarse a integrar de forma subalterna y excluida, mediante prácticas que vuelven a las personas nuevamente invisibles. Implica rechazar prácticas y lugares de homogeneización que impiden la promoción del sujeto, lo que Marc Augé (como se cita en García, 2012) apodó con la noción de no-lugar.

Asimismo, Olivar (2005) alerta de que promover la incorporación a la diversidad de redes sociales no debe entenderse como la obligación de adoptar comportamientos normales, sino como la posibilidad de hacerlo, de responsabilizarse de los actos y la elección, consciente de las consecuencias que la conducta puede acarrear. Se acoge el concepto de normalización como el posicionamiento del sujeto en un contexto estructural de igualdad de oportunidades con los sujetos de su sociedad.

3.2.4. Contenidos educativos

De acuerdo con Moyano (2012) los contenidos educativos orientan la práctica en términos de transmisión y adquisición de recursos culturales valiosos acordes con la época. A su vez, García (2012) recuerda que la educación no es solo aprendizaje, el trabajo educativo hace posible el *acceso a* y la *apropiación de* contenidos culturales necesarios y exigidos socialmente, convenientes, deseables o valiosos para lograr un objetivo. Un contenido cultural pasa a ser un contenido educativo cuando al ser aprehendido proporciona un saber y un poder vivir en sociedad, un poder vivir mejor.

Según Medel (2015) se hacen necesarios contenidos que apuesten fuerte por los sujetos que se encuentran en una situación de exclusión, entendidos como pilar de apoyo entre el

sujeto y el mundo, lugares de anclaje social. Asimismo, contenidos culturales alternativos al discurso psicopedagógico centrado en actitudes, conductas o sentimientos del sujeto.

Por su parte, Olivar (2005) advierte que es necesario elaborar contenidos que respondan a las necesidades reales de las personas. No se trata de desarrollar actividades con el único objetivo de mantener a los sujetos activos. Reconstruir la propia vida solo se puede hacer si la cotidianeidad contiene actividades, relaciones y experiencias significativas, positivas y placenteras. Las actividades desarrolladas no son un mero relleno o entretenimiento, requieren de contenidos culturales significativos y socialmente valiosos que promuevan el desarrollo de las capacidades formativas, laborales, lúdicas, relacionales, etc. un desarrollo que ponga al sujeto en situación de incorporarse a la sociedad desde una posición de igualdad.

De acuerdo con Martín (2009) la educación sobre drogas debe contemplar no solo aspectos como los riesgos, efectos o daños, sino también las oportunidades y los placeres que proporcionan las drogas y la gestión de estos aspectos. Debe trabajar con contenidos educativos que constituyan un soporte que ayude al sujeto a resolver dudas y preocupaciones sobre los consumos, promoviendo actitudes relacionadas con la capacidad crítica y reflexiva y la capacidad de ser responsables, de acuerdo con una política de integración. Según García (2012) los conocimientos y saberes favorecen la incorporación de interrogantes sobre el mundo que se habita. A su vez, Romera (2014) advierte que el contenido sobre las drogas se centra en la dimensión biológica y psicológica sin apenas aludir a su origen y/o consecuencias sociales, culturales, morales y espirituales.

Autores como Núñez, Núñez y Planas, García Molina, Equipo Norai o Moyano (como se cita en Medel, 2015) han desarrollado una propuesta de contenidos culturales organizados por áreas educativas que construyen al sujeto, para diferenciar las prácticas socioeducativas de las relacionadas con lógicas de control o asistencialismo.

Por tanto, Herbart (como se cita en García, 2012) define la relación educativa como una relación entre agente y sujeto de la educación mediada por los contenidos culturales. De esta forma, las condiciones de posibilidad de transformación que ofrece la práctica educativa se instauran en la selección de los contenidos. Según Medel (2015) la oferta de un proyecto educativo sólido debe contener un trabajo de análisis previo de la situación

de partida, tanto del sujeto como de las condiciones estructurales de época, que otorgue sentido al contenido educativo y que esté en sintonía con las necesidades e intereses del sujeto y las exigencias sociales, construyendo un lugar de anclaje social.

3.2.5. Metodologías educativas

En línea con lo planteado hasta el momento, Olivar (2005) recuerda que no se dejan sustancias; lo que se hace es abandonar formas de vida, relaciones sociales, amistades, justificaciones existenciales, medios de subsistencia, etc. por esto, el reto del proceso de recuperación se asienta en el terreno de las actividades cotidianas que significan la vida.

Por tanto, Romera (2014) propone la pedagogía social participativa como marco teórico para el trabajo socioeducativo en los diferentes ámbitos de acción con las drogodependencias. El paradigma se expresa como un principio epistemológico y político que posibilita el desarrollo personal y la integración social mediante la participación comunitaria. Por medio de esta metodología el educador social tiene la posibilidad de promover contextos y procesos educativos en el seno de la vida social, en los que el sujeto de la educación puede pensar, sentir, vivir y establecer nuevos vínculos sociales y experiencias de sentido comunitario que pueden promover la resignificación de su historia, el desarrollo personal y la promoción social. Asimismo, el sujeto puede aprender a vivir ejerciendo todos sus derechos y obligaciones *con* y *en* la comunidad.

A su vez, Olivar (2005) destaca la necesidad de contar con apoyos cercanos para habilitar el proceso de (de)construcción. No existe una acción socializadora sin agentes de referencia que estimulen el tránsito social. Estos referentes se encuentran en los espacios impregnados de vida cotidiana, que pueden adquirir nuevos simbolismos. No obstante, Fuertes (2017) advierte de que, la excesiva circulación por las instituciones genera nuevos espacios de socialización que, en ocasiones, producen una existencia institucional que llega a constituir una identidad alternativa y un lugar social donde sostenerse.

Por su parte Olivar (2005) proyecta dos perspectivas de actuación: la intervención asistencial, que responde a las necesidades inmediatas y aporta recursos externos, y la acción potenciadora, que reduce progresivamente las demandas y promueve la adquisición de recursos internos. La educación social se sitúa claramente en la perspectiva

potenciadora, aunque el autor señala que ambas perspectivas deben aparecer de forma complementaria.

Según Martín (2009) el itinerario a seguir es particular, y depende de la situación de partida del sujeto, de una situación de exclusión específica, unos recursos personales adquiridos y un entorno social determinado. En el centro de la acción se ubica la persona y su responsabilidad, para que emerja la soberanía personal y se haga cargo de sus propias decisiones y de las consecuencias. De acuerdo con Fuertes (2017) se trata de explorar las decisiones que se han tomado en relación al consumo, cuestionar por qué se ha decidido escoger este tipo de relación y no otra. Se trata de poner en juego el valor simbólico de la palabra y de la escucha, de los significados y los derechos.

4. METODOLOGÍA

El objetivo de formular una propuesta de modelo socioeducativo, en el marco institucional de la entidad de atención a las drogodependencias elegida como objeto de estudio de este trabajo, ha exigido un ejercicio exhaustivo de análisis del contexto institucional. Para ello, se ha llevado a cabo un diseño de investigación que ha asegurado el desarrollo de un análisis científico riguroso, objetivo y sistemático de acuerdo con los objetivos trazados hasta llegar a formular la propuesta socioeducativa que se considera conveniente, necesaria y viable en el seno de la institución.

El enfoque metodológico adoptado tiene su anclaje en el paradigma interpretativo. Se utiliza este modelo de investigación por su base epistemológica construccionista, que nos induce a pensar que el conocimiento no se descubre, sino que se construye. Se elaboran conceptos, modelos y esquemas con el objetivo de dar sentido a la experiencia, y se modifican estas construcciones en función de las nuevas experiencias (Martínez, 2013). De modo que, el propósito investigativo del constructivismo es la comprensión y reconstrucción de la realidad previa (Guba y Lincoln, 1994, como se cita en Ramos, 2015). Existe una inevitable dimensión histórica y sociocultural en la construcción de un fenómeno social, que se explica por una concepción del aprendizaje según la cual, la persona aprende por medio de su interacción con el mundo físico, social y cultural en el que se encuentra inmerso (Martínez, 2013).

El paradigma interpretativo ha guiado la investigación en un proceso de cuestionamiento de las ciencias naturales. Una deliberación científica del problema de las drogodependencias y de su respectiva respuesta institucional, que ha interpretado datos y ha sustituido la constatación empírica de los paradigmas positivistas por la comprensión del fenómeno dentro de los marcos interpretativos de referencia (Ramos, 2015). El análisis ha mantenido una postura crítica durante todo el proceso, caracterizada en todo momento por una visión holística y dialéctica ante el problema. Se adopta este paradigma en coherencia con un posicionamiento ideológico transformador, con la finalidad metodológica de provocar procesos de concienciación en torno a la realidad institucional.

A esos efectos, se ha desarrollado una metodología de investigación de carácter cualitativo basada en la técnica de análisis del contenido. Se ha optado por este tipo de estrategia analítica para descifrar la lógica interna de la entidad, en un proceso de estudio sistemático de los documentos escritos que justifican la estructura institucional. La elección empleada ha permitido concretar una interpretación científica a través de un proceso de categorización, codificación y análisis del contenido que ha impulsado la generación de conocimiento (Ballestín, 2017b).

Para la recogida de información se ha utilizado un documento interno de la entidad que recoge los treinta años de actividad institucional, documento que ha aportado gran cantidad de información contextualizada y ha permitido acceder al marco interpretativo de referencia. Asimismo, se ha utilizado un documento interno que regula el funcionamiento de la entidad, el cual ha aportado contenido revelador en relación a la cultura institucional. Por último, se ha utilizado una memoria de gestión de la dirección de la entidad que proyecta simultáneamente la realidad actual y un plan estratégico de mejora, lo cual ha aportado información de análisis para orientar una propuesta viable.

La categorización utilizada para la codificación de la información se ha diseñado en dos bloques temáticos conexos. El primer bloque da respuesta al objetivo de análisis del marco institucional. Siguiendo el esquema planteado por Planella y Moyano (2018) se ha elaborado un cuadro de categorías analíticas que corresponden a las distintas dimensiones del marco institucional y subcategorías que responden a los elementos de análisis necesarios para efectuar la exploración de la lógica interna de la institución. El segundo bloque se centra en el análisis específico del proyecto educativo, con la finalidad de detectar las necesidades socioeducativas del modelo institucional. Para ello, se ha

elaborado un cuadro de categorías analíticas configurado a partir del apartado de construcción del modelo socioeducativo del marco teórico.

El proceso de decodificación y análisis metódico de la información se ha ejecutado por unidad analítica. Para la interpretación de cada categoría se ha utilizado una metodología cualitativa que ha hecho posible sumergir la investigación en el proceso de (de)construcción social del fenómeno, reconstruyendo el significado de los conceptos e ideas contenidas en el contexto de estudio. Este enfoque ha permitido explicar la estructura interna mediante los significados y simbologías que interaccionan en las diferentes dimensiones institucionales (Ballestín, 2017a).

Para la interpretación de los resultados se ha utilizado un diseño explicativo, para dar respuesta a las preguntas sobre las causas y los factores involucrados en la construcción del fenómeno. El diseño explicativo se ha utilizado buscando la comprensión compleja de la realidad, un análisis global de los factores que intervienen en la causa, por qué ocurre, en qué condiciones se manifiesta, qué variables intervienen y cómo se relacionan, deduciendo modelos causales que contribuyen a la explicación del marco institucional. Esta elección ha permitido centrar la atención en la contrastación entre el contenido directo y el contenido significativo (Ballestín, 2017a).

La interpretación de los resultados se ha elaborado mediante el mismo sistema de bloques temáticos. Se ha utilizado un método de interpretación hermenéutico basado en la técnica del círculo hermenéutico sugerida por Dilthey (1990, como se cita en Martínez 2002) un movimiento interpretativo que en cada movimiento aumenta el nivel de comprensión, donde las partes reciben significado del todo y el todo adquiere su significado en las partes, dentro de un proceso dialéctico en movimiento. En todo el proceso de análisis se ha trabajado desde una lógica comparativa y asociativa entre categorías y con el marco teórico fundamental. La realización de inferencias ha sido la operación analítica clave del estudio que ha permitido la generación de hipótesis y conclusiones hasta llegar a la definición de la propuesta socioeducativa (Ballestín, 2017b).

A continuación, se incluyen las tablas de categorización elaboradas para el proceso de codificación de la información.

| MARCO INSTITUCIONAL (Análisis de la institución) | | | |
|---|---|---|--|
| CÓDIGO: MI | MI/CF: Contrato fundacional (Incluye los elementos históricos que subyacen en el surgimiento y establecimiento de la institución) | MI/CF/CE: Contexto de época (hace referencia a las circunstancias históricas, temporales, políticas, sociales y culturales que fundamentan el encargo institucional). | |
| | | MI/CF/PT: Presupuestos teóricos (hace referencia a las premisas científicas que sustentan el encargo de la institución y sirven de base en el desarrollo de la intervención frente al problema). | |
| | | MI/CF/EI: Encargo institucional (corresponde a la lectura particular que realiza la institución de los mandatos originales, el compromiso y los objetivos propios que dan lugar a la cultura institucional). | |
| | MI/CI: Cultura institucional (elementos y rasgos identitarios que definen a la institución) | MI/CI/CT Cuestiones teóricas | MI/CI/CT/SR Sistemas de representación (incluye los conceptos, ideas, códigos y sistemas de representación que definen la construcción propia del problema y que se utilizan para definir la drogodependencia, las drogas, a las personas que consumen, la abstinencia, la integración social, el cambio, etc.). |
| | | | MI/CI/CT/MI Modelos de intervención (hace referencia a los modelos teóricos que guían la intervención y la práctica). |
| | | | MI/CI/CT/MO Modelos de organización (corresponde a los modelos que utiliza la institución para poner en práctica su encargo institucional y los modelos de intervención. En relación a la estructura funcional, la organización del equipo profesional, el lugar de cada profesional, el proyecto educativo, etc.). |

| | | |
|--|---|--|
| | | <p style="text-align: center;">MI/CI/CT/SE</p> <p>Sistemas estructurantes (sistemas de funcionamiento interno que estructuran la intervención, la organización, las actividades, entornos, usos, costumbres, prácticas, etc. Los sistemas que materializan las cuestiones teóricas).</p> |
| | | <p style="text-align: center;">MI/CI/CT/SS</p> <p>Sistemas de socialización (corresponde a los sistemas empleados para el desarrollo de los procesos de socialización y la promoción social).</p> |
| | MI/CI/CR Criterios | <p style="text-align: center;">MI/CI/CR/CC</p> <p>Concepciones sobre el cambio (incluye los criterios que se utilizan para determinar los objetivos de cambio personal y social, las características, elementos, variables y relaciones que implica el cambio).</p> |
| | | <p style="text-align: center;">MI/CI/CR/IS</p> <p>La integración social (incluye los conceptos, ideas y pautas que se establecen para definir el proceso de inserción social de las personas).</p> |
| | | <p style="text-align: center;">MI/CI/CR/UN</p> <p>La utilización de la norma (corresponde a las ideas que se manejan en torno a la utilización de la norma, el control, los límites, la transgresión, etc.).</p> |
| | <p>MI/PI: Proyección institucional (incluye su inscripción social, su proyecto de futuro y la visión de la entidad).</p> | |

Elaboración propia, 2023.

| MODELO SOCIOEDUCATIVO (Análisis de los elementos y principios que conforman el modelo educativo) | |
|--|--|
| CÓDIGO: ME | <p>ME/MI: Marco institucional educativo propio</p> <p>(Incluye el análisis del marco institucional en relación a la concepción del problema, el encargo social, el enfoque estructural, la exclusión social, los derechos, la concepción de integración social, abordaje integral, dependencia social).</p> |
| | <p>ME/SE: Sujeto de la educación</p> <p>(Corresponde al análisis de los sujetos desde la concepción de sujeto de la educación, lugar social, derechos, autonomía, responsabilidad, voluntariedad, historia de vida, cultura, posibilidad, aprendizaje, integración social).</p> |
| | <p>ME/AE: Agente de la educación</p> <p>(Hace referencia al análisis del agente de la educación en función de las categorías de: función pedagógica, función ética y función política).</p> |
| | <p>ME/CE: Contenidos educativos</p> <p>(Incluye el análisis de los contenidos en relación a la concepción de cultura, contenidos culturales y educativos, relación educativa, oferta socioeducativa).</p> |
| | <p>ME/ME: Metodologías educativas</p> <p>(Corresponde al análisis de las estrategias educativas según los conceptos de pedagogía social participativa, participación comunitaria, agentes de referencia, acción potenciadora, itinerario educativo).</p> |

Elaboración propia, 2023.

En coherencia ética con el rigor científico de la investigación, se ha firmado con la entidad (la cual pide mantener el anonimato a lo largo del trabajo) un documento que incluye una declaración de consentimiento informado para el tratamiento de la información interna, y que sigue los requerimientos éticos legales que establece el Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679 y a la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

5. RESULTADOS

La interpretación de los resultados responde al reto profesional planteado por Fuertes (2017) de efectuar una tarea crítica de revisión conceptual en el ámbito de las drogodependencias, favoreciendo una reflexión teórica que se concrete en una producción escrita, un trabajo que, en consecuencia, promueva un diseño institucional diferente.

5.1. Análisis institucional

La (de) construcción del problema

CONTRATO FUNDACIONAL

La interpretación del contrato fundacional de la entidad nos acerca a los elementos subyacentes en el surgimiento de la institución. Este análisis hace posible la comprensión de la realidad institucional dentro de los marcos interpretativos de referencia, en correspondencia con los conceptos, modelos y relaciones que otorgan sentido a la construcción del problema de las drogas, lo cual provoca un distanciamiento con las posiciones naturalizadoras y arbitrarias sobre el fenómeno dentro del marco institucional.

La entidad nace en 1986, en un contexto político de transición democrática. El consumo de drogas se expande significativamente, como manifestación de la desinhibición y de la idea de libertad. La situación, activa la alarma social y provoca nuevas respuestas políticas para tratar las adicciones de forma integral. Los primeros centros trataban exclusivamente la desintoxicación para eliminar la dependencia física, no la psicología (Documento interno, 2018, p. 21-26).

El concepto de adicción nace con el paradigma biomédico, instaurando el consumo de drogas como un problema a partir del siglo XIX. El modelo define la adicción como consecuencia de una enfermedad orgánica del cerebro que provoca el consumo compulsivo, explicado mediante el sistema de recompensa (Nida, 2022). La teoría biomédica certifica que las drogas anulan la conducta adaptativa de la persona y provocan la conducta desadaptativa (Apud y Romaní, 2016). Estas relaciones causales construyen el imaginario social que otorga a las drogas un significado patógeno y asocia el consumo

de sustancias con conductas problemáticas, incorporando como elementos clave para la interpretación del problema de adicción los conceptos de enfermedad, salud y seguridad.

La actuación política sobre el problema de las drogas nace de estos supuestos, de los cuales deriva un encargo social que exige intervenir políticamente para garantizar la salud y la seguridad pública (Levine, como se cita en Muñoz y Rojas, 2019). De este modo, se articulan las disposiciones de control social y prohibicionismo propias de las políticas de drogas (Fernández y Estin, 2020), junto a un marco institucional que aborda el problema de la adicción desde la noción de enfermedad biológica, estableciendo modelos de tratamiento centrados en la desintoxicación física y fundados en el encierro, la medicalización y la abstinencia como componentes clave para el abordaje (APH, 2015).

El modelo biomédico encuentra su cuestionamiento y su consecuente cambio en las proposiciones del paradigma biopsicosocial. Este modelo integra los factores biológicos, psicológicos y sociales al concepto de adicción configurado por el modelo biomédico. El modelo reconstruye el concepto de adicción como una conducta habituada, generada a partir de la influencia multifactorial, donde la personalidad y el contexto son elementos centrales en la comprensión de la adicción (Apud y Romani, 2016). Este modelo se refiere al significado del uso de drogas como una forma de comportamiento (APH, 2015).

En el modelo biopsicosocial que explica la adicción, el componente biológico busca la causa orgánica de la conducta, el componente psicológico encuentra las causas personales, como la falta de autocontrol, los problemas emocionales y los pensamientos dañinos y el aspecto social investiga cómo los diferentes factores sociales, como el nivel socioeconómico, la cultura, etc. pueden influir en las conductas adictivas (APH, 2015).

Estas teorías científicas fundamentan el modelo promocional de la salud. La intervención política pasa del campo general de la salud pública al campo concreto de la salud mental, situando las medidas psicológicas, educativas y comunitarias frente a las específicamente sanitarias o legales (De Olivera, 2022). Así, el modelo biopsicosocial incorpora un marco institucional que aborda el problema desde la noción de salud mental, centrado en la concepción de adicción como una conducta habituada en la personalidad y activando tratamientos de rehabilitación terapéutica integral cuyos elementos clave para la interpretación del problema son la personalidad, la conducta y el entorno de la persona.

Este marco interpretativo otorga sentido a los presupuestos teóricos que reflejan los datos (Anexo 1, p. 54-55) y explican el encargo institucional que se despliega en consecuencia.

Queríamos repensar la enfermedad mental desde nuevas perspectivas y terapias, con una visión de la farmacología integrada en un abanico de intervenciones y no como único elemento terapéutico. Faltaba un abordaje multidisciplinario. Existe una vida libre de drogas, las adicciones se pueden curar.

La institución nace de la necesidad de ofrecer una intervención más compleja e integral para las personas. El adicto necesita asistencia farmacológica pero también un programa terapéutico para cambiar su estilo de vida. El objetivo es ayudar a superar la adicción, mantenerse abstinentes y conseguir un cambio radical en el estilo de vida. La respuesta institucional es la creencia en la capacidad de cambio. La filosofía ideada es la clave para la recuperación del paciente (Documento interno, 2018, p.21-26).

CULTURA INSTITUCIONAL

La filosofía terapéutica ideada es la materialización del contrato fundacional. El modelo biopsicosocial queda representado en la identidad institucional, en los sistemas de representación que guían la construcción del problema y en el consecuente desarrollo de modelos, sistemas y relaciones que definen la cultura institucional.

La entidad representa la adicción por medio de causas fisiológicas y neuroquímicas que explican la dependencia física, y causas multifactoriales que explican la dependencia psicológica y los diferentes tipos de consumo en función de la singularidad de la persona, según la motivación que activa el consumo -para superar dificultades familiares, de trabajo, de relación, inseguridad, falta de autoestima, timidez, etc.- De acuerdo con Apud y Romaní (2016) en el ámbito psicoterapéutico los fenómenos de adicción y su tratamiento se agrupan bajo la noción de dependencia física y dependencia psicológica.

Los datos (Anexo 1, p. 55-56) refieren que, detrás de toda adicción suele haber trastornos de personalidad asociados, entendidos como rasgos disfuncionales del comportamiento que incapacitan para adaptarse a la vida social y que conllevan factores de riesgo que predisponen a desarrollar una adicción. Los datos describen patrones de conducta comunes y perfiles definidos de pacientes, alegando que la adicción contiene variables causales comunes, pero que cada persona mantiene una historia singular según el contexto. De acuerdo con APH (2015) la representación fundada en un patrón conductual

problemático propio del adicto encuentra su construcción teórica en las clasificaciones de drogodependencia recogidas en los sistemas psicopatológicos CIE y DSM que nacen de la visión biomédica.

El consumo de drogas es la punta de una problemática de fondo. Los síntomas que sufre la persona (insomnio, rabia, impulsividad, frustración, baja autoestima) son señales de un malestar emocional profundo que hay que trabajar, son las claves del tratamiento terapéutico. Detrás de cada historia aparece un problema personal, familiar o social, que produce un deterioro psicológico importante (Documento interno, 2018, p.35).

En correspondencia con los sistemas de representación, según los datos (Anexo 1, p. 57), se articula un modelo de intervención cuyos pilares son la psiquiatría con mayúsculas, la psicología avanzada y la intervención desde los valores. El modelo se define en base al logro de la abstinencia mediante un abordaje terapéutico integral para superar los problemas emocionales y alcanzar una independencia química, afectiva y social (Documento interno, 2018).

Bajo esta mirada se establece un modelo de tratamiento que integra la psicoterapia cognitiva-comportamental -la Terapia Racional Emotiva y Comportamental (TREC)-, la farmacología y la recuperación de valores, con el objetivo de restaurar el equilibrio del paciente. La TREC es el motor de la filosofía institucional (Documento interno, 2018).

Según la TREC, el malestar emocional y las actuaciones autodestructivas (el consumo) no son consecuencia de la realidad personal ni de cómo funciona el mundo, sino de cómo interpreta la persona la realidad. No es el evento, el evento es neutro, es como uno reacciona. El paciente tiene que identificar y cambiar los pensamientos irracionales por pensamientos racionales mediante la intervención cognitiva, emocional y comportamental (Documento interno, 2018, p.52).

Estas teorías y modelos encuentran su correlación en la organización de la entidad (Anexo 1, p. 58). El organigrama establece una dirección general médica y terapéutica. Asimismo, la coordinación de cada centro tiene una orientación clínica, con un equipo principal de profesionales de la psicología y psiquiatría. Se instaura un trabajo multidisciplinar orientado a potenciar la fuerza terapéutica del tratamiento, con esa finalidad se describen las funciones específicas de cada figura profesional.

El proyecto institucional se organiza mediante un modelo residencial. Un modelo que Goffman (2001) acuñó como institución total. Los datos (Anexo 1, p. 57) refieren que, para desarrollar en el paciente un enfoque que mejore el estilo de vida y la salud, después de una desintoxicación física se debe realizar una rehabilitación de tipo psicológico para detectar el problema de fondo del consumo, para ello se desarrolla un modelo de atención que utiliza técnicas terapéuticas cognitivas y una metodología conductual (Documento interno, 2018). Los datos describen dos dispositivos diferentes, un centro rural, donde el objetivo es realizar el trabajo emocional, cognitivo y de introspección para que la persona aprenda a cambiar los pensamientos y su estilo de vida, y un centro urbano, dedicado a la reincorporación social, donde la persona pone en práctica lo aprendido.

A partir de estos modelos se desarrollan sistemas estructurantes, para hacer efectivo el objetivo de cambio. En los datos (Anexo 1, p. 59-61) se describe un sistema terapéutico estructurado por fases, donde cada fase corresponde al logro de determinados aspectos del proceso terapéutico, en relación con el objetivo de desintoxicación, deshabitación y cambio del estilo de vida. Cada fase se compone de unos objetivos generales que se trabajan mediante una estructura diaria de actividades terapéuticas. Asimismo, existe un sistema estructural de responsabilidades, normas, limitaciones y privilegios con carácter terapéutico para trabajar la rehabilitación (Documento interno, 2022).

Los centros funcionan en torno a un sistema conductual de normas y de disciplina (Anexo 1, p. 62) que el paciente ha de respetar e interiorizar para obtener éxito en el tratamiento. El incumplimiento de normas graves supone la expulsión. Asimismo, el cumplimiento de estas representa una señal positiva de cambio. El criterio de cambio (Anexo 1, p. 62) va ligado al desempeño de los objetivos planteados en cada fase, valorando el cambio a nivel personal, emocional y conductual en referencia al desempeño de los objetivos y la adopción de valores y normas preestablecidas. Para la consecución del cambio se desarrollan sistemas de socialización (Anexo 1, p. 62-63) basados en la incorporación y potenciación de valores culturalmente aceptados, como hilo conductor de los sistemas estructurantes.

De esta forma, el criterio de integración social (Anexo 1, p. 62) va ligado a la puesta en práctica de todo lo aprendido en el tratamiento. El concepto de integración exige demostrar por parte de la persona el mantenimiento de la abstinencia, a través de un cambio en la identidad y en el estilo de vida que se adapte a las normas y valores de la sociedad y que asegure la normalización de la vida y la correcta adaptación social.

PROYECCIÓN INSTITUCIONAL

La entidad remarca que desde sus inicios las innovaciones han sido siempre una constante en el desarrollo de su filosofía institucional. Esta mirada ha llevado a la institución a seguir avanzando en el desarrollo de programas que ofrezcan una respuesta integral y personalizada. Los datos (Anexo 1, p. 63) refieren que, ante la situación actual, se trabaja en el desarrollo de nuevas modalidades de tratamiento terapéutico adaptadas a las nuevas necesidades. La visión de la entidad incluye promover la mejora constante a través de la innovación e investigación, y aportar el conocimiento y las acciones necesarias para ayudar a erradicar el estigma de la enfermedad mental, con un enfoque transformador (Costa, 2023).

5.2. Análisis del modelo socioeducativo

La construcción de la práctica socioeducativa

MARCO INSTITUCIONAL PROPIO

En el seno del marco institucional se desarrolla un proyecto socioeducativo, cuyo modelo se encuentra alineado con la filosofía institucional de la entidad. Los datos (Anexo 1, p. 63) refieren un abordaje común, terapéutico y educativo, derivado de la representación del problema en términos de adicción y trastorno de personalidad y centrado en promover la inteligencia emocional mediante un sistema de educación en valores para que la persona se defina en relación con el mundo (Documento interno, 2018).

El modelo socioeducativo se concreta en la educación para la salud, centrado en aspectos sanitarios cuyo fin es el logro del bienestar físico, mental y social (Romera, 2014). Corresponde al modelo neohigienista, basado en ideas de salud y enfermedad. El objetivo es operar transformaciones sobre las conductas consideradas indeseables o síntomas de la enfermedad, mediante formas de control social apoyadas en una voluntad interventora orientada por un pensamiento asentado en clasificaciones psicopatológicas, protocolos y acciones estandarizadas dirigidas a la homogeneización social (Núñez y Tizio, 2015).

De acuerdo con Fuertes (2017) se reivindica un cambio de paradigma explicativo del problema de las drogas, que comporte un escenario institucional radicalmente diferente al de la hegemonía del ideal de la salud. El análisis del modelo socioeducativo toma de referencia el marco interpretativo del paradigma sociocultural. Este modelo presenta las variables socioculturales como elementos clave para la comprensión del fenómeno. La adicción tiene su causa y se explica en los factores socioculturales, que son centrales en el proceso de conformación de subjetividades, expectativas, modos de vida, normas, pautas de consumo, etc. (Fernández y De la Vega, 2019). De este paradigma se derivan los modelos socioeducativos que priorizan la acción cultural y que pretenden acabar con las estructuras excluyentes (Martínez-Otero, 2021).

En relación con este marco interpretativo, el problema de las drogodependencias se define con un enfoque estructuralista que pone el énfasis en la relación entre los elementos estructurales que configuran los procesos identitarios y de estigmatización (Fuertes, 2017). Para explicar las variables sociales que intervienen en la construcción del sujeto, Olivar (2005) proporciona el modelo estructural y el modelo interaccional de relación social, relaciones con (interaccional) y en (ocupacional) la sociedad. Los conflictos sociales se concretan en la identidad y en el estilo de vida de la persona, proyectando el fenómeno de la exclusión social como origen y/o consecuencia de las drogodependencias (Martín, 2009). Desde esta mirada, los sistemas de representación del problema adquieren un carácter estructural: la desigualdad (la no redistribución); la diferencia (el no reconocimiento) y la desconexión (la falta de acceso a redes sociales) (Martín, 2009).

El contrato fundacional de la entidad reconoce el factor social en la comprensión de la adicción, cuya influencia es parte de las causas multifactoriales que explican la conducta adictiva en función de la personalidad. Siendo el estigma y el rechazo social variables que se abordan en términos de dependencia psicológica. Los datos (Anexo 1, p. 57) manifiestan que el malestar emocional de la persona, el cual la acerca al consumo, no es consecuencia de cómo funciona el mundo, el evento social es neutro, el problema reside en la interpretación que realiza la persona del evento. En coherencia con esta hipótesis, que excluye la facultad de las estructuras sociales, la cultura y los sistemas simbólicos compartidos en la vivencia e interpretación del evento, la intervención queda centrada en el cambio personal de los pensamientos calificados de irracionales por pensamientos racionales, mediante una intervención cognitiva, emocional y conductual sobre la personalidad.

El enfoque estructural no aparece integrado ni en el marco interpretativo del problema ni en el consecuente desarrollo de la cultura institucional, que queda delimitada bajo la noción de dependencia física y dependencia psicológica. Olivar (2005) incorpora el concepto de dependencia social, como la necesidad o voluntad de consumir sustancias asociada a las variables de carácter social y cultural. Este concepto no aparece en los datos, de esta forma, quedan fuera del abordaje institucional los elementos estructurales y la lectura de las variables socioculturales que conforman la identidad y el pensamiento, y, por ende, son causa directa en la conformación de las conductas de adicción.

Martín (2009) reafirma que este es el lugar que le corresponde a la educación social. La acción socioeducativa aborda el conflicto existente en la relación sujeto-entorno, provocando respuestas al problema en función de las causas estructurales que provocan los episodios de conflicto y/o violencia, simbólica o física en la identidad y originan la drogadicción en sus diferentes manifestaciones. Una acción socioeducativa orientada en favor de la cohesión social, entendida como motor de transformación en la dimensión cultural, redistributiva y relacional de la sociedad (Sole et al., 2011).

En coherencia con el marco interpretativo propio, el modelo de acción socioeducativa se operativiza como instrumento que propicia el cambio en la relación sujeto-entorno, un cambio tanto personal como estructural (Martín, 2009). La noción de cambio hace referencia al resultado de un proceso compartido por la persona y la sociedad, donde el sujeto se convierte en una persona autónoma, responsable y libre en igualdad de condiciones sociales (Martín, 2009). Para ello, se utiliza un sistema de socialización que trabaja con el concepto de cultura, para posibilitar contextos y procesos personales y sociales alternativos que doten a las relaciones de nuevos significados (Olivar, 2005). El resultado de este proceso conjunto se entiende como integración social. Así, el abordaje integral es una actuación que posibilita derechos y no solo asistencia (Martín, 2009).

El marco institucional propio difiere del marco de la entidad, donde la idea de adicción como conducta enferma y/o desadaptativa habituada en la personalidad, promueve un tratamiento terapéutico-educativo de deshabitación de las creencias y la conducta. La noción de cambio queda relegada al resultado de un proceso individual en relación con un cambio personal, emocional y conductual definido por la adquisición de valores y normas socialmente aceptadas para el logro de la integración social. Así, la noción de integración social se entiende como el proceso personal de adaptación a las estructuras

hegemónicas y el concepto de abordaje integral queda centrado en una oferta de asistencia terapéutica multidisciplinar para la persona.

SUJETO DE LA EDUCACIÓN

En correspondencia con el marco institucional de la entidad, a la persona se la nombra como paciente, en relación con los sistemas de representación que tienen su eje en la noción de enfermedad. Los datos (Anexo 1, p. 63-64) hacen referencia al paciente como protagonista de su proceso de cura; responsable de adquirir consciencia de enfermedad; responsable de sus acciones; de asumir que carece de disciplina; de afrontar sus fragilidades; de examinar detenidamente los pensamientos irracionales *-soy rechazado, no valgo-* y de realizar un proceso de cambio personal donde aprenda a gestionar su enfermedad y a modificar sus pensamientos, emociones y conductas (Documento interno, 2018).

En coherencia con el marco institucional propio, se entiende a la persona por el lugar que ocupa en la sociedad, como efecto de la red social, de lugares y elementos estructurales en relaciones de oposición (Núñez, 1990). De acuerdo con Medel (2015), lo que el sujeto manifiesta en forma de relación, conducta o capacidad, es efecto del lugar que ocupa en la estructura de relaciones. Esta perspectiva difiere de las teorías institucionales que sitúan la causa de las conductas desadaptativas y/o enfermas en la droga, en el cerebro o en la personalidad y legitima las teorías que sitúan la causa en los factores estructurales. La conducta queda determinada por el lugar social de la persona en la estructura de relaciones, así, el abordaje institucional debe introducir los factores sociales y las variables socioculturales como elementos prioritarios de la acción socioeducativa.

De acuerdo con este sistema de representación, y siguiendo las aportaciones de Olivar (2005), esto hace que no sea viable plantearse una ruptura absoluta con el medio en que la persona se ha socializado para entrar en un mundo desconocido y amenazante. La construcción debe ir acompañada de una desconstrucción progresiva y voluntaria de los vínculos establecidos en los diferentes contextos.

La categoría de sujeto de la educación es correlativa a la noción de lugar. El sujeto de la educación se configura en el contexto de un lugar social alternativo, ofertado por la institución mediante una red de discursos y prácticas transformadoras que otorgan al

sujeto una nueva atribución simbólica y un nuevo lugar, creando las condiciones para su constitución (García, 2012). Según Fuertes (2017) esto implica eliminar la concepción de sujeto drogodependiente o sujeto enfermo para acoger a la persona más allá de la dependencia que la acompaña. En el análisis institucional de la entidad se advierte un contexto centrado meramente en la atribución simbólica de la enfermedad, mediante conceptos, modelos, sistemas, discursos y prácticas que etiquetan los pensamientos y el estilo de vida de la persona como patológico o disfuncional, y en consecuencia configuran un lugar social de enfermo que construye una nueva identidad y circulación social determinada por esta atribución simbólica.

El marco de sentido propio permite reconstruir la idea de la adicción que define perfiles de pacientes y patrones de conducta comunes explicadas mediante clasificaciones psicopatológicas, para comprender las características comunes de la personalidad y la conducta en relación con el lugar social dentro de la estructura. Martín (2009) indica que la acción socioeducativa trabaja sobre las circunstancias que envuelven a los consumos, si las circunstancias y las percepciones cambian, es posible que la persona decida cambiar la actitud ante las sustancias y su relación con el consumo. Se trata de abordar la cuestión en un sentido amplio e integrador, donde el sujeto pueda sentir que pertenece y ocupa un lugar significativo en la sociedad, un lugar donde puede sentirse valorado y que le permite contribuir al bienestar social. Así, puede decidir cambiar su relación con la sociedad.

Fuertes (2017) señala el aprendizaje como disruptivo en la medida en que ofrece nuevos conocimientos y significados que el sujeto puede atribuir a su historia y que configuran nuevas elecciones personales. Según Martín (2009) la persona que trabaja por su integración social es consciente de su realidad, de las limitaciones, conflictos y contradicciones sociales que entraña y trata de cambiar las circunstancias que no le favorecen. Es una persona con voluntad de elegir responsablemente porque es consciente de la realidad, por lo cual es capaz de ser libre y autónoma.

Por tanto, Medel (2015) recuerda que el sujeto de la educación se entiende como ciudadano portador de derechos, definido por la filiación con la cultura y la atribución de posibilidad, responsabilidad y autonomía. Así, los elementos de responsabilidad, autonomía y voluntad del sujeto adquieren un significado político y transformador en relación con el entramado social. Esta visión va más allá del significado de carácter funcionalista que otorga la entidad a estos elementos, derivado de la adicción en términos

de rasgos disfuncionales del comportamiento; siendo la noción de responsabilidad el deber de adoptar los valores y normas necesarias para la adaptación social; entendida la voluntad como la aceptación de las circunstancias sociales inducida mediante el proceso de cambio; y la autonomía como la independencia versus la dependencia al consumo de drogas y la capacidad personal para asumir y sostener las exigencias de la vida social.

AGENTE DE LA EDUCACIÓN

Los datos (Anexo 1, p. 64) refieren que en el seno de la organización institucional el educador social se ocupa de profundizar en temas de la sociedad. Reeduca al paciente para integrarle a nivel social, laboral y comunitario. Su papel es dinamizar al grupo, reeducar a las personas y trabajar las habilidades sociales y comunicativas necesarias para promover la autonomía y la reinserción. Conforme a la filosofía institucional, las funciones del agente educativo van ligadas a la ejecución del proceso de socialización, adquisición de autonomía e integración social, siendo su tarea favorecer el desarrollo de un estilo de vida que asegure la correcta adaptación social (Documento interno, 2018).

En correspondencia con el marco institucional propio, la función pedagógica del agente de la educación se construye en la generación de vínculos entre el sujeto y la cultura, vínculos que ofrecen lugares alternativos. Esta función exige al educador desarrollar simultáneamente los procesos de emancipación individual e integración social, construyendo maneras variadas de transmitir y desarrollar la cultura, de mediar y generar los contextos y condiciones que posibiliten los procesos de promoción (Medel, 2015). Asimismo, Fuertes (2017) advierte que la transmisión cultural debe entenderse desde su carácter simbólico, en relación al vínculo y a la posición del sujeto dentro del ordenamiento estructural y el lugar que el consumo y la transgresión han ocupado. El educador social debe posibilitar la capacitación personal, social y política a través de planteamientos de interiorización crítica de la realidad, huyendo de posturas asistencialistas (Martín, 2009).

La función ética del agente exige no perder la referencia desde donde se interroga el problema y se articula la práctica. Una acción centrada siempre en referencias con la cultura y los elementos estructurales, evitando categorizaciones centradas en propiedades intrínsecas a la persona (Medel, 2015). Así las funciones éticas exigen un trabajo sin

juicios moralizantes ni estigmatizantes, donde la función de control se ejerza desde una posición de autoridad fundamentada en el saber y el respeto, sin imposiciones arbitrarias. (Fuertes, 2017). El planteamiento integrador requiere una reflexión ética sobre la política, la responsabilidad, el diálogo y la injusticia social, el estigma y la negación del otro, que encamine la práctica hacia el valor de la dignidad, la justicia social y el reconocimiento mediante un compromiso político y social (Martín, 2009). Una ética distinta a la planteada por la entidad, que queda representada por los códigos bioéticos de actuación profesional.

La posición política exige una perspectiva crítica y democrática en las actuaciones (Medel, 2015). Considerar la integración social implica ser consciente de que la sociedad autodenominada inclusora es la misma que reproduce las desigualdades y los esquemas de exclusión, concibiéndolo como lo normal. Una postura politizada implica no limitarse a integrar de forma subalterna y excluida, mediante prácticas que vuelven a las personas nuevamente invisibles socialmente (Martín, 2009). Promover la incorporación social no debe entenderse como la obligación de adoptar comportamientos normales, sino con la posibilidad de hacerlo, de responsabilizarse de los actos y la elección, consciente de las consecuencias que la conducta puede acarrear socialmente. Así, se acoge el concepto de normalización, como el posicionamiento del sujeto en un contexto estructural de igualdad de oportunidades (Olivar, 2005).

CONTENIDOS EDUCATIVOS

Los datos (Anexo 1, p. 64-65) hablan de honestidad, amistad responsable, solidaridad, conciencia de enfermedad y adquisición de valores: es la clave en la recuperación del paciente. El contenido se califica como terapéutico asistencial, con la incorporación y potenciación de valores para conseguir una estabilidad emocional. Contenidos terapéuticos para favorecer la comunicación asertiva y tolerante, para intentar solucionar conflictos mediante la escucha y el diálogo, dejando atrás comportamientos agresivos o pasivos. Se utilizan los valores para trabajar los vínculos y la integración social. A nivel individual, se trabajan áreas específicas que vienen determinadas por las características de cada uno y sus circunstancias personales (Documento interno, 2018).

Según Medel (2015) se hacen necesarios contenidos que apuesten fuerte por los sujetos que se encuentran en una situación de exclusión, entendidos como pilar de apoyo entre el sujeto y el mundo, lugares de anclaje social. Asimismo, contenidos culturales alternativos

al discurso psicopedagógico centrado en actitudes, conductas o sentimientos del sujeto. De acuerdo con Olivar (2005) las actividades requieren de contenidos culturales significativos y socialmente valiosos que ponga al sujeto en situación de incorporarse a la sociedad desde una posición de igualdad. La educación debe trabajar con contenidos que constituyan un soporte en la relación con el entorno, promoviendo actitudes relacionadas con la capacidad crítica y reflexiva y la capacidad de ser responsables, de acuerdo con una política de integración (Martín, 2009).

A su vez, Olivar (2005) advierte que es necesario elaborar contenidos que respondan a las necesidades reales de las personas. Reconstruir la propia vida solo se puede hacer si la cotidianeidad contiene actividades, relaciones, experiencias significativas, positivas y placenteras. Romera (2014) advierte que el contenido sobre las drogas se centra en la dimensión biológica y psicológica, sin apenas aludir a su origen y/o consecuencias sociales, culturales y morales.

De acuerdo con (García, 2012) en la selección de los contenidos se instauran las condiciones de posibilidad de transformación de la práctica educativa. La oferta de un proyecto socioeducativo sólido debe contener un trabajo de análisis previo de la situación de partida, tanto del sujeto en situación de exclusión social como de las condiciones estructurales que provocan esa situación, que otorgue sentido al contenido educativo y que esté en sintonía con las necesidades e intereses del sujeto y las exigencias sociales, construyendo un lugar de anclaje entre el sujeto y el entorno (Medel, 2017).

De esta forma, el trabajo individual que plantea la entidad, determinado exclusivamente por aspectos personales y mediado por contenidos meramente terapéuticos, carece de un análisis estructural de la situación de partida, tanto de la persona como del contexto de época, que incorpore en el abordaje institucional los contenidos culturales necesarios para la resignificación de la realidad social y la construcción de un nuevo lugar de anclaje social que ofrezca garantías reales al proceso de integración social.

METODOLOGÍAS EDUCATIVAS

Los datos (Anexo 1, p. 65) refieren que el paciente realiza un aprendizaje social y emocional a partir de métodos constructivos que le ayudan a superar la patología y a

recuperar valores, que son la base de la filosofía. El trabajo individualizado es condición esencial: No hay enfermedades sino enfermos, por eso la intervención debe ser flexible. Se considera importante potenciar la ocupación del tiempo libre en actividades gratificantes y productivas (cine, deporte, conciertos, exposiciones, etc.), ya que antes, la satisfacción se encontraba en actividades de consumo. Se profundiza en la autonomía, traducida en planificar las actividades y responsabilidades (Documento interno, 2018).

En línea con lo planteado hasta el momento Olivar (2005) recuerda que no se dejan sustancias; lo que se hace es abandonar formas de vida, relaciones sociales, amistades, justificaciones existenciales, medios de subsistencia, etc. por esto, el reto del proceso de recuperación se asienta en el terreno de las actividades cotidianas que significan la vida. En el caso de la entidad, las actividades diarias adquieren una esencia terapéutica en su totalidad, quedando delimitadas al contexto institucional. En su defecto, las actividades comunitarias tienen un carácter puntual enfocado a ocupar el tiempo libre y el ocio.

Romera (2014) propone la pedagogía social participativa como marco teórico para el trabajo socioeducativo con las drogodependencias. El paradigma se expresa como un principio epistemológico y político que posibilita el desarrollo personal y la integración social mediante la participación comunitaria. Por medio de esta metodología el educador social puede promover contextos y procesos educativos en el seno de la vida social, en los que el sujeto de la educación pueda pensar, sentir, vivir y establecer nuevos vínculos sociales y experiencias de sentido comunitario que promoverán la resignificación de su historia, el desarrollo personal y la promoción social. Asimismo, el sujeto puede aprender a vivir ejerciendo todos sus derechos y obligaciones con y en la comunidad.

Asimismo, Olivar (2005) destaca la necesidad de la persona de contar con apoyos cercanos para habilitar el proceso de (de)construcción, siendo necesarios agentes de referencia que estimulen el tránsito social. Estos referentes se encuentran en los espacios impregnados de vida cotidiana, donde pueden adquirir nuevos simbolismos. De acuerdo con Fuertes (2017) se trata de poner en juego el valor simbólico de la palabra y de la escucha, de los significados y los derechos. No obstante, Fuertes (2017) advierte de que la excesiva circulación por las instituciones genera nuevos espacios de socialización que producen una existencia institucional que llega a constituir una identidad y un lugar social donde sostenerse. En el análisis institucional se advierten modelos y unos sistemas estructurantes que favorecen un tránsito excesivamente institucional, lo cual puede

generar el anclaje de un lugar social institucionalizado que impida la integración social de la persona.

6. CONCLUSIONES

La interpretación de los resultados nos aproxima a una entidad cuya institución nace en el seno de un cambio de paradigma en relación al fenómeno de la adicción, el paso del paradigma biomédico al paradigma biopsicosocial.

Kuhn (como se cita en Fuertes, 2017) alude a la noción de paradigma como patrón científico que construye los fenómenos mediante modelos explicativos de problemas y soluciones, una matriz disciplinaria en la cual distingue tres componentes: generalizaciones simbólicas -conceptos-, modelos y ejemplares -soluciones-. El paradigma construye una visión determinada de los fenómenos, en relación con la definición de los componentes.

La entidad objeto de estudio nace bajo los presupuestos teóricos del paradigma biopsicosocial. Este modelo entraña un progreso científico que rompe con la hegemonía del constructo biomédico, no obstante, representa un modelo acumulativo, puesto que no encarna una ruptura con las ideas precedentes, sino que suma factores de interpretación al problema de la adicción construido por el paradigma biomédico.

La articulación biopsicosocial construye el concepto de adicción mediante el componente biológico, que incluye la interpretación del problema en función de los conceptos de enfermedad orgánica y salud, donde la droga es el elemento patógeno que explica la conducta enferma, y el componente psicológico, que suma a la interpretación del problema los conceptos de salud mental y conducta habituada, siendo la personalidad y el contexto los elementos que explican el mantenimiento de la conducta-problema. Esta concepción articula modelos de tratamiento centrados en la desintoxicación, con soluciones basadas en el encierro, la medicalización y la abstinencia, junto a modelos de tratamiento centrados en la deshabitación de la conducta patógena mediante el cambio de la personalidad y el entorno social.

La filosofía terapéutica ideada por la entidad se construye en consonancia con la noción de progreso que integra ambos tratamientos terapéuticos, en función de la dependencia

física y psicológica que activa la conducta disfuncional. La respuesta institucional representa la puesta en marcha de un tratamiento de rehabilitación integral que aborda simultáneamente la abstinencia y el cambio de vida.

Los resultados manifiestan rotundamente un marco institucional estructurado por las ideas biomédicas y psicológicas. La articulación de ambas concepciones construye los sistemas de representación del problema de la adicción que maneja la entidad. Asimismo, en coherencia con estas ideas teóricas, se desarrolla una cultura institucional cuyo eje es la desintoxicación y la rehabilitación de la persona para lograr su adaptación social, donde las cuestiones teóricas, los criterios, modelos, relaciones y sistemas estructurales institucionalizados quedan cimentados en función de la simbología biopsicosocial.

Este paradigma brinda un marco de sentido al trayecto institucional narrado en mi propia historia de vida. La interpretación biomédica explica el hecho de quedar etiquetada como enferma crónica, con medicación de por vida y sujeta a la abstinencia como única solución. Asimismo, la interpretación psicológica legitima el diagnóstico psiquiátrico que establece el trastorno de personalidad, el término *tóxico* que califica el estilo de vida, cada aspecto del entorno y cada rasgo de la personalidad, el término *nunca* que encierra la absoluta abstinencia en relación al estilo de vida anterior -la vida calificada como tóxica- y la obligación de cambiar toda tu identidad como única opción de cura.

En el presente, este desarrollo institucional, que en el contexto de época adquiere un sentido de innovación, requiere de un discurso científico que interroge las simbologías y los modelos establecidos. La realidad alerta de que el objetivo de rehabilitación integral que proyecta un cambio de vida radical -diseñado como una mejora para las personas- va acompañado de la vulneración de derechos, del excesivo control sobre la vida de las personas y de procesos de recuperación que en muchos casos son ineficaces. El marco institucional tiene grietas por donde están cayendo las personas, donde se están perdiendo los derechos, grietas que acumulan vidas reprimidas, anuladas, perdidas y desprotegidas.

Estas grietas tienen su origen en el seno de la interpretación del componente social -en la articulación biopsicosocial- que realiza la entidad, en términos funcionalistas. Los resultados revelan que los conceptos empleados -integración social, educación, cambio, autonomía, responsabilidad, voluntad, normas, valores, normalización, etc.- están configurados por un sistema de ideas que desarrollan modelos y sistemas orientados a rehabilitar los rasgos desadaptativos de la persona en función de los valores dominantes.

La actuación social se limita a reproducir el orden social establecido, sin integrar ningún tipo de cuestionamiento al respecto. De esta forma, la entidad omite los estudios científicos que avalan la explicación de las conductas relacionadas con drogas en función de los contextos socioculturales y las formas de organización social que determinan los procesos de construcción identitaria (Apud y Romaní, 2016; De Olivera, 2022). Esto, supone una insuficiencia del modelo para explicar el problema y establecer soluciones.

La ausencia del enfoque estructural lleva a la entidad a afirmar que el sufrimiento no es consecuencia de cómo funciona el mundo, que los eventos son neutros y que el problema está en la interpretación de la persona (Documento interno, 2018). Estas interpretaciones impulsan procesos de rehabilitación centrados exclusivamente en la gestión individual del sufrimiento, mediante herramientas farmacológicas y psicológicas. Asimismo, promulgan un objetivo de integración social que se reduce a promover la inclusión en los mismos contextos de exclusión.

Este tipo de institucionalización provoca la cronificación del problema, puesto que las causas de orden estructural quedan exentas de responsabilidad. El orden imperante sigue y seguirá generando vidas excluidas, existencias definidas por el sufrimiento, cuya única opción es recurrir a las drogas como solución a sus problemas, o bien gestionar el dolor emocional con medicación y/o terapia psicológica. Es en estas grietas dónde se genera la cronificación del problema de las drogodependencias. Y es en estas mismas grietas, donde la educación social encuentra su lugar.

Los resultados proyectan la construcción de un modelo socioeducativo que se introduce por las fisuras institucionales aportando un marco propio, que rompe con los modelos de educación en salud alineados con los discursos y prácticas terapéuticas de la entidad. La acción socioeducativa aborda el conflicto existente en la relación sujeto-entorno, provocando respuestas al problema en función de las causas estructurales que provocan los episodios de conflicto y/o violencia, simbólica o física, que originan la drogadicción en sus diferentes manifestaciones. Tomando de referencia conceptos que representan el fenómeno de la exclusión: desigualdad, diferencia y desconexión (Martín, 2009). La acción socioeducativa trabaja para la cohesión social, como motor de transformación en la dimensión cultural, redistributiva y relacional de la sociedad (Sole et al., 2011).

Si articulamos este sistema de representación en el marco institucional, y tomamos de referencia el concepto de sujeto aportado por Núñez (1990) que establece la idea de sujeto

definido por el lugar que ocupa en la sociedad, siendo que, si el lugar cambia, cambian las propiedades del sujeto, en tanto son aferentes al lugar. Entonces, podemos afirmar que la enfermedad a combatir deja de estar en la persona, y se sitúa en las estructuras sociales. Este supuesto se ampara en la afirmación de Barton (1998, como se cita en Martin 2009) que asevera que la sociedad es la discapacitada, porque genera la segregación de aquellas personas diferentes a la norma preestablecida. De esta forma, la solución pasa de una intervención individual a una acción social centrada en promover lugares sociales alternativos.

Dentro de este marco, las interpretaciones institucionales adquieren una nueva lectura y dirección. Los pensamientos irracionales y dañinos *-no valgo, soy rechazado-* pierden la esencia irracional y encuentran su racionalidad en los contextos socioculturales y relacionales; los estilos de vida y las conductas enfermas y desadaptativas adquieren su calificativo *tóxico* en relación con los sistemas sociales, culturales, políticos y económicos, por lo cual, todo aquello *tóxico* que hay que reprimir, eliminar, cambiar y/o resignificar se encuentra en el contexto social y cultural; la falta de placer en las actividades, la insatisfacción, la falta de autoestima, el rechazo, el sufrimiento, los problemas emocionales, etc. incorporan una mirada política que integra la responsabilidad social en el problema. Así, los conceptos *-cambio, autonomía, voluntad, educación, integración social, valores, normas, etc.-* se impregnan de esencia política y responsabilidad compartida – en la relación sujeto-entorno- hacia el *nunca* volver a los lugares sociales que construyen problemas de exclusión social.

La investigación realizada concluye que el marco institucional socioeducativo debe incorporarse como representante del componente social *-en la articulación biopsicosocial-*. Sin embargo, esta articulación no puede establecerse de forma acumulativa. Ha de establecerse mediante la incorporación del marco institucional propio, con conceptos, modelos y soluciones socioeducativas, sin ser una extensión del modelo explicativo de adicción. Se incorpora de acuerdo con la definición que propone APH (2015), donde el componente social del modelo biopsicosocial investiga el cómo los diferentes factores sociales, *-el nivel socioeconómico, la cultura, la pobreza, la tecnología y la religión, etc.-* pueden influir en las conductas adictivas.

Articular el modelo socioeducativo en el marco institucional de la entidad se entiende como el propósito de generar un discurso científico alternativo, que provoque una ruptura

con los marcos de sentido común generalizados y dominantes, en consecuencia, una transformación institucional. Los resultados obtenidos legitiman este propósito, dado que el marco institucional propio incorpora unos supuestos teóricos que construyen un sistema de representación alternativo, el cual discute, cuestiona, interroga y transforma el contenido de las diferentes unidades de análisis en referencia a las cuestiones teóricas y los criterios de la entidad examinados en el marco institucional. Por lo tanto, la modificación del contenido y el significado de estas categorías analíticas favorece una transformación en la cultura institucional y aporta una nueva mirada de análisis.

Esta acción, construye un lugar profesional que contribuye poniendo límites a las prácticas institucionales mediante la articulación de nuevos conceptos, modelos y respuestas en coherencia con una perspectiva de derechos, respeto, dignidad, justicia y transformación social. Una coyuntura que supone un progreso en el marco institucional de las drogodependencias, y que es viable, de acuerdo con el planteamiento de la entidad en su proyección social, donde manifiesta su voluntad de innovación en función de las nuevas necesidades y su postura en favor de la transformación social.

Tal como proponen Muñoz y Rojas (2019) tenemos el reto de avanzar hacia una revolución científica que contenga un cambio de paradigma y una transformación del habitus profesional en el campo interdisciplinario, atendiendo a la complejidad social, cultural y política que influye en las maneras de conocer e intervenir la realidad. Una revolución que incorpora la necesidad de llevar a cabo modificaciones y reformulaciones que impacten no solo en la manera de pensar y actuar del campo científico, sino también que orienten la transformación del sentido común generalizado sobre las drogas.

En base a este firme posicionamiento se formula la siguiente propuesta de modelo socioeducativo en el marco institucional de la entidad objetivo de estudio. Una propuesta que recoge los conceptos, elementos y principios que guían la práctica socioeducativa en el proceso de (des) institucionalización.

7. PROPUESTA DE MODELO SOCIOEDUCATIVO

| Características fundamentales del modelo socioeducativo | | |
|---|-------------------------------|--|
| Dimensión | Elementos | Principios |
| Marco institucional | Problema de drogodependencias | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Enfoque estructural y conflictivista. ✓ Episodios de conflicto y/o violencia estructural, simbólica y/o material. ✓ La exclusión social como eje de análisis: desigualdad, diferencia, desconexión. |
| | Encargo social | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Abordar el conflicto social existente en la relación entre el sujeto y el entorno. ✓ Transformación social en la dimensión redistributiva, cultural y relacional. ✓ Promoción social y cultural. |
| | Abordaje integral | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Enfoque individual, social y estructural. ✓ Posibilita derechos y no solo asistencia. ✓ Incluye la dependencia social de la persona. |
| | Integración social | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Resultado de un cambio en las relaciones estructurales. ✓ Corresponsabilidad sociedad-sujeto en el proceso de cambio. ✓ Incorporación en condiciones estructurales de igualdad y cohesión social. |
| | Acción socioeducativa | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Enfoque de la pedagogía social. ✓ Prioridad a los derechos de los sujetos. ✓ Respuestas en función de las causas estructurales, en favor de la cohesión social. ✓ Reconstrucción de las relaciones simbólicas y físicas. Relaciones CON y EN la sociedad. ✓ Incluye los elementos socioculturales que determinan la identidad. |

| | | |
|-------------------------------|------------------------|---|
| Sujeto de la educación | Sujeto | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Portador de derechos y deberes. ✓ Efecto de la red social, de lugares y elementos estructurales (de las circunstancias). ✓ Entendido por el lugar social que ocupa. ✓ Identidad, relaciones, conductas o capacidades definidas por el lugar social. |
| | Sujeto de la educación | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Correlativo a la noción de lugar social. ✓ Emerge en el contexto de un lugar social alternativo, en un marco de posibilidad. ✓ Efecto de la transformación discursiva y práctica en la atribución simbólica y física dentro de la estructura de relaciones. ✓ Definido por la afiliación con la cultura. |
| | Lugar social | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Circunstancias alternativas que promueven nuevas decisiones y cambios en la relación con la sociedad. ✓ Red de discursos y prácticas pedagógicas que posibilitan la resignificación de la historia y modifican las atribuciones originarias. ✓ Enfoque integrador: un lugar significativo y valorado socialmente; La persona tiene sentimiento de pertenencia y contribuye a la vida comunitaria. ✓ La persona es autónoma, responsable y libre. |
| Agente de la educación | Función pedagógica | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Generar vínculos sujeto-cultura que sujeten lugares sociales alternativos. ✓ Promover procesos de emancipación social y cultural mediante la transmisión cultural. ✓ Generar contextos de posibilidad. ✓ Transmisión cultural de carácter simbólico. ✓ Capacitación personal, social y política. |

| | | |
|-----------------------------------|-----------------------|---|
| | Función ética | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Acción centrada en referencias estructurales y culturales. ✓ Evitar categorizaciones centradas en propiedades intrínsecas, juicios moralizantes o estigmatizantes. ✓ Función de control como autoridad de saber, sin imposiciones arbitrarias. ✓ Planteamiento integrador con reflexión ética y política. |
| | Función política | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Agente de transformación social, perspectiva crítica y democrática. ✓ No integrar de forma subalterna y excluida. ✓ No obligar a la persona a adoptar comportamientos entendidos como normales. ✓ Normalización entendida como contextos de igualdad de oportunidades. |
| Contenidos de la educación | Contenidos culturales | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pilar de apoyo entre el sujeto y el mundo, entendido como lugar de anclaje social. ✓ Contenidos culturales alternativos, significativos, socialmente valiosos y placenteros. ✓ Suponen una capacitación crítica y reflexiva, de acuerdo con una política de integración. ✓ Responden a las necesidades sociales de la persona, en relación con las causas estructurales que determinan la situación de partida. ✓ Instauran condiciones de posibilidad. |

| | | |
|---|---------------------------------------|--|
| <p>Metodología de la educación</p> | <p>Pedagogía social participativa</p> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Participación comunitaria. ✓ Se desarrollan en el terreno de las actividades cotidianas. ✓ Incluyen elementos socioculturales. ✓ Se ejercen derechos y deberes, con y en la comunidad. ✓ Incluyen agentes de referencia social. ✓ Ponen en juego el valor simbólico de la palabra, la escucha y los derechos. |
|---|---------------------------------------|--|

8. BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, I. (1995). El educador social y las drogodependencias. Madrid: GID. ISBN: 84-920617-3-1.
- Apud, I., y Romaní, O. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Salud y drogas*, 16(2), 115-125.
<https://www.redalyc.org/pdf/839/83946520005.pdf>
- ASEDES (2007). Documentos profesionalizadores. Barcelona: Asedes.
<https://www.eduso.net/wp-content/uploads/2019/11/Documentos-profes-Sept-2007.pdf>
- Ballestín, B. (2017a). Introducción a la investigación socioeducativa. *Métodos y técnicas de investigación socioeducativa* [material didáctico]. Barcelona: FUOC.
- Ballestín, B. (2017b) Introducción al análisis de datos cualitativos. *Métodos y técnicas de investigación socioeducativa* [material didáctico]. Barcelona: FUOC.
- Costa, Y. (2023). Memoria de gestión para la dirección de un complejo de clínicas de salud mental [Tesis de máster]. UNIR.
- De Olivera, C. (2022). Cartografías de las drogas: estudio de la reducción de daños y riesgos y de las prácticas de gestión de placeres desde Cataluña [tesis doctoral]. UAB. <http://hdl.handle.net/10803/687910>
- Documento interno (2108). La filosofía terapéutica. Barcelona.
- Documento interno (2022). Fases del proceso terapéutico. Barcelona.
- Fernández, D. y De la Vega, B. (2019, noviembre 14). *Evolución de modelos interventivos en adicciones: de la persecución a la responsabilidad*. Las drogas.info. <https://www.lasdrogas.info/opiniones/evolucion-de-modelos-interventivos-en-adicciones-de-la-persecucion-a-la-responsabilidad/>
- Fernández, J. E. y Estin, D. (2020). Modelos interpretativos para el abordaje del problema de las drogas en el ámbito educativo uruguayo. In *XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. (p. 103).

Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

DOI: [10.13140/RG.2.2.17107.50726](https://doi.org/10.13140/RG.2.2.17107.50726)

- Fuertes, S. (2011). Adicciones: luna nueva y la atracción del abismo. En Planella, J. y Moyano, S. (ed.) *Voces de la educación social*. (pp. 81-89) [material didáctico]. Barcelona: FUOC.
- Fuertes, S. (2017). La educación social en el campo de las drogodependencias. En Moyano, S. (coord.) *Drogas: prevención y formas de acción socioeducativa*. (pp. 153-207) [material didáctico]. Barcelona: FUOC.
- García, A. y Sánchez, A. (2003). La intervención socioeducativa en drogodependencias: del modelo jurídico represivo al modelo promocional de la salud. *Educatio Siglo XXI*, 20, 143–158. <https://revistas.um.es/educatio/article/view/141>
- García, J. (2012). Caja de herramientas pedagógicas para educadores sociales. *Cartografías pedagógicas para educadores sociales*. (pp. 61-95). Barcelona: FUOC. ISBN: 9788490291702
- García, S. y Arévalo, D. (2015). La intervención con población drogodependiente en situación de calle. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, (56), 94-112. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5612796>
- Garín, T. (2017). Drogodependencias. Conceptos básicos. En Moyano, S. (coord.) *Drogas: prevención y formas de acción socioeducativa*. (pp. 13-47) [material didáctico]. Barcelona: FUOC.
- Goffman, E. (2001) *Internados*. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu.
<https://sociologiaycultura.files.wordpress.com/2014/02/goffmaninternados.pdf>
- Hombre, A. P. (2015). Proyecto Hombre: El Modelo Bio-Psico-Social en el abordaje de las adicciones como marco teórico (MBPS). *Madrid: Comisión Nacional de Formación Asociación Proyecto Hombre*. <https://proyctohombre.es/wp-content/uploads/2019/11/MBPS-EN-EL-ABORDAJE-DE-LAS-ADICCIONES-APH.pdf>

- Martín, V. (2009). *Las drogas entre nosotros. Una mirada desde la educación social*. Málaga: Ediciones Aljibe. I.S.B.N.: 978-84-9700-527-2.
- Martínez, M. (2002). Hermenéutica y análisis del discurso como método de investigación social. *Paradigma*, 23(1),9-30.<https://www.revistas-historico.upel.edu.ve/index.php/paradigma/article/view/3049/1442>
- Martínez, V. (2013). Paradigmas de investigación.
<http://metabase.uaem.mx/handle/123456789/2543>
- Martínez-Otero, V. (2021). Pedagogía social y educación social. *Revista Educação Em Questão*, 59(59). DOI | 10.21680/1981-1802.2021v59n59ID24018
- Medel, E (2015). Elementos que configuran los modelos educativos. *Modelos de acción socioeducativa* [material didáctico]. Barcelona: FUOC.
- Moyano, S. (2012). *Acción educativa y funciones de los educadores sociales* [material didáctico]. Barcelona: FUOC.
- Muñoz, M. y Rojas, C. (2019). (Trans)formación del habitus y revolución científica: una superación del paradigma prohibicionista en el campo de las drogas. *Revista Cultura y Droga*, 24 (28), 43-6.
<https://revistasojs.ucaldas.edu.co/index.php/culturaydroga/article/view/174>.
- NIDA. (2022, marzo 22). Las drogas y el cerebro.
<https://nida.nih.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-la-conducta-la-ciencia-de-la-adiccion/las-drogas-y-el-cerebro-en-2023>, April 27
- Núñez, V. (1990). *Modelos de educación social en la época contemporánea*. Barcelona: PPU. ISBN: 84-7665-619-X.
- Núñez, V. y Tizio, H. (2015). El control social. En Moyano, S. (coord.), *Modelos de acción socioeducativa* (pp. 7-18) [material didáctico]. Barcelona: FUOC.
- Oda, H. (2015) Drogas y enfoque de Derechos Humanos. Una perspectiva crítica a los abordajes criminalizadores y patologizantes del consumo de drogas. En Rojas, C. (Ed.), *Drogas: conceptos, miradas y experiencias*. Universidad Católica del Maule.

https://www.researchgate.net/publication/281110871_Drogas_Conceptos_Miradas_y_Experiencias

Olivar, A. (2005). La educación social en el tratamiento de drogodependencias. *Revista peruana de drogodependencias*, 3(1), 159-186.

<https://www.researchgate.net/publication/305991384>

Planella, J. y Moyano, S. (2018). *Prácticum III. Análisis de la práctica educativa* [material didáctico]. Barcelona: FUOC.

Ramírez, H. (2021). Drogas, defensa social y biopolítica. *Cuestiones de Filosofía*, 7(29), 37-57. <https://doi.org/10.19053/01235095.v7.n29.2021.12786>

Ramos, C. A. (2015). Los paradigmas de la investigación científica. *Avances en psicología*, 23(1), 9-17. DOI: <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2015.v23n1.167>

Romera, M. (2014). Comprensión de los consumos abusivos de drogas desde la pedagogía social participativa. En F. del Pozo y C. Paz (coord.). *Educación Social en situaciones de riesgo y conflicto en Iberoamérica* (pp. 49-58). Madrid: Universidad Complutense de Madrid. ISBN: 978-84-697-0289-5

Solé, C., Sordé, T., Serradell, O., Alcalde, R., Flecha, A., Georgeta, A., Cavalcanti, L., Parella, S., Pávez, I., Santamaría, E., Garzón, L. (2011). cohesión social e inmigración. *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, 69.
DOI: 10.3989/ris.2009.09.14

9. ANEXOS.

9.1. Codificación de la información de análisis.

| | |
|-------|---|
| MI/CF | <p>MI/CF/CE:</p> <p>La institución nace en 1986.</p> <p>Contexto internacional: Estados Unidos en la década de los 60 ha vivido un aumento del consumo de drogas. En consecuencia, han desarrollado políticas sociales asistenciales frente el problema. El país dispone de una infraestructura terapéutica en hospitales, promueve investigaciones y el desarrollo de tratamientos.</p> <p>Contexto nacional: Final de la dictadura y advenimiento de la democracia. Ansias de libertad de la ciudadanía. El consumo de drogas se expande significativamente, como manifestación de la desinhibición. Se asocian las drogas con la libertad. Barcelona y Madrid se vuelven puntos neurálgicos de distribución y consumo. Existe mucha desinformación en torno a las sustancias tóxicas. Libertad y drogas no son compatibles. El paciente con adicción era estigmatizado y rechazado por su problemática.</p> <p>El aumento del consumo de drogas y su correspondiente alarma social hacen emerger nuevas respuestas políticas para tratar las toxicomanías de forma integral. El tratamiento fue evolucionando. Los primeros centros que se abrieron en España trataban exclusivamente la desintoxicación. Estaban orientados a eliminar la dependencia física, no la psicológica.</p> |
| | <p>MI/CF/PT:</p> <p>Repensar la enfermedad mental desde nuevas perspectivas y terapias, con una visión de la farmacología integrada en un abanico de intervenciones y no como único elemento terapéutico.</p> <p>Existe una vida libre de drogas, las adicciones se pueden curar. Constatamos que se puede superar el estigma de la enfermedad mental, que conduce a verse como víctima.</p> |
| | <p>MI/CF/EI:</p> <p>La institución nace de la necesidad de ofrecer una intervención más compleja e integral para las personas.</p> <p>La entidad quiere aunar el criterio científico y el criterio humano. Hemos introducido valores de optimismo y esperanza junto con las neurociencias. El</p> |

adicto necesita asistencia farmacológica pero también un programa terapéutico para cambiar su estilo de vida.

En aquel momento faltaba un abordaje integral multidisciplinar, nosotros lo implantamos sin renunciar ni a una base profesional y técnica ni a un modelo humano y lleno de valores, aspectos que son desde mi punto de vista complementarios.

El objetivo es ayudar a superar la adicción, mantenerse abstinentes y conseguir un cambio radical en el estilo de vida. La respuesta institucional es la creencia en la capacidad de cambio. La entidad ofrecerá las herramientas terapéuticas para lograrlo.

La filosofía ideada es la clave para la recuperación del paciente, porque le va a permitir descubrir y aprender una forma constructiva de manejar los problemas, las emociones y poder cambiar su estilo de vida.

MI/CI/CT/SR

El consumo de drogas es la punta de una problemática de fondo. Hay que dar información para que el paciente entienda las claves de su malestar emocional y a partir de aquí trabajarlo.

Detrás de cada historia aparece un problema personal, familiar o social, que produce un deterioro psicológico importante. Hay síntomas que sufre la persona (insomnio, rabia, impulsividad, frustración, baja autoestima) que son señales de un malestar profundo que hay que trabajar, son las claves del tratamiento terapéutico. El consumo actúa como analgésico de ese dolor oculto.

Todos los pacientes con adicción comparten tres características: baja tolerancia a la frustración (no aguantan el malestar); baja autoestima (no se gustan) y falta de valores (honestidad, humildad, responsabilidad). Nadie que se sienta bien consigo mismo se enganchará a la droga. Se utiliza como escape de un malestar físico o emocional.

Hay unos factores de riesgo y de protección que aumentan o reducen las probabilidades de acercarse a la droga. Nos referimos a los rasgos de personalidad previos que pueden predisponer a desarrollar una adicción, así como factores genéticos, sociales, familiares y de conducta. Todos tenemos unos rasgos de personalidad. Cuando estos rasgos te incapacitan para poder llevar una vida responsable, pueden convertirse en un trastorno psíquico. Ejemplos de personas con mayor o menor riesgo de padecer una adicción: una persona impulsiva (con escasas habilidades para afrontar la frustración) tendrá más factores para caer en una adicción. Aquella que controla sus emociones (sus enfados, sus preocupaciones, sus miedos, etc.) y se autoacepta, tendrá menos posibilidades de engancharse al abuso. La familia que se opone a las adicciones

MI/CI/CT

y promueve valores genera un fuerte vínculo y una buena comunicación, reduce las probabilidades.

No hay enfermedades sino enfermos y cada usuario es único e irrepetible. Hay patrones de conductas comunes y perfiles definidos de pacientes, pero detrás de cada uno hay una singularidad.

Mediante tratamientos basados en modelos cognitivos vamos reconstruyendo a la persona que ha cometido errores. No es una mala persona, tiene que hacer un cambio emocional y comportamental que le ayudará a superar su adicción.

La gente adicta cree que puede controlar el consumo, pero llega un punto que es imposible. La adicción va ocupando más espacio, va adquiriendo más poder por razones fisiológicas y neuroquímicas hasta que se crea una dependencia física. La intensidad en la que se experimenta ese fuerte impulso a repetir el consumo varía en función de la sustancia, la vía de administración y de la motivación por tomarla: para ayudar a superar dificultades familiares, de trabajo, de relación (inseguridad, falta de autoestima, timidez, etc.) o simplemente, predisposición genética.

Detrás de toda adicción suele haber trastornos de la personalidad asociados, son rasgos disfuncionales que afectan al comportamiento de la persona, a su manejo ante la vida y a su autoestima.

Cuando un paciente deja de consumir drogas sin hacer tratamiento o abandona el proceso terapéutico, no soluciona la problemática más amplia que le afecta.

La dependencia va acompañada de más tolerancia. El consumo abusivo comporta riesgos importantes. Las drogas pueden alterar áreas importantes del cerebro y el normal funcionamiento neuronal y pueden dar lugar a problemas muy diversos: accidentes vasculares, enfermedades, problemas psíquicos, reacciones agudas. Al mismo tiempo generan cambios de comportamiento. Consumir se hace prioritario y se van abandonando relaciones, tareas que antes se consideraban importantes: amigos, familia, estudios, trabajo, hijos, aficiones, etc.

Un drogadicto podría estar un mes sin consumir y superar el síndrome de abstinencia, pero no estaría curado porque no habría trabajado la parte psicológica, que es más importante que la física. Existen muchas medicaciones que minimizan la sintomatología del síndrome de abstinencia, superar la parte psicológica es más compleja, requieres un esfuerzo importante del paciente. El síndrome de abstinencia lo resuelve el médico, el psicológico lo tiene que solucionar uno mismo.

Cuando una persona adicta consigue dejar el consumo, habrá un cierto tiempo en el que aún aparecerá el pensamiento sobre las drogas, es una experiencia que queda almacenada en la memoria, es un recuerdo que tiene su fuerza. Ese pensamiento acostumbra a aparecer en los momentos más complicados que uno pueda tener en la vida. Llegará un punto en que desaparecerá y la persona no se lo cuestionará.

MI/CI/CT/MI

Neurociencias y valores es la síntesis de nuestro trabajo, definen el abordaje diario y los pilares de la intervención: la calidad técnica, la psiquiatría con mayúsculas, la psicología avanzada y la intervención desde los valores.

Trabajamos para que la persona se mantenga libre de drogas y en abstinencia. El trabajo con el paciente es integral, cuando acaba el programa logra superar sus problemas emocionales y adquiere una independencia química, afectiva y social.

Se utiliza un modelo de tratamiento innovador que integra la psicoterapia cognitiva-comportamental – la Terapia Racional Emotiva y Comportamental (TREC), la farmacología y la recuperación de valores para superar los problemas emocionales del paciente y restaurar su equilibrio. Un modelo basado en el tratamiento individualizado y en la desestigmatización de las patologías y de las adicciones.

La TREC es el motor de la filosofía institucional. Según la TREC, el malestar y sus actuaciones autodestructivas (el consumo) no son consecuencia de la realidad personal ni de cómo funciona el mundo, sino de cómo interpreta la persona la realidad. No es el evento en sí, el evento es neutro, sino como uno reacciona. Por lo tanto, el paciente tiene que identificar y cambiar los pensamientos irracionales por pensamientos racionales mediante la intervención cognitiva, emocional y comportamental.

MI/CI/CT/MO

Se idean tratamientos y propuestas con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes. Un centro rural donde se realiza el trabajo emocional, cognitivo y de introspección, donde aprenden a cambiar su estilo de vida y luego lo ponen en práctica en el centro urbano (con programas dedicados a la reincorporación social). El modelo ha estado guiado por los avances en materia de investigación y tratamientos.

Se adopta de referencia los modelos estadounidenses, con la finalidad de desarrollar un programa terapéutico integral mediante una metodología conductual y un modelo hospitalario similar al de Estados Unidos. Asimismo, toman de referencia las técnicas cognitivas que ayudan a los pacientes a entender sus problemas, superar su malestar emocional y desarrollar un enfoque de la vida que mejore su estilo de vida y salud.

Modelos residenciales, en casas urbanas que reproducen un ambiente familiar (imitando modelos de EE. UU). Normas para el buen funcionamiento con el entorno urbano, con el cual hay que evitar la interacción. Este modelo incorporó la terapia individual y grupal.

La autoayuda más la ayuda profesional y la farmacología es lo que funciona. Después de una desintoxicación física se debe realizar una rehabilitación de tipo psicológico (detectar el problema de fondo del consumo). El problema de las toxicomanías, pero también sus trastornos psicológicos asociados. Detrás del consumo hay una problemática, la adicción más allá del consumo. Filosofía constructiva de autoayuda y psicoterapia, se complementan con la farmacología.

Organización profesional:

Organigrama:

- Dirección general: dirección terapéutica y médica
- Coordinación por centro: coordinación clínica/ psicólogo y psiquiatra
- Integrador social/educador social-psicopedagoga/enfermera
- Técnicos auxiliares/monitores

Médicos, psicoterapeutas, psiquiatras, educadores sociales y monitores. Trabajan conjuntamente, a nivel científico y técnico para incrementar la fuerza terapéutica del tratamiento.

Cada centro cuenta con un director terapéutico cuya función es localizar las necesidades terapéuticas de los pacientes y canalizarlas en las reuniones de dirección, con el fin de cubrir las con las intervenciones necesarias. En estas reuniones están el director médico y terapéutico general.

El terapeuta, a través de las intervenciones, va profundizando hasta deshacer el nudo que provoca el malestar emocional, hasta llegar al fondo del problema. Deberá adquirir un conocimiento profundo de su personalidad, su patología, su familia, su entorno y todos aquellos factores que influyen. Ayudar y trabajar con la persona sus emociones, la rabia, el dolor, la vergüenza, el miedo, etc.

Funciones de los terapeutas: la aprobación y supervisión de las actividades de la vida diaria, conducción de la psicoterapia individual y de los grupos terapéuticos. El terapeuta es la persona que ayuda al paciente a conocerse a sí mismo y su enfermedad y le ofrece herramientas y recursos necesarios para sobrellevar y reconstruir su vida.

El terapeuta le explica al paciente que es capaz de cambiar y que su propio trabajo bien dirigido le ayudará a cambiar y a recuperarse. Le hace ver que es una persona válida, aunque haya tenido un comportamiento negativo. Trabaja con la persona en la recuperación de su autoestima. Van dotando al enfermo de aspectos emocionales de los que carecía. Su finalidad es ofrecer apoyo emocional.

Educadora social: se ocupa de profundizar en temas de la sociedad y reeduca al paciente para integrarle a nivel social, laboral y comunitario. Su papel es el de dinamizar el grupo; atiende, orienta, reeduca a las personas y trabaja con ellas las HHSS y comunicativas dentro y fuera del grupo para fomentar la autonomía y la reinserción. Facilita su acceso a asociaciones prelaborales, tramita certificados de discapacidad o accede a ayudas.

Algunos de los profesionales son pacientes que han superado una historia de adicción, una historia superada puede ofrecer consuelo, esperanza, solidaridad y calor humano e incrementa con sus intervenciones la fuerza terapéutica.

MI/CI/CT/SE

Se desarrolla un programa terapéutico por fases, para que la persona descubra qué le está pasando y por qué y logre cambiarlo. A partir de aquí, la persona es capaz de gestionar sus emociones, aprende métodos más constructivos para afrontar los retos de la vida.

La efectividad de los programas terapéuticos se debe a la metodología desarrollada durante 30 años. El programa terapéutico consta de diversas fases vinculadas al proceso personal que va realizando el paciente. La duración del tratamiento entero dura entre 14 y 24 meses.

Comunidad terapéutica:

FASE 1. El objetivo principal es trabajar la desintoxicación y deshabituación del paciente al consumo. Frenar sus ciclos adictivos y facilitarle técnicas que ayuden a sobrellevar la ansiedad de la abstinencia. Se utilizan diferentes terapias y técnicas. Las personas conectan con sus emociones y sentimientos (ira, sufrimiento, pena, etc.); a partir de las diferentes intervenciones se da cuenta de los comportamientos autodestructivos.

FASE 2. Asentar los conocimientos y poner en práctica las herramientas adquiridas. El paciente se replantea su vida y enfoca sus esfuerzos en la toma de decisiones personales, todo asesorado por su terapeuta de referencia con quien contrasta sus decisiones. Asume responsabilidades, que significan un reconocimiento de sus progresos y una subida de autoestima.

FASE 3. Ha superado la dependencia física y ha realizado un cambio importante a nivel de personalidad y de valores. Trabaja de forma intensa las emociones y la idea de los límites. Se trabaja sobre la historia de vida, en aspectos del pasado, en los impactos biográficos para trabajar los problemas de fondo. Al finalizar esta fase el paciente ha adquirido pautas de comportamiento y un autoconocimiento profundo que seguirá trabajando en el centro urbano.

El paciente forma parte de una estructura institucional donde asumirá un rol y una participación activa, realizará un aprendizaje social y emocional. La interacción con los demás pacientes es importante, para aprender de ellos. Una estructuración dentro de un grupo donde se apoya al enfermo.

La comunidad terapéutica tiene un sistema estructurado donde los pacientes tienen responsabilidades, role y también privilegios. Todas las responsabilidades tienen un contenido pedagógico y terapéutico, contribuyen a la mejora de quienes las llevan a cabo y los prepara para la vida cotidiana que se van a encontrar cuando salgan. Tienen trabajos, van aumentando sus obligaciones y responsabilidades (tareas de limpieza, jardinería, tareas de autocuidado, hacer la

cama, ordenar la habitación, cumplir horarios). El paciente tiene funciones y responsabilidades asignadas.

El funcionamiento es similar al de un hogar, con normas de convivencia y disciplina, que el paciente tiene que interiorizar para obtener éxito en el tratamiento.

Tiene una estructura muy clara que ayuda a que los pacientes superen los problemas de adicción y cambien a un estilo de vida saludable. Un tratamiento intensivo a nivel cognitivo y emocional.

Hay una estructura de normas básicas. Para proteger al paciente del mundo de las drogas la norma principal es no consumir. Mantenerse abstinentes para superar la adicción. El incumplimiento de las normas es motivo de expulsión. Se desarrollan otras limitaciones importantes en el desarrollo del tratamiento que tienen sanción diarias.

Centro urbano:

Se trabaja la educación y reinserción social en el ámbito familiar, social y laboral. Se prepara a la persona para su reencuentro con la sociedad y para la salida definitiva del centro. El paciente va alcanzando mayores responsabilidades sobre él mismo y sus relaciones sociales y va asumiendo cada vez más las riendas de su vida. Cada fase tiene sus normas y sus intervenciones específicas.

Los pacientes tienen que cumplir unas funciones concretas que se refuerzan con actividades específicas (privilegios y limitaciones). A medida que van progresando van asumiendo responsabilidades cada vez más importantes.

FASE 1. El paciente empieza a normalizar su vida y a ponerse al día de la situación familiar, social y laboral. Los residentes no pueden salir sino van acompañados.

FASE 2. Nivel de autonomía mayor fuera del centro, se empiezan a manejar solos por la calle con previo consentimiento. Se les permite salir de noche. No se permite contacto con gente o lugares tóxicos. Sus relaciones sociales y su socialización serán siempre desde la abstinencia. El entorno y las personas deben ser diferentes a las del pasado, ya no pueden volver a un ambiente de consumo.

Los pacientes están acostumbrados a moverse en un entorno muy concreto, bajo los efectos de las drogas. Cuando tienen que socializar en otro medio, sin consumo, aparecen muchas dificultades. También se reintegran al mundo laboral y se les realiza un acompañamiento (currículum, búsqueda activa de trabajo, etc.).

FASE 3. Los pacientes han demostrado que son capaces de gestionar su vida y socializar adecuadamente. Viven con la familia o en los pisos terapéuticos,

siempre controlados y supervisados. Reciben el alta. Ya no hay un problema de adicción.

En función del programa en el que la persona esté integrada existe una estructura específica de actividades terapéuticas.

Con el fin de proteger al paciente y evitar recaídas, se establecen una serie de normas y limitaciones específicas para el paciente. Se establece un sistema de sanciones y privilegios según las conductas. Limitaciones importantes para el desarrollo del tratamiento.

MI/CI/CT/SS

Los valores traducen el conocimiento científico a la escala humana, a los códigos humanos. La farmacología hace cristalizar el discurso; los valores cohesionan la personalidad; y la razón y la emoción son el alimento diario del conocimiento de uno mismo. Los valores como hilo conductor de los pacientes, del equipo, de las familias.

El centro cree en la incorporación y potenciación de valores como los que propugna la ONU, que culturalmente son aceptados por todos y que son los que se transmiten al paciente a través de seminarios, talleres, terapias, etc. Dichos valores sobre los cuales se edifica el centro son: la honestidad, la humildad, la responsabilidad, la asertividad, la autoestima y la aceptación incondicional de uno mismo, la conciencia de enfermedad, la solidaridad, el respeto, la constancia, el optimismo y el orden.

La adquisición de dichos valores por parte del paciente influye de manera importante en su recuperación consiguiendo una estabilidad emocional que en el pasado no tenía.

Los **valores** determinan la forma de relacionarse y de actuar de la entidad; se centran en promover la importancia de la salud mental, respetando los derechos de las personas, desde una perspectiva de género e inclusión social. Los modelos se basan en valores de:

- Confianza, ética profesional, honestidad y compromiso.
- Justicia y equidad, potenciando los derechos de las personas con problemas de salud mental.
- Respeto y empatía.
- Ética en toda la actuación e intervención, según criterios de bioética.

| | |
|----------------|--|
| MI/CI/C | <p>MI/CI/CR/CC</p> <p>Los criterios de cambio se establecen en función de la consecución de los objetivos establecidos para cada fase de tratamiento.</p> <p>Cada objetivo general por fase se divide en objetivos específicos, actividades personales y grupales que deben cumplirse para poder pasar de fase.</p> <p>Se valora el cambio a nivel personal, emocional y conductual.</p> |
| | <p>MI/CI/CR/IS</p> <p>Reconstrucción del área social: A través del establecimiento de límites y de la puesta en práctica de los cambios generados a lo largo del tratamiento, en coherencia con la nueva identidad y generando nuevos vínculos y actividades.</p> |
| | <p>MI/CI/CR/UN</p> <p>El funcionamiento de los centros se construye en torno a un sistema de normas de convivencia y de disciplina que el paciente ha de respetar e interiorizar para obtener éxito en el tratamiento.</p> <p>El incumplimiento de una norma grave supone la expulsión. El incumplimiento de las normas cotidianas supone sanciones conductuales diarias.</p> <p>Cumplir las normas es señal de cambio.</p> |

| | |
|--------------|--|
| MI/PI | <p>Seguir avanzando en el desarrollo de programas. Ha ido desarrollando tratamientos para el abordaje terapéutico de los problemas de adicción.</p> <p>Actualmente las toxicomanías afectan a personas de todas las clases sociales, hombres y mujeres, a pesar de que poseen unas singularidades propias por cuestiones relacionadas con el género. Ante esta situación, se trabaja en el desarrollo de nuevas modalidades de tratamiento terapéutico adaptándolo a las nuevas necesidades.</p> <p>La visión, incluye motivaciones para el futuro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover la mejora constante a través de la innovación e investigación. - Contar con los mejores profesionales especializados y con calidad humana. - Pretendemos aportar el conocimiento y las acciones necesarias para ayudar a erradicar el estigma de la enfermedad mental, con un enfoque transformador. - Orientar las clínicas hacia una mejora continua en cuanto a seguridad, calidad y eficiencia. |
|--------------|--|

| | |
|-----------|---|
| ME | <p>ME/MI</p> <p>El propósito del tratamiento y de la educación es la inteligencia emocional, enseñar a la persona a definirse a sí misma en relación con el mundo y sin imponer una definición prefabricada o arbitraria; El propósito es salvarla de su infierno, de la falta de sentido, de la adicción, de la mentira sistemática, de la autodestrucción, para que aparezca el auténtico yo.</p> <p>Sufren una adicción aguda y pueden presentar un trastorno de personalidad. Recibe un abordaje terapéutico y educativo específico de introspección emocional y cognitiva, adecuada a sus necesidades y centrada en los valores sociales.</p> |
| | <p>ME/SE</p> <p>Cuando llega una persona al centro es porque ha tocado fondo, eso implica que hay una cierta conciencia de que las cosas tienen que cambiar. Ese tocar fondo predispone a la persona a estar más abierta para recibir ayuda. Es fácil trabajar con un paciente que parte de esa situación. Hay que darle expectativas de cambio, de que puede mejorar y conseguirlo, solucionar problemas a nivel personal que considera insalvables. Expectativas de solución y de cambio.</p> |

La motivación es básica y necesaria para que la persona empiece a ponerse en marcha. A veces el paciente llega a tratamiento por presión familiar o legal, llega ambivalente en relación con el consumo y cree controlarlo. Tiene las mismas probabilidades de éxito que los pacientes que entran por su propio pie, pero tiene que dejarse ayudar y querer cambiar.

El paciente al principio suele negar su problema real (primera etapa del proceso terapéutico). Cuando empieza a aceptar la ayuda y pone en práctica lo aprendido da un salto espectacular.

El paciente es el protagonista de su propia cura. El tratamiento es personalizado.

El paciente suele ser egocéntrico, no suele hacerse responsable de sus acciones y carece de disciplinas básicas.

Tiene que afrontar sus miedos, sus vergüenzas, su rabia, y, en definitiva, todas sus fragilidades, preocupaciones o traumas.

El paciente aprende a examinar detenidamente lo que es el pensamiento irracional “soy rechazado” “no valgo” y a cambiarlo, El terapeuta le explica que las circunstancias no tienen por qué ser una catástrofe, es su punto de vista. La persona puede autorregular sus emociones.

El paciente se irá autoconociendo y descubriendo su enfermedad y lo que está pasando. Aprenderá a gestionar mejor sus fases, sus crisis, sus derrotas cognitivas y las situaciones complejas de la vida. Adquirirá autonomía, la independencia versus la dependencia que implica el consumo de drogas

ME/AE

La educadora social se ocupa de profundizar en temas de la sociedad y reeduca al paciente para integrarle a nivel social, laboral y comunitario. Su papel es el de dinamizar el grupo, atiende, orienta, reeduca a las personas y trabaja con ellos las HHSS y comunicativas dentro y fuera del grupo para fomentar la autonomía y la reinserción.

Las bases éticas se reflejan en el código profesional de bioética.

ME/CE

Hablamos de honestidad, amistad responsable, solidaridad, conciencia de enfermedad, adquisición de valores: es la clave en la recuperación del paciente.

Contenido terapéutico asistencial. Incorporación y potenciación de valores para conseguir una estabilidad emocional.

Técnicas y herramientas terapéuticas para romper los fundamentos de su malestar (técnicas y terapias diversas).

Se trabaja a nivel individual una serie de áreas específicas que vienen determinadas por las características de cada uno y sus circunstancias personales. Trabaja los valores (honestidad, esfuerzo, constancia, humildad, etc.), la administración del dinero (priorizar las necesidades a los caprichos); la integración y la participación en el grupo.

Contenidos para favorecer la comunicación más asertiva y tolerante, con la finalidad de intentar solucionar conflictos a través de la escucha y el diálogo dejando atrás comportamientos agresivos o pasivos. Trabajar los vínculos sociales y familiares.

ME/ME

El paciente realiza un aprendizaje social y emocional a partir de métodos constructivos que le ayudan a superar la patología y recupera valores, como el esfuerzo, la honestidad y la responsabilidad, que son la base de la filosofía.

Intervención personalizada para cada paciente. Trabajo individualizado es condición esencial: No hay enfermedades sino enfermos, por lo que la intervención debe ajustarse a la situación dentro del proceso, de manera flexible.

Se considera importante potenciar la ocupación del tiempo libre en actividades gratificantes y productivas (cine, deporte, conciertos, exposiciones, etc.). antes la satisfacción la entraba en actividades de consumo.

Se profundiza de forma especial en la autonomía, la independencia versus la dependencia que implica el consumo de drogas se traduce en planificar las actividades y responsabilidades.

9.2. Declaración de consentimiento informado

TRABAJO FINAL DE GRADO UNIVERSITARIO EN EDUCACIÓN SOCIAL

Este documento quiere informaros sobre un trabajo (de ahora en adelante lo llamaremos “Estudio”) al que os invitamos a participar. Este Estudio lo lleva a cabo una estudiante en el marco de la asignatura TFG y ha sido aprobado por el profesorado responsable de la asignatura. Nuestra intención es que recibáis la información correcta y suficiente para que podáis decidir si aceptáis o no participar en este Estudio. Os pedimos que leáis este documento con atención y que nos formuláis las dudas que tengáis.

Título del estudio: *Propuesta socioeducativa en el marco institucional del abordaje del problema de las drogodependencias*

Objetivo del estudio: En este Estudio lo que queremos es formular una propuesta de modelo socioeducativo en el marco institucional de la entidad. Para ello, queremos analizar los documentos escritos de la entidad, con la finalidad de realizar un análisis institucional mediante la técnica de análisis de contenido.

Responsable del estudio: Silvia Parrado Pons

Yo, el Sr./la Sra. _____ mayor de edad, con DNI número _____ y correo electrónico _____, actuando en representación de la entidad _____ mediante el presente documento,

MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO/DA DE LAS CUESTIONES SIGUIENTES RELACIONADAS CON EL ESTUDIO:

- La participación en este estudio consiste en facilitar mi consentimiento para el tratamiento de los datos de la entidad. La persona Responsable del tratamiento de los datos es Silvia Parrado Pons
- Los datos de la entidad serán recogidos y tratados con finalidades exclusivamente docentes y de investigación y sin ánimo de lucro.
- He sido informado/da mediante un comunicado verbal sobre el Estudio, sobre su finalidad y sobre los datos que se recogerán, y he consentido a participar en este Estudio.
- El tratamiento de los datos se ajustará al Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679 y a la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

Autorizo al Sr./Sra. _____, Responsable del estudio, con DNI número _____ y correo electrónico personal _____ estudiante de la asignatura Trabajo Final de Grado (TFG) del Grado en Educación social de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC) para que trate los datos de la entidad facilitados para la realización de la investigación descrita en el marco del Estudio indicado.

En _____, a ____ de _____ 20__

El Sr./La Sra. _____