



## LA ACCIÓN SOCIOEDUCATIVA CON SUJETOS DROGODEPENDIENTES

**Pere Ponce García.** *Barcelona*

### 1. A MODO DE INTRODUCCIÓN

La concepción medieval del consumidor de drogas como bruja/o, poseído/a, loco/a llevó a los excesos, por todos conocidos, del dispositivo inquisidor católico basado en la hoguera como modalidad de tratamiento. Más tarde, en los siglos XVIII y XIX, la racionalidad y la ilustración dieron paso a la criminalización de este tipo de conductas y al encierro, tendencia que se mantuvo en nuestro país durante gran parte de este mismo siglo XX. A partir de la década de los 80 comienza a imponerse una nueva forma de ver al toxicómano y de pensar la drogodependencia: el sujeto como “enfermo” al que habrá que curar.

Es cierto que si consideramos el tratamiento que se daba al drogodependiente en la Edad Media observaremos que hemos mejorado bastante (faltaría más), pero esto no quiere decir que estemos en la dirección correcta, al menos en lo que respecta a la acción educativa.

En la actualidad vemos que han proliferado las teorías, los modelos de tratamiento, los profesionales especializados en este ámbito, los tipos de centros y los recursos que forman parte del dispositivo de acción sobre el drogodependiente. Está evolucionando la legislación y se ha abierto definitivamente el debate de la despenalización. En Barcelona se habla incluso de tratamientos con heroína para casos muy específicos.

Sin embargo, desde la educación social, los educadores continuamos utilizando “categorías transplantadas” (Renouard, 1990) de otras disciplinas para definir nuestro objeto de estudio y de trabajo cotidiano. El “tratamiento” es “terapéutico”, al “paciente” hay que “rehabilitarlo” a través de la “cura” pues está “enfermo”. De este modo el “terapeuta”, el “médico” y el “psicólogo” terminan por definir, acotar y dirigir el trabajo del educador.

Pues bien, en este punto es donde pensamos que es imprescindible colaborar en la construcción de nuestro objeto de estudio, que es teórico (en tanto que construido) y práctico a la vez. Aspiramos a hacerlo sin intereses corporativistas, pero con la intención de poder contribuir como profesionales de la educación social a la consolidación de nuestra disciplina, la Pedagogía Social.

No vamos a definir la drogodependencia, ya que esto no nos compete, pero vamos a intentar determinar qué entendemos por acción socioeducativa y cuáles son las necesidades que presentan los sujetos drogodependientes con los que trabajamos por encargo de la Administración.

Esta comunicación es pues, un trabajo de reflexión basado en la práctica profesional llevada a cabo en un Centro Residencial para el tratamiento de drogodependientes, perteneciente a la red pública dispuesta por el Ayuntamiento de Barcelona. Nuestra intención es aportar ideas, crear debate y contribuir a la construcción de un saber específico y propio de la educación social.

#### 1.1. *Consideraciones previas*

Vamos a hilar esta disertación a partir de algunas reflexiones del viejo filósofo Aristóteles. No lo hacemos porque nos sintamos especialmente identificados con su línea de pensamiento, sino porque nos van a servir como punto de partida desde las cuales exponer nuestros planteamientos.

Empezaremos con una primera cita que podemos encontrar en el texto Moral a Nicómaco en la que escribe: “...Si depende de nosotros el obrar, lo mismo depende el no obrar, y donde podemos decir que no, lo mismo podemos decir que sí. Por consiguiente, si ejecutar un acto, que es bueno, depende de nosotros, de nosotros dependerá también no ejecutar un acto que es vergonzoso...”.

Aristóteles trata aquí la cuestión de la voluntariedad de los vicios y las virtudes. Para él, el sujeto es responsable directo de sus actos, y tanto las virtudes (en tanto que formas de actuación

socialmente aceptadas), como los vicios (en tanto que formas de actuar socialmente reprobadas) son medios entre los cuales el sujeto opta, ya que están a su disposición para llegar a conseguir los fines (por ejemplo enriquecerse, evitar el malestar o el dolor, alterar el estado natural del SNC, buscar la felicidad, etc.) que persigue.

Observemos la secuencia, sujeto / voluntad / elección / acto / responsabilidad / premio / castigo. Observemos que nos sitúa en uno de los ejes principales de reflexión acerca de la cuestión de los “drogodependientes” desde la perspectiva de la educación: la voluntariedad de los actos y la responsabilidad que de ellos se desprende para el sujeto.

Los actos son generalmente aprendidos de “lo social” a través de procesos de aprendizaje y de socialización. Su repetición, que en cierto modo está directamente relacionada con la utilidad o beneficio que de ellos se desprenda, crea hábito y contribuye a formar el carácter de los sujetos. Pero además permite que desde lo social se identifique al sujeto con ciertos atributos. Así, tal y como afirma el mismo Aristóteles más adelante: “...los actos repetidos, de cualquier género que sean, imprimen en los hombres un carácter que corresponde a esos actos...” es decir, los hábitos forman parte del proceso de aprendizaje y por lo tanto forman/socializan al sujeto.

Más adelante Aristóteles diferencia entre hábito y vicio, situando a este último en el nivel de las enfermedades, de lo incomprensible, de lo mágico y subraya que una vez llegado a este punto, al sujeto no le bastará con querer cambiar y convertirse en “virtuoso”, sino que le costará un esfuerzo mucho mayor que el que hubiera tenido que realizar para no cometer el primero de los actos. Esta es en nuestra opinión, la lógica discursiva en la que se sitúan los tratamientos actuales y de la cual pretendemos distanciarnos.

El hábito tiene que ver con las costumbres, con el aprendizaje, con las acciones y con la socialización del sujeto. Dependerá de la voluntad del sujeto, de su responsabilidad y en definitiva de sus elecciones, el que un determinado hábito se convierta en un vicio. Este nivel del vicio es al que se refiere Aristóteles cuando plantea la gran dificultad que tendrá el sujeto cuando quiera abandonarlo y actuar correctamente. Y éste es el límite de la acción educativa ya que una vez traspasado este nivel (de conjasas fronteras), el sujeto puede llegar a perder el control sobre sí mismo y entrar en ese orden de lo mágico, de lo inexplicable, de la “cura” e incluso de la “locura”, que poco tienen que ver con la educación.

En nuestra opinión y siguiendo la línea de pensamiento del profesor Escotado, la drogodependencia no puede ser más que un hábito, un vicio entendido como “...hábito de obrar mal...” (Enciclopedia Espasa-Calpe) y esto, que puede parecer un retroceso para quien piense los vicios y las virtudes a partir de consideraciones judeo-católicas de tipo moral, es lo que pensamos que posibilita la acción educativa en este ámbito. De lo contrario, el pensar la toxicomanía como una enfermedad limita la acción de los educadores ya que en cierto modo borra la responsabilidad del sujeto. Por lo tanto la acción educativa con sujetos drogodependientes se extiende hasta la confusa frontera que marca el paso del vicio a la enfermedad.

Respecto al tema de las consideraciones morales debemos observar que éstas, al igual que las consideraciones científicas y también las culturales, no son más que distintos “arbitrarios” escogidos e impuestos a partir de todos los posibles, ya que no existe una única verdad absoluta válida para todos los hombres ni para todas las culturas, ni para todas las épocas. La Ley, las costumbres, la moral, marcan en cada momento y en cada lugar, cuales son las conductas que se van a considerar apropiadas y cuales van a ser reprobables. Por lo tanto, el vicio forma parte de esos desajustes individuales calificados y visualizados por los demás y que no son más que una reflexión conflictiva con la normalidad de época.

Lo paradójico es que el tema de la drogodependencia, planteado como hábito de obrar mal (vicio), nos sitúa delante de tres aspectos absolutamente cruciales para el planteamiento educativo y que la consideración de la drogodependencia como enfermedad desplaza: la voluntariedad, la elección y la responsabilidad.

Veamos otra cuestión que puede clarificar estas reflexiones anteriores. Parte de la confusión a la que nos hemos referido viene determinada por “lo que caracteriza” al sujeto de la acción edu-

cativa en nuestro caso, es decir, que “es drogodependiente” lo cual va a implicar que la intervención (en general) que se va a realizar tenga un objetivo fundamental: que deje de serlo.

He aquí el principal motivo de confusión. Para Aristóteles el hábito, conduce al vicio y éste a la enfermedad. En nuestro caso, ésta, viene determinada por el consumo de drogas, cosa que origina el despliegue del dispositivo de la cura.

La acción educativa en cambio debe desplegarse en el orden de los hábitos, incluso de los más duros (los vicios), pero en ningún caso puede considerarse como el objetivo de la acción educativa conseguir la “abstinencia” del sujeto o “curar” su enfermedad, ya que este objetivo se encuentra fuera de los límites de lo educativo. Puede ser el objetivo de otras disciplinas, pero no de la nuestra.

Es más, podemos afirmar a partir de nuestra experiencia profesional que hemos podido observar procesos educativos optimizantes en sujetos que no reunían el requisito de la abstinencia. Pero también que a partir de la abstinencia hemos podido posibilitar procesos educativos que no han servido para consolidarla, ni a corto ni a largo plazo. Por lo tanto con la abstinencia o sin ella son posibles los procesos educativos aunque éstos a su vez, no la garantizan. Así pues, pensamos que el tema del consumo y de la abstinencia están fuera de los límites de la acción educativa.

En concordancia con la línea discursiva desarrollada hasta ahora y teniendo en cuenta las dificultades que conlleva siempre establecer definiciones, nos atrevemos a plantear que la acción socioeducativa con sujetos drogodependientes debe tener como objetivo principal transmitir los conocimientos y los procedimientos, considerados de prestigio social que permitan al sujeto superar, si quiere, las condiciones de marginalidad que le llevaron al “tratamiento”.

Los efectos de la acción socioeducativa han de llevar al sujeto a reflexionar acerca del lugar social que ocupa (como drogodependiente) y al cuestionamiento del uso abusivo que ha hecho de las drogas, pudiendo derivar estas reflexiones en un posicionamiento dirigido al aprendizaje de las formas de un uso adecuado de las mismas o a la decisión de optar por la abstinencia temporal o definitiva.

Una vez clarificada nuestra postura y esperando que sea fuente de reflexión pero también de debate, debemos exponer que sostenemos que la mayor parte de los sujetos drogodependientes tienen necesidades educativas manifiestas y evaluables, entre otras cosas, por esas condiciones de marginalidad a las que les lleva el consumo de unas sustancias, consideradas por el discurso jurídico como ilegales y por el discurso moral-socio-sanitario como inadecuadas bajo el punto de vista de la salud bio-psico-social, que tan de moda están en nuestra época.

Son estas necesidades socioeducativas y no la abstinencia o la toxicomanía “en sí” del sujeto, lo que justifica la acción del educador social en este ámbito. Es por esto que optamos por situar la abstinencia en el orden de los posibles efectos, ya que el objetivo de esta acción ha de ser procurar, a través de la transmisión de saberes con valor social, procesos de aprendizaje en el sujeto que le permitan emerger de los circuitos marginales y poder circular así, por los circuitos considerados como “normalizados”.

De este modo, la comunicación que aquí se presenta pretende aportar elementos que permitan la reflexión y el diseño de posibles programas de evaluación y de acción socioeducativa desde la perspectiva planteada. Así la interpretación de la demanda servirá para detectar las necesidades de cada sujeto particular. Esto posibilitará realizar una evaluación más acertada de las posibilidades y la conveniencia de la acción educativa con sujetos que presentan este tipo de problemática social e individual.

## **2. ¿QUÉ HACE NECESARIA LA ACCIÓN SOCIOEDUCATIVA CON DROGODEPENDIENTES?**

La necesidad de intervenir educativamente en el ámbito de las drogodependencias nos lleva a analizar algunos de los factores que han influido en la consideración del consumo de drogas como un problema social de gran embergadura.

El primer elemento que posibilitaría la necesidad de una acción socioeducativa sería una demanda directa por parte del sujeto. Esto ocurre muy pocas veces y en todo caso no nos informa suficientemente acerca de lo que socialmente ha generado la necesidad. Como veremos más adelante la relación entre demanda y necesidad va a precisar de una interpretación por parte del profesional.

Un segundo elemento es la consideración de las drogas como un problema social (incluido en todos los programas de gobierno). Este es el primer punto que nos da alguna información de la magnitud de esa necesidad. El reconocimiento de un problema social sabemos que conlleva una responsabilización del poder político en cuanto a que es éste y no la sociedad quien determina si es o no un verdadero “problema social”, convirtiendo un problema latente en un problema manifiesto (Casas, 1991).

A partir del reconocimiento político se va a poner en marcha todo un dispositivo de acciones (Renouard, 1990) que va a regular y gestionar la cuestión a partir de:

- Leyes respecto a las sustancias.
- Leyes respecto a los sujetos y el uso que hacen de dichas sustancias.
- Leyes relacionadas con la delincuencia asociada a ese tipo de consumo.
- Leyes que definen las sustancias, los sujetos y las situaciones.
- Leyes que regulan el aparato de tratamiento que va a darse a ese tipo de problemática (Foucault, 1976).

Es en este último paquete legal donde van a aparecer, copiando un poco de allí y otro poco de acá, los programas de tratamiento que generarán a su vez la necesidad de la acción educativa.

La tercera consideración es el planteamiento de la drogadicción como un grave problema de salud pública debido, entre otros, a los siguientes factores:

- La expansión de enfermedades principalmente asociadas a este tipo de población como por ejemplo el SIDA, la Hepatitis, la Tuberculosis, etc., que llevan a una situación de alarma social inventada y real a la vez y que desarrollan todo un aparato médico-sanitario que va a controlar de forma prácticamente obligatoria a los drogodependientes (para acceder a cualquier tipo de tratamiento el sujeto ha de pasar antes por el sistema de control médico: visitas, análisis, etc.).
- Las drogodependencias representan, para el sistema de Salud Pública y Seguridad Social, un elevado coste económico, mientras que se considera que en términos generales los tratamientos son muy poco efectivos.

Otro factor serían los efectos que esta cuestión tiene en cuanto a la lectura que se hace de su relación con la Inseguridad Ciudadana. La preocupación y alarma social que ésta ha generado ha llevado a:

- Un endurecimiento de las leyes respecto a las cuestiones de drogas desde hace unos años (ley Corcuera, rigidez en los permisos y cumplimientos de condena alternativos a la prisión, cuestionamiento de ideas como la rehabilitación y la reinserción, etc.), cuando la política hasta entonces había sido más flexible.
- Un aumento del control policial en la calle (Policía Nacional y Guardia Urbana).
- Un relajamiento de las conductas sociales respecto a estos temas: especialmente pensamos en la presión que las Asociaciones de Padres de Toxicómanos o que algunas ONG´s habían ejercido a nivel de sensibilización social. En cierta manera, ésta es la causa del retorno al concepto del drogodependiente como delincuente más que como enfermo y por lo tanto del regreso a la criminalización del tema. Parece que ha prevalecido el prejuicio de que es un problema sin solución (relacionado principalmente con la delincuencia y las epidemias). La tendencia parece dirigirse hacia un modelo de prevención indefinido y poco eficaz.
- Un endurecimiento de las conductas colectivas detectado a partir del fenómeno de las “Patrullas Ciudadanas” que intentan dar respuesta a la pasividad policial, que a la vez critica la inoperancia del sistema judicial y que a la vez delata lo contradictorio del sistema legal (Rodríguez, 1991).

Además y en nuestra opinión a modo de “efecto perverso” se produce desde los primeros momentos una gran necesidad de alimentación del Dispositivo de Tratamiento que va a precisar de una continua afluencia de estas personas con problemas para asegurar la persistencia de los servicios (subvenciones) y la contratación de los profesionales. Para ello el sistema tiende a cronificar los casos (Foucault, 1963).

Por otro lado, estos profesionales desarrollan sistemas de intervención, diversas especialidades, teorías y, en definitiva, un saber que legitima los errores de la acción a la vez que justifican el continuo replanteamiento de la misma (Cohen, 1985).

Debemos tener en cuenta además otros aspectos que no por ser más vagos o generales son menos importantes:

- Convenciones Internacionales respecto al “problema mundial de narcotráfico” (González, 1987).
- Directrices internacionales de la OMS.
- Influencia en la opinión pública de los Medios de Comunicación Social (A.A.V.V. , 1989) respecto al tratamiento que se hace de algunas de las cuestiones mencionadas anteriormente como por ejemplo el SIDA, la inseguridad ciudadana, las patrullas urbanas, etc.
- Informaciones de todo tipo que conectan la drogadicción con crímenes, robos, etc. y que contribuyen a situar a la droga en el centro causal del delito (Del Olmo, 1987).

### **3. ¿PRECISA EL SUJETO DROGODEPENDIENTE DE UNA ACCIÓN SOCIOEDUCATIVA?**

El sujeto drogodependiente se caracteriza generalmente por ser un sujeto cuyas posibilidades de acceso a lo social han ido quedando cada vez más limitadas por diversos factores. Su circulación social se limita a los ambientes propios del consumo y el tráfico de drogas. Paulatinamente sus relaciones sociales se han reducido a aquellas directamente implicadas en los temas de consumo. La familia, el trabajo, los amigos o la escuela han quedado al margen de sus prioridades.

Pero además, sus relaciones dentro de estos ámbitos relativos a las drogas también han ido empeorando y generalmente, el aislamiento constituye una constante en estos sujetos. Sus relaciones acaban convirtiéndose en un “yo y la droga”. Hay que añadir aquí los déficits educativos que el sujeto acarrea desde antes, referidos a la educación recibida en la familia, a su nivel de instrucción escolar, a las características propias del momento evolutivo en que se encontraba al iniciar el consumo, a sus aprendizajes con compañeros y amigos, etc. (Funes, 1990- Vega, 1981).

Y por fin hay que tener en cuenta las características personales/psicológicas de cada individuo.

Este marco nos puede dar una idea de lo complejo que puede ser realizar un diagnóstico de las necesidades de cada sujeto particular y de lo peligroso que resulta crear marcos generales de intervención que funcionan como “sacos” o “cajones de sastre” donde se van metiendo los toxicómanos como si todos fuesen iguales o presentaran las mismas dificultades. La única problemática común que presentan es la adicción a ciertas sustancias catalogadas como tóxicas, y esto, poco tiene que ver con las necesidades educativas.

Sin embargo y para poder abordar la cuestión que nos corresponde referida a si el sujeto drogodependiente precisa o no de una acción socioeducativa, optamos por re-clasificar ese gran y heterogéneo grupo de los “toxicómanos” en un intento de diversificación de los diferentes tipos de sujetos que ingresan en la actualidad en un Centro Residencial en función de los elementos que consideramos que pueden posibilitar, facilitar o dificultar la misma acción.

#### **3.1. Tipología de los sujetos que ingresan en “un” centro para la “rehabilitación” de toxicómanos.**

Es imprescindible señalar de antemano el riesgo que se corre al intentar clasificar o definir un grupo de sujetos y que a pesar de que nosotros abogamos por un trabajo individualizado que

parta de evaluaciones iniciales también individualizadas, optamos en este momento y por cuestiones didácticas, por exponer esta tipología.

Esta clasificación responde pues, a un interés práctico y operativo. No está centrada en elementos socio-económicos sino más bien en algunos factores socio-culturales que inciden directamente en las posibilidades de llevar a cabo la práctica educativa. Así pues, es un intento de describir las principales características de cada uno de los seis agrupamientos en que se ha dividido la población que ingresa en un Centro Residencial concreto, pero que posiblemente podría ser cualquier otro.

**a).** Los ideológicos

Nos referimos básicamente a un grupo de sujetos generalmente mayores, cuya concepción de la vida y de las drogas tienen ciertas connotaciones contraculturales. Estos son cada vez menos ya que algunos están en prisión, otros circulan por los Programas de Mantenimiento con Metadona y “pasan de ir a una granja”, otros tantos han muerto bien sea por sobredosis o por enfermedad. También hay algunos que continúan consumiendo y han llegado a establecer un equilibrio que les permite hacer una vida más o menos normal. Los menos han conseguido normalizar sus abstinencia.

En general este es un grupo bastante deteriorado física y psíquicamente lo cual dificulta el trabajo, pero en compensación son personas con ciertos principios y valores que permiten un abordaje socioeducativo de su situación.

**b).** Los drogodependientes/delincuentes

Las cárceles y los recursos de tratamiento están repletos de ellos hasta el punto de que algunos centros ya han establecido unos máximos en la admisión de casos judiciales (en este caso, no más del 10%). Su característica no es que sean más delincuentes que toxicómanos o que lo sean más que otros, sino que su ingreso en el Centro de Tratamiento se produce por orden judicial y como alternativa a una pena de prisión.

Muchos de ellos acumulan en sus curriculum's innumerables entradas y salidas de la prisión y otros tantos juicios y condenas pendientes. Viven con la incertidumbre de si al terminar su proceso van a poder continuar gozando de la libertad relativa que tienen ahora y esto les distrae continuamente de la tarea a realizar consiguiendo además desanimarles y desmotivarles (Fábregas/Fábregas, 1988).

El trabajo con estos sujetos es muy dificultoso ya que en principio su motivación es poco clara y la demanda que realizan aún menos. Suelen tratar en los primeros momentos a los educadores como a los funcionarios, es decir, en base a la desconfianza. Este aspecto, lo encontramos tanto en los sujetos que participan en programas terapéuticos para drogodependientes dentro de las prisiones, como en el resto de los centros e instituciones que se dedican a esta labor.

La escala de valores de estos sujetos está “trastocada” por esas largas estancias en prisión y por lo tanto funcionan con el “código carcelario” (Mailloux, 1973).

La principal tarea del educador es conseguir cambiar la relación funcionario/interno por una relación educativa (educador/sujeto). A pesar de ello la relación puede continuar pareciendo ficticia.

**c).** Los drogodependientes “mitómanos”.

Hemos decidido denominarlos mitómanos aunque algunos los hubieran designado como los toxicómanos de la Generación X. En nuestra opinión, aunque haya algún parecido, esta última categorización no nos sirve.

Nos referimos a un grupo, en claro ascenso estadístico, de drogodependientes muy jóvenes (entre los 14 y los 22 años) que aparentan físicamente pertenecer a alguna vieja o nueva corriente ideológica y que se confunden a menudo con las mal llamadas “tribus urbanas” (rocker's, punk's, skin heads, pijos, etc.) ya que lo son sólo en apariencia (Berger, 1963). Han recogido “algo” de lo más sobresaliente de esas corrientes a las que se han adherido y lo repiten sin cesar dado la impresión al oyente de que saben lo que están diciendo. Pero en el fondo es sólo una portada basada en algún libro que jamás terminaron de leer, o en algún personaje mitificado por

su accidental o planificada muerte por sobredosis. Es la explotación de algunos mitos y eslógans utilizados para otorgarse un rango que los identifica (Goffman, 1963).

Cuando intentas mantener una conversación con ellos adviertes rápidamente que todo es una "máscara". No disponen de argumentos sólidos (ni menos sólidos) que justifiquen su "porte". Se limitan a compartir algunos valores del grupo en cuestión pues su conocimiento del mismo es a menudo muy superficial. La estética y una drogodependencia caracterizadas por el caos y la diversidad de drogas que consumen les dejan graves secuelas, sobre todo de tipo psicológico que hacen muy complicada la acción socioeducativa. Es difícil conversar y parece que nada les interesa. Su propia inseguridad les lleva a aferrarse a ese poco que conocen, observando cualquier propuesta o novedad como algo diabólico, sospechoso y digno de desprecio.

**d).** Los drogodependientes forzados o "inventados".

Son a menudo sujetos bastante jóvenes cuya experiencia con las drogas es relativamente reciente y que si no fuera por la presión del contexto familiar (asustados por descubrir que su hijo toma drogas), sus terapeutas hubieran tardado aún un tiempo en derivarles a un tratamiento cerrado. Con ellos el principal problema es que no se identifican con los modelos de toxicómano que encuentran en el centro y cuando lo hacen no es precisamente para huir de ellos, sino para identificarse con las "batallitas" de las que éstos (los más "experimentados") alardean. Tienden a establecer unas relaciones basadas en la complicidad a cambio de la protección afectiva. Son "enfants terribles" y en general se sienten orgullosos de que así se les vea. El trabajo con ellos es complicado y a menudo es imprescindible una relación afectivo-educativa en la que el educador juega con distintos modelos para comenzar a trabajar.

Hasta aquí hemos descrito cuatro grupos que a pesar de las dificultades, queda bastante claro que la acción educativa puede ser posible y eficaz. Los dos siguientes en cambio son más dudosos ya que la necesidad pasa por una urgencia previa. La de resolver cuestiones sanitarias y/o psicológicas que inciden directamente en aspectos de infraestructura (profesionales, encargos, funciones).

**e).** Drogodependientes con problemáticas psicológicas graves.

A pesar de que la mayoría de los sujetos que hemos categorizado anteriormente tienen problemas psicológicos más o menos importantes, este grupo que describimos ahora tiene unas características muy particulares. Nos referimos a sujetos que para que su estado o su comportamiento sea más o menos "normal" es preciso que ingieran determinadas medicaciones que inciden en su sistema nervioso.

Con ellos cualquier cosa puede desequilibrar esa frágil y ficticia armonía en la que viven y las consecuencias son a veces imprevisibles. La comunicación es bastante dificultosa pues o bien están demasiado sedados como para estar lúcidos, o la lucidez es para ellos un espejismo. Sus incoherencias y sus cambios en los estados de ánimo, sus dificultades para concentrarse en cualquier cosa y seguir las actividades, hacen que el trabajo educativo con ellos se limite a una lenta contingencia a la espera del momento en que se les pueda retirar la medicación.

**f).** Drogodependientes "demasiado" enfermos.

Al igual que con el caso anterior podemos decir que los otros grupos mencionados, también están afectados por algún tipo de enfermedad (sobre todo por infección del virus VIH, o por hepatitis), pero en un grado que les permite realizar las actividades con toda normalidad. Sin embargo el grupo al que nos referimos en este apartado es el compuesto por drogodependientes "demasiado" enfermos como para estar ingresados en un Centro de Tratamiento. Con demasiada frecuencia hay que llevarles a las unidades de urgencias hospitalarias, se sienten solos, quieren estar con su familia y tienen "miedo". Otros están tan desquiciados que presentan comportamientos imprevisibles (con momentos de euforia seguidos de grandes depresiones) justificados por dolencias que ni el médico sabe que hay de cierto sus demandas.

La exposición de esta tipología de sujetos drogodependencias debería servir para justificar sobradamente que es necesaria la intervención con ellos, pero que sólo una evaluación inicial indivi-

dualizada nos puede dar información de las necesidades particulares de cada sujeto en cada momento de su proceso y para poder de ahí extraer las que se pueden abordar a través de la acción educativa.

Sin embargo la realidad es que, como comentábamos anteriormente, al drogodependiente se le mete en un “saco” con todos aquellos que toman drogas sin evaluar ni sus necesidades, ni sus posibilidades.

#### **4. LA ACCIÓN SOCIOEDUCATIVA CON SUJETOS DROGODEPENDIENTES, ES POSIBLE.**

En primer lugar es preciso mencionar que la acción socioeducativa, en el campo de las drogodependencias en particular y en muchos de los ámbitos donde desempeña su labor el educador social, no se da nunca como una función aislada, sino que la mayor parte de las instituciones desempeñan a la vez funciones asistenciales, terapéuticas, sanitarias y socioeducativas. Esto en cierto modo es coherente con el planteamiento hecho hasta ahora ya que los sujetos drogodependientes presentan a menudo una multiproblemática, de la que ya hemos hablado (Melgarejo y otros, 1984).

Así pues será preciso analizar si la demanda se corresponde con una posible acción socioeducativa o está referida a algún otro aspecto que atiende la institución y en último extremo, si la institución no tiene respuesta a la demanda habrá que ver cual es la derivación más adecuada. Para ello intentaremos desarrollar tres niveles de análisis:

¿Quién hace la demanda?

¿Qué motiva la demanda?

¿Es compatible la demanda con una acción socioeducativa?

¿Quién hace la demanda?

Difícilmente vamos a encontrar un drogodependiente que a causa del malestar que le produce su continuado consumo de drogas acuda a una institución pidiendo ser educado (Freda/Alise). Lo normal es que lo que soliciten sea algún remedio para poder superar el síndrome de abstinencia sin dolor. Sin embargo su predisposición ante las posibilidades de tratamiento puede ser muy variable. Una vez resuelto el tema del “mono” puede estar dispuesto (en ocasiones tras un sutil chantaje terapéutico) a seguir un proceso que le aleje del consumo y le ayude a “normalizar” su vida. Y este sería el procedimiento por el cual los sujetos podrían acceder a una acción socioeducativa combinada con las demás mencionadas anteriormente.

Pero la realidad nos muestra las resistencias de los sujetos ante la propuesta de tratamiento una vez superado el tema “urgente” del síndrome.

La demanda puede llegar también a través de un sujeto sometido a importantes presiones por parte de ciertas instancias que le llevan a solicitar el tratamiento. Ya vimos anteriormente algunas de ellas (familia, sistema judicial, sanitario, etc.), pero aquí debemos observar cómo esto va a condicionar su actitud y su predisposición y en que manera ha de influir todo esto en las posibilidades de una acción socioeducativa eficaz por parte del educador.

La presión familiar (o te curas o te echamos de casa), la presión sanitaria (si no te curas te vas a morir), la presión judicial (o te curas o vas a la cárcel) o la presión psico-psiquiátrica (o te curas o te volverás loco), son a menudo encrucijadas que llevan al sujeto hasta un tratamiento no deseado y que en definitiva es vivido como un castigo, como el precio que ha de “pagar” por ser tóxico (Rodríguez, 1991). Esta asimilación que hace el sujeto del tratamiento como “pena” que ha de cumplir limita (al menos en un principio) de forma determinante las posibilidades de una acción socioeducativa, aunque se puedan llevar a término otras funciones de tipo control sanitario, control asistencial, control comportamental y hasta terapéutico. Pero recordemos que para que sea posible la educación debemos contar con la voluntariedad del sujeto de ser educado y la responsabilización por parte de éste de su propio proceso, para lo cual será precisa una primera

etapa de trabajo hasta conseguir llegar a este punto. Es decir será preciso reconvertir una demanda confusa y con la cual el sujeto no se identifica, ni de la que se responsabiliza, en una necesidad claramente manifestada por parte de éste para iniciar un proceso socioeducativo.

¿Qué motiva la demanda?

Aunque no vamos a entrar aquí en el punto polémico del por qué el sujeto toma drogas si debemos decir que pensamos que las toma por una combinación de dos elementos básicos: las toma porque le gustan y las toma porque no puede pasar sin ellas (Freud, 1970). Por lo tanto ¿Qué podría llevar al sujeto a renunciar a algo que le produce tan inmenso placer y de lo que no puede prescindir?. La respuesta sólo puede ser, un "conflicto". Un conflicto lo suficientemente importante que llegue a cuestionarle su propia vida (construida entorno a la droga y que sólo tiene sentido en función de ella).

Por lo tanto la demanda siempre la motiva un conflicto, ya sea de orden personal, psicológico, sanitario, económico, familiar, laboral o judicial, ocurriendo en la mayoría de los casos, que muchos de los conflictos mencionados han de sumarse para que el sujeto llegue a una situación talmente crítica que decida ponerse en tratamiento o dejarse llevar al mismo.

¿Es compatible la demanda con una acción socioeducativa?

Como un aspecto previo a esta cuestión es preciso indicar que la acción socioeducativa será posible si el aparato o dispositivo dispuesto (CAS, C.T., Centre de Salut, Centre de Dia, UBASP, Hospital), dispone de los elementos que la hacen posible. Es decir: agentes de la educación y proyecto socioeducativo. Esta cuestión, que parece tan trivial, en muchas ocasiones es precisamente lo que falla por que falta algunos de estos requisitos. En general se piensa que todo el mundo puede educar y que para ello basta tener una vocación filantrópica. No vamos a negar del todo esta creencia, pero sí debemos indicar que no es a ese tipo de acción educativa a la que nos estamos refiriendo. Por lo tanto debemos insistir en que para que sea posible una intervención socioeducativa en primer lugar debe haber una aparato educativo a disposición.

Así la compatibilidad de la demanda con una acción socioeducativa debería determinarse a partir de la coordinación de los distintos profesionales que intervienen con el sujeto en base a la evaluación de:

- El origen de la demanda,
- Las posibilidades de reconversión de la demanda,
- Las características psico-socio-sanitarias del sujeto,
- El momento del proceso en que se encuentra el sujeto,
- Las necesidades socioeducativas del sujeto,
- El dispositivo socioeducativo con el que se cuenta.

## **5. LA ACCIÓN SOCIOEDUCATIVA CON SUJETOS DROGODEPENDIENTES, ES CONVENIENTE.**

El término conveniente hace referencia a la utilidad, oportunidad o provecho que puede obtenerse de hacer algo en un momento determinado. Por lo tanto, la conveniencia de una acción socioeducativa con sujetos drogodependientes estará en función de todos los elementos que hemos analizado y que exponíamos en el apartado anterior.

En general nos atrevemos a decir que la acción socioeducativa no sólo es necesaria con este tipo de sujetos, sino que además es posible y conveniente. El problema o mejor dicho, la afirmación es cuestionable cuando de la teoría se pasa a la práctica y se observa la realidad de los centros e instituciones que ofrecen tratamiento a este tipo de sujetos. En la mayor parte de los casos (y desde hace un par de años, más todavía), la función educativa es lo que ha permitido los recortes necesarios para ampliar (a partir de los Programas de Mantenimiento con Metadona) los dispositivos de tratamiento. Es decir, en vez de invertir más, la administración ha hecho más con el mismo dinero (en el mejor de los casos) y esto ha sido posible recortando presupuestos de los

que ya se hacía, en la más pura línea americana (Cohen, 1985). Así podemos encontrar que los profesionales de la educación contratados para esta labor han disminuido, por lo tanto los programas ya no se llevan a cabo de la misma forma, con lo cual ya no son tan eficaces y por consiguiente ha sido preciso retocar los proyectos marco en los que se inscribían y casualmente se han reconvertido en una mayor incidencia de la intervención denominada como sanitaria (que cambia educadores por auxiliares clínicos y vigilantes).

## **6. APUNTES PARA LA EVALUACIÓN INICIAL Y ALGUNAS POSIBLES AREAS DE CONTENIDO**

Como hemos desarrollado a lo largo de la comunicación, la cuestión de la evaluación inicial individualizada es un punto clave en el momento de plantear la tarea socioeducativa con sujetos drogodependientes. Y esta deberá realizarse en una doble vertiente, como señala la profesora Violeta Núñez.

En primer lugar, en torno al interés o la disponibilidad que presenta el sujeto ante la acción educativa. Ya hemos hablado sobradamente del tema de la voluntariedad y de la responsabilidad imprescindible para la eficacia de la acción socioeducativa. También hemos destado que en nuestro caso, ese interés y esa disponibilidad no son habituales en un primer momento, lo cual hace imprescindible establecer estrategias comunicativas y persuasivas a fin de crearlos en el sujeto.

En segundo lugar, en torno a las adquisiciones que va a ser necesario que el sujeto incorpore para responder a las exigencias sociales normalizadas. Es decir, ¿qué le hace falta al sujeto para poder circular socialmente con normalidad?. Aquí se podrían evaluar cuestiones como el nivel sociocultural del sujeto, su nivel de estudios académicos, sus experiencias profesionales, su capacidad para relacionarse socialmente, sus expectativas respecto al futuro, sus expectativas respecto a su propio proceso, etc.

Estos dos niveles de evaluación inicial han de permitir la elaboración de un Plan de Acción o Proyecto Educativo Individualizado, que establecerá, una vez determinado lo que le hace falta al sujeto, qué contenidos, qué saberes y qué procedimientos son los más apropiados para que éste se produzca.

Sin pretender para nada generalizar y por lo tanto teniendo en cuenta que cada sujeto es un caso concreto que hay que evaluar, nos atrevemos sin embargo a utilizar el listado propuesto por la doctora Núñez pero adaptado al ámbito de las drogodependencias, relativo a las áreas de contenido más habituales.

### **6.1. *El lenguaje***

Es preciso observar que el lenguaje es un área que se desenvuelve en una doble dimensión: como contenido, pero también como vehículo.

Como contenido en el sentido de su reconocimiento y uso como vínculo de relación y promoción social. El sujeto conoce seguramente todos los códigos lingüísticos (Bernstein, 1989) que le rodean, pero tiende a utilizar solamente aquellos que le resultan útiles para los entornos sociales por donde circula y que habitualmente se limitan a recorridos bastante restringidos. Tiende al uso de un argot determinado que le desplaza paulatinamente del uso socializado que se hace del lenguaje. Se trata pues, de posibilitar la recuperación de un léxico que ha de permitir al sujeto relacionarse con un más amplio grupo social, buscar trabajo, etc. Es obvio que esta circunstancia está limitando y puede limitar en el futuro la circulación normalizada del sujeto y que es pues necesario ampliar el vocabulario y su utilización para poder abrir de esta forma nuevas posibilidades de interpretación de la realidad social.

La segunda dimensión del lenguaje es de tipo transversal. El lenguaje está estrechamente relacionado con el pensamiento y el dominio de esta área va a posibilitar sin duda la comprensión

de lo social, de su amplitud, del lugar que se ocupa en la estructura y va a permitir en definitiva, unas mayores posibilidades de relación entre el sujeto y su entorno.

## **6.2. El sujeto y su entorno.**

En tanto que área de la socialidad, de los conocimientos que permiten el acceso a circuitos normalizados y por tanto normalizadores, ya sea a nivel de recursos específicos, como de la red social. El sujeto debe tener acceso a todos los sectores de la sociedad a los que anteriormente se ha visto limitado, ya sea por él mismo, como a partir de la discriminación social.

El civismo, la solidaridad, la tolerancia o la participación pueden ser algunos temas a tratar desde el nivel de las actitudes. Otros de carácter más general podrían ser: la igualdad de derechos y la diferencia social, la norma social, la calidad de vida, la transgresión y la justicia, la libertad, el derecho a la vida, la sociedad y el hombre, la objeción de conciencia, la predestinación, la dignidad de las personas, el trabajo y la realidad del mundo laboral, la familia, las nuevas relaciones, las drogas en la sociedad actual, la legalización de las mismas, etc.

Valgan estos ejemplos para mostrar cuales pueden ser los contenidos específicos que dan cuerpo a cada una de las áreas.

Las que enumeramos a continuación nos pueden servir a su vez como fuente de metodologías específicas a utilizar, ya que por su propia estructura la expresión artística, las nuevas y las viejas tecnologías (siempre que tengan un manifiesto valor social), la formación profesional, el no hacer nada, la utilización del tiempo libre, el deporte y los juegos en general, ponen en marcha mecanismos relacionales, normativos y organizativos que posibilitan la comprensión de las normas, del lenguaje (tanto verbal como no verbal) y en fin, de la realidad de la estructura social.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- A.A.V.V. "Sociedad y símbolos: el proceso de creación y transmisión de las imágenes culturales". en Repensar las drogas. Grupo IGIA, Barcelona 1989.
- ARISTOTELES. Moral a Nicómaco, Ed. Espasa-Calpe, Madrid, 1972
- BERGER, P: Invitació a la sociologia. Ed. Herder, Barcelona, 1992
- BENSTEIN, B.: Clases, Códigos y control. IAKAL Universitaria, Madrid 1989
- CASAS, F. Els indicadors psicosocials. Ed. La Ilar del Llibre. Barcelona, 1991.
- COHEN, S. Visiones de Control Social. PPU. Barcelona, 1988.
- COMAS, D. "El Educador Social en Drogodependencias", en MUÑOZ, A. (Coord.). Ed Educador social: Profesión y Formación universitaria. Editorial Popular, S.A. Madrid 1994.
- DEL OLMO, R. "La cara oculta de la droga", en Revista Poder y control. Nº2, Barcelona, 1987.
- FABREGAS, J.M. y FABREGAS, X. "Presó o tractament: reflexió sobre els tractaments alternatius" en : Drogodependències: experiències d'Intervenció a Catalunya. Dip. de Barcelona, 1988.
- FOUCAULT, M. El nacimiento de la Clínica. Ed. Siglo XXI, Madrid 1986
- Genealogía del racismo. Ed. La Piqueta. Madrid, 1992
- FREDA, H. y ALISE, M.: "Le toxicomane et la loi", en Revista L'anné.
- FREUD, S. El malestar de la Cultura. Alianza ed. Barcelona 1987.
- FUNES, J. Nosotros, los adolescentes y las drogas, MSC. Madrid, 1990
- GOFFMAN, E. Estigma. La identidad deteriorada. Amorrortu editores. Buenos Aires, 1986.
- GONZALEZ, C. "Drogas y control social", en Revista Poder y control. Nº 2. Barcelona 1987
- MELGAREJO, y otros: El proceso socioterapéutico en las drogodependencias. XII Jornadas de Sociodrogalcohol, Granada 1984.
- MAILLOUX, N. Jóvenes sin diálogo. Ed. Marfil, Alcoy, 1973

- NUÑEZ, V. Modelos de Educación Social en la época contemporánea. PPU. Barcelona 1990.  
El Educador Especializado, en SAEZ CARRERA, J. (comp.). El Educador Social, Universidad de Murcia, 1993.
- RENOUARD, J-M. De l'enfant coupable a l'enfant inadaplé. El Centurion. París, q990.
- RODRIGUEZ, P. Traficantes de Esperanzas. Ediciones B/Grupo Z. Barcelona, 1991.
- VANDEN ZANDEN, J. W. Manual de Psicología Social. Ed. Paidós. Barcelona, 1986.
- VEGA, A. Las drogas. ¿Un problema educativo? Ed. Cincel, Madrid, 1981.