

# Evaluación de la intervención socioeducativa en comunidad terapéutica: estudio de una muestra mediante el CCE-R

## *Evaluation of the socio-educative intervention in therapeutic community: study of a sample with the CCE-R*

OLIVAR ARROYO, A. y PEDRERO PÉREZ, E.J.

**RESUMEN:** *Objetivos:* Evaluar el cambio que se produce en el nivel de socialización de las personas que realizan tratamiento en una comunidad terapéutica profesional y estimar diferencias entre grupos según diversas variables.

*Material y método:* La muestra estaba compuesta de 70 sujetos que finalizaron tratamiento, a los que se les administró el Cuestionario de Cambio Educativo (CCE-R) para evaluar su nivel de socialización al inicio y al final del proceso. Se consideran las variables droga principal de consumo, sexo, edad y nivel de estudios. Se realizaron análisis de frecuencias, medidas de tendencia central, contraste de medias mediante la prueba t de Student y otras.

*Resultados:* Se constatan las diferencias entre la muestra al inicio del proceso de tratamiento y al final, que son significativas en su mayor parte. Se producen incrementos tanto en el nivel de socialización como en los 5 factores que lo componen: cooperatividad, autonomía, responsabilidad, tolerancia y sentido de pertenencia. Se constatan las diferencias existentes entre los diferentes perfiles de consumo, y que los apartados que más mejora experimentan al final son los más deficitarios al principio. Los resultados finales presentan, además, una mayor homogeneidad.

*Discusión:* Se discute lo reducido de la muestra para poder extraer conclusiones definitivas. Se re-

laciona la socialización con las necesidades de la población drogodependiente y el valor de la intervención socioeducativa al respecto, y se propone el cuestionario como una herramienta de evaluación de esta intervención.

**PALABRAS CLAVE:** Drogodependencias., Evaluación. Educación social. Comunidad terapéutica. Socialización. Cuestionario.

**ABSTRACT:** *Objectives:* To evaluate the change that is produced in the level of socialization of the people who make treatment in a professional therapeutic community and to consider differences between groups according to different variables.

*Material and method:* 70 individuals who ended the process of treatment. The Questionnaire of Educative Change (CCE-R) was administered to all of them in order to evaluate their level of socialization at the beginning and at the end of the process of treatment. The main drug of consumption, sex, age, and academic level are considered variables. Analyses of frequencies were made, measurements of central tendency, contrast of means with test t of Student and others.

*Results:* The differences between the sample at the beginning and the end of the treatment process are stated to a large extent and most of them are significant. Increases appear in the level of socialization as well as in the five factors that compose it: cooperativity, autonomy, responsibility, tolerance and sense of belonging. The existing differences between the different profiles from consumption are stated, and that the sections that more improvement experiment in the end are the poorest ones.

---

*Correspondencia:*

ÁLVARO OLIVAR ARROYO  
C/ Inmaculada Concepción, 14, 3.<sup>o</sup> D  
28019 Madrid. España  
E-mail: alarroyo@mi.madritel.es

**in the beginning. The final results display, in addition, a greater homogeneity.**

**Discussion: The reduced amount of the sample is discussed as it limits to draw definitive conclusions. Socialization is related to the needs of drug-addict population and also the value of the socio-educative intervention, proposing the questionnaire as a tool of evaluation of this intervention.**

**KEY WORDS: Drug-addiction. Evaluation. Social education. Therapeutic community. Socialization. Questionnaire.**

## Introducción

La comunidad terapéutica profesional (CTP) se configura como un espacio en el que el educador social puede ofrecer la mayor parte de sus prestaciones, dado que el espacio continuado de intervención es lo cotidiano y a través de la intervención en este ámbito, se trabajan las relaciones con los elementos que configuran el entorno social de cada individuo: normas, pareja, familia, amigos, tiempo libre, trabajo, etc.<sup>1</sup>. Si entendemos la educación como la «disciplina que posibilita la transmisión de saberes y habilidades necesarios para que el sujeto circule libremente en la sociedad de su tiempo»<sup>2</sup>, el entrenamiento intensivo en habilidades de relación con lo externo, coloca a la persona drogodependiente en una mejor situación de cara a conseguir una incorporación a su medio más adecuada. Existen estudios de seguimiento que certifican la correlación entre el mantenimiento de la abstinencia y «apoyo familiar», «apoyo de la pareja» y «situación laboral», al igual que «relación con amigos toxicómanos» y «la situación social actual»<sup>3</sup>.

Una de las principales dificultades con las que choza esta conceptualización es la imagen que socialmente se tiene de las comunidades terapéuticas (CT); Comas habla abiertamente de la «doble faz» de las CT: por una parte, la que nos remite a su función de control social, adquirida desde el planteamiento de Synanon y similares, basadas sobre casi el único principio de «encerrar» a los jóvenes pacientes en lugares controlados donde estuvieran lejos de las «tentaciones» de la calle; por otra, la de integración social de los usuarios de este recurso (más cercana al concepto de Maxwell Jones)<sup>4</sup>; pero no hemos de olvidar que es la primera de estas funciones la que más se tiene en cuenta desde la sociedad e incluso desde algunos profesionales pertenecientes a la red asistencial<sup>5,6</sup>; y que, como planteaba Aguilar, las CT siguen arrastrando esa

«ré mora insalvable» que supone la imagen de la CT como «lugar de exclusión, de custodia, de castigo o de mera contención»<sup>7</sup>. Tampoco hay que pasar por alto, a este respecto, lo que Comas plantea de una forma bastante realista: la supervivencia de las CT le debe más a esta idea que a su auténtica labor como intervención orientada a la inserción social<sup>4</sup>.

Las CTP, en este aspecto, se configuran como un recurso marcadamente diferenciado de lo que se denominan CT tradicionales; Comas traslada los 3 elementos que, tomados desde las segundas, introducen matizadas diferenciales en las primeras, una actitud muy responsable ante los problemas de la adicción (frente a lo holístico de las CT tradicionales), un alto grado de exigencia (frente a la rigidez) y la búsqueda de la calidad, entendiendo la matización tal y como la plantea el propio autor a posteriori: «la estrategia metodológica de los profesionales que pueden entender que se trata de la responsabilidad, la exigencia y la calidad de la intervención de los profesionales hacia los usuarios»<sup>8</sup>.

Así, a la hora de entender estas diferencias, hemos de profundizar en 3 apartados que orientan la evaluación de la intervención en las CTP. En primer lugar, la diferenciación entre lo individual y lo grupal, y la compatibilización de los 2 elementos de forma adecuada: «el tratamiento es individualizado dentro de un programa general. No existe una etiqueta común, sino un proceso evaluativo individual que tiene en consideración tanto factores comportamentales o de personalidad, como elementos sociológicos, fisiológicos, educacionales y culturales. En tal medida, la evaluación determinará el esquema de incorporación de cada individuo al programa global»<sup>8</sup>. Hacer complementarios los objetivos comunes de trabajo del grupo y la consideración de los objetivos específicos de cada individuo es una necesidad constante en las CTP<sup>1</sup>.

En segundo lugar, hemos de tener en cuenta la diferencia de planteamiento en lo que se refiere a la finalización o no de la estancia en CT. Donde las CT tradicionales apostaban por convertir la CT en una «comunidad de vida»; dada la imposibilidad del drogodependiente para acceder a la sociedad, aparece un elemento diferenciador en las de carácter profesional: se apuesta porque sea «un lugar para reconstruir sujetos socialmente válidos»<sup>4</sup> y, como tal, se convierte en un lugar de paso, un espacio temporal que «se ubica en una red asistencial», y desaparece «el carácter de cierre de su intervención» y es evidente que, al estar orientado de esta forma, se plantea como objetivos «la normalización del usuario en la sociedad y la responsabilización de sus actos y de las consecuencias que

de ellos se deriven»<sup>8</sup>. Es decir, en el concepto de las CTP se entiende que el sujeto fija el desarrollo de su futuro dentro de un entorno social normalizado, y lo que se busca es su capacitación para proyectarlo y afrontarlo.

El tercer elemento diferencial es el tipo de trabajo a realizar con el objetivo anteriormente reseñado: a la hora de plantearse estos cambios y de abordar el problema desde una óptica multidimensional y con medios multi e interdisciplinares, se hace necesaria la aplicación de estrategias con «referentes teóricos claramente científicos y clínicamente testados»<sup>7</sup>. En el caso de la CT en la que se ha realizado este trabajo (CT Barajas) estos 3 elementos se han dado de forma continuada a lo largo de los 12 años en que ha estado funcionando desde su apertura en 1991. Sus características diferenciales ya fueron puestas de manifiesto en el ya citado artículo de Aguilar<sup>7</sup>, aunque desde entonces se han sucedido algunas novedades: desde 1998, se incorporaron personas en mantenimiento con sustitutivos opiáceos y, en el año 2000, personas para realizar desintoxicación en el centro. Por tanto, la heterogeneidad del grupo de residentes ha aumentado de forma notoria en los últimos años, y se ha hecho más complejo el mantener el equilibrio entre el trabajo individual y el grupal, debido al aumento de los diversos perfiles y circunstancias; aunque desde la CT se buscaron estrategias que facilitaran el desarrollo de un sentido de pertenencia y autonomía adecuados.

A la hora de evaluar la eficiencia, eficacia y efectividad del trabajo en CT, se manejan 2 tipos de variables: la cuantitativa y la cualitativa. Dentro de la primera, haríamos referencia a 2 índices que se relacionan con algunos de los apartados anteriores: el índice de ocupación, en primer lugar, nos remite a aspectos especialmente económicos, a la rentabilidad de la relación plaza disponible/plaza ocupada; por el contrario, el índice de retención habla de la efectividad en la contención y de si la CT está cumpliendo con la función de control social a la que anteriormente hacíamos referencia. Ya existen precedentes en cuanto al estudio de estas variables en centros residenciales de estas características<sup>7</sup>. Pero en el mismo trabajo al que hacemos referencia, se señala una cuestión importante: «Es preciso elaborar un sistema de evaluación más adecuado al nuevo modelo (...) En una CTP, que generalmente tiene delimitado un tiempo preestablecido de intervención, la retención nos informa del número de usuarios que lo agotan, pero no del cumplimiento de los objetivos marcados. Sería más importante conocer cuántos de ellos persisten en su contacto con el centro que les acoge al alta, cuántas recaídas presentan y con

qué periodicidad, qué grado de ajuste social manifiestan, etc.»<sup>7</sup>. Es decir, se hace necesaria una evaluación cualitativa del servicio, añadida a la cuantitativa. Existen precedentes de este tipo de evaluación en España<sup>9</sup>, aunque estos trabajos se han llevado a cabo desde perspectivas psicológicas o médicas de forma exclusiva. Y en cuanto a los estudios de seguimiento, existen carencias en la estructuración de las redes asistenciales que los dificultan de forma destacable, aunque se han publicado experiencias al respecto, como la ya citada anteriormente<sup>3</sup>.

Llegados a este punto, se plantea la dificultad de evaluar el cambio que se produce en CT de forma cualitativa, la ausencia de instrumentos de medida en este campo impulsó, en 1999, la creación de un cuestionario para estimar adecuadamente el cambio suscitado por la intervención educativa en sujetos en tratamiento por consumo de sustancias que acceden a este tipo de servicios. Desde GERS (Gestió de Recursos Socials) se promovió la creación de esta herramienta a través de APID (Asociación para la Prevención y la Investigación en Dependencias) y se comenzó a utilizar de forma sistematizada en la CT Barajas, que pertenece a la red asistencial del Plan Municipal Contra las Drogas del Ayuntamiento de Madrid y que gestiona la propia empresa GERS.

El proceso de creación del cuestionario pasó por diversas fases: se llevó a cabo una revisión de documentación sobre los fundamentos y bases de la CT Barajas y de la literatura disponible sobre el cambio educativo en CT. A partir de aquí, se estableció que la evaluación del cambio educativo debe fundamentarse en los siguientes supuestos:

— La intervención coordinada de las áreas educativa y psicoterapéutica de la CT Barajas pretende la modificación de determinadas conductas asociadas con los determinantes de la drogodependencia.

— Esta modificación se pretende, en sus aspectos más molares, en una dirección predeterminada por el área educativa, y que tiene su referente último en valores de índole social.

— La consecuencia buscada por el trabajo conjunto es la emisión de conductas adaptativas que posibiliten una adecuada socialización.

— Esta socialización habría de producirse fuera de la CT, una vez que el individuo se reincorpore a su ambiente social de referencia.

— No es posible medir la magnitud de tal socialización desde la propia CT, pero sí es posible cuantificar la predisposición individual para poner en práctica lo aprendido y ensayado durante el período residencial.

En consecuencia, puede medirse la diferencia existente entre dicha predisposición conductual antes y después de que se haya producido la intervención educativa en CT Barajas<sup>10</sup>. Se celebraron sesiones de trabajo con los técnicos de la CT Barajas para identificar conjuntamente los valores y la batería inicial de ítems potencialmente medidores de éstos; se depuraron los ítems iniciales del instrumento mediante análisis estadístico, se elaboró una versión piloto del cuestionario y se ensayó su aplicabilidad y, finalmente, se realizó un estudio psicométrico de la versión inicial y final para comprobar su fiabilidad y su validez. Posteriormente, se llevaron a cabo sucesivas revisiones, basadas en el refinamiento estadístico, que han dado como resultado el CCE-R (Cuestionario de Cambio Educativo-revisado) en su estructura actual. Este proceso, que hemos reflejado de forma breve, y la fundamentación teórica del cuestionario han quedado explicadas en publicaciones anteriores o pendientes de publicación<sup>10-13</sup>.

A continuación, se exponen los datos obtenidos con la utilización de dicho cuestionario a fin de evaluar cualitativamente el trabajo socioeducativo desarrollado en la CT Barajas.

## Material y método

### Objetivos

Analizar si el proceso de tratamiento para los problemas de drogodependencia en CTP genera cambios significativos en el nivel de socialización de los sujetos que lo realizan, delimitar el tipo de cambio que se produce, los aspectos en los que el cambio es más destacable y los posibles motivos. Estimar si existen diferencias entre grupos según las variables de sexo, nivel de estudios y edad.

### Participantes

La muestra está compuesta por 70 sujetos que han realizado tratamiento entre los años 2000 y 2002 en la CT de Barajas, y han finalizado proceso con alta terapéutica, este concepto se entiende como el aplicable «a aquellos usuarios cuya estancia en comunidad se interrumpe a criterio del equipo técnico por cumplimiento de objetivos del programa, lo que suele producirse en torno a los 6 meses, y son derivados de inmediato al centro ambulatorio correspondiente»<sup>7</sup>. De esta muestra ha sido preciso excluir a los sujetos que no cumplimentaron el cuestionario a su ingreso o previamente a su salida del centro, así como a los que finalizaron por otros motivos que no representaban la co-

bertura de objetivos (expulsión o alta voluntaria). También se han excluido los cuestionarios incompletos o defectuosos, y los que mostraban un alto nivel en la escala de distorsión del cuestionario ( $d > 50$ ).

### Instrumentos

El CCE-R es una herramienta destinada a la medición de actitudes relacionadas con la socialización; su respaldo proviene de la psicología social, y parte de la teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen, y desde la pedagogía social, en la que se relaciona con la educación en valores, como ya ha quedado explicado con anterioridad<sup>11,13</sup>. El CCE-R (disponible en [www.doyma.es/ta](http://www.doyma.es/ta), volumen 5, número 2, en formato PDF) es un cuestionario autoaplicado que consta de 58 ítems que se responden según una escala de Likert con 4 posibilidades, que puntuán de 2 a -2. Estos ítems se agrupan por pares; en relación a un objeto, cada par está compuesto por un ítem positivo y otro negativo, lo que supone que la máxima puntuación para un par será de 4 y la mínima de -4. A su vez, los 29 pares que componen el test se agrupan en 5 factores que aparecen reunidos en un solo suprafactor al que denominamos socialización. Estos 5 factores se denominan cooperatividad (la disposición a trabajar con los demás en la búsqueda de objetivos comunes), autonomía (la disposición a regir el proyecto de vida propio mediante normas y objetivos propios), responsabilidad (la disposición a la toma de decisiones y la asunción de las consecuencias que de ellas se deriven), tolerancia (la disposición a admitir el derecho de los demás a obrar y pensar de modo y manera diferentes a los propios) y pertenencia (la disposición a sentirse parte importante y activa de un entorno social), de los que recogemos la descripción aparecida en anteriores publicaciones, en las que estos factores se desarrollan más ampliamente<sup>11,13</sup>.

### Variables

- Variables sociodemográficas: edad, sexo, droga que motiva la demanda y nivel de estudios alcanzado.
- Variables dependientes: pares y factores del CCE-R (29 pares y los 5 factores anteriormente mencionados: cooperatividad, autonomía, responsabilidad, tolerancia y pertenencia).

### Estadística

Se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 10.0 para Windows. Se realizaron análisis de frecuencias,

medidas de tendencia central, contraste de medias mediante análisis de varianza, y comparaciones de medias con la prueba *t* para muestras relacionadas entre los resultados pre y post. Se considera que existen diferencias estadísticamente significativas si *p* < 0,05.

## Resultados

En primer lugar, se describen las características sociodemográficas de la muestra (tabla 1); cabe destacar como significativas las siguientes observaciones:

— Los consumidores de cocaína ofrecen una edad promedio 7 años inferior a la de los otros grupos. De hecho, es éste el único subgrupo de consumo que se agrupa de forma mayoritaria en torno al grupo de edad de los menores de 27 años.

— Aunque en la muestra sólo sean 8 los sujetos que cuentan con estudios universitarios, la mitad de ellos presenta el alcohol como droga que suscita la demanda de atención.

— Solamente aparece una mujer consumidora de cocaína, mientras que en los varones es el alcohol la droga de menor incidencia.

Los datos, salvo algunas de las observaciones recogidas, coinciden en general con la descripción sociodemográfica de la población atendida en ese período.

En la tabla 2 se ofrecen los resultados de los 5 factores, el total del cuestionario y su distorsión en las fases pre y post, así como las diferencias entre ambos pasos, el resultado de la prueba *t* y la significación. Es importante destacar que en todo momento nos referimos a puntuaciones directas: esto resulta básico a la hora de interpretar los resultados ya que algunos fac-

**Tabla 1.** Descripción de la población

	N	%	Media edad	Desviación típica
<b>Sexo</b>				
Varón	57	81,42	32,26	7,09
Mujer	13	18,58	33,62	6,01
Total	70		32,51	6,88
<b>Estudios</b>				
Sin estudios	6	8,57	34,83	4,71
Estudios primarios	32	45,71	30,72	7,11
FP	14	20,0	33,50	7,74
ESO/BUP/COU	10	14,28	33,50	7,43
Universitarios	8	11,43	35,00	3,85
Total	70		32,51	6,88
<b>Sustancia</b>				
Heroína	39	55,71	34,36	6,08
Cocaína	20	28,57	27,70	7,36
Alcohol	11	15,71	34,73	4,24
Total	70		32,51	6,88

	Sustancia		Sexo		
	Heroína (n)	Cocaína (n)	Alcohol (n)	Varón (n)	Mujer (n)
<b>Estudios</b>					
Sin estudios	4	0	2	5	1
Primarios	18	10	4	28	4
FP	9	5	0	13	1
ESO/BUP/COU	7	2	1	6	4
Universitarios	1	3	4	5	3
<b>Edad (años)</b>					
Menores de 27	3	11	0	13	1
Entre 28 y 35	19	5	8	24	8
Mayores de 35	17	4	3	20	4
<b>Sexo</b>					
Varón	31	19	7		
Mujer	8	1	4		

**Tabla 2.** Diferencias pre-post

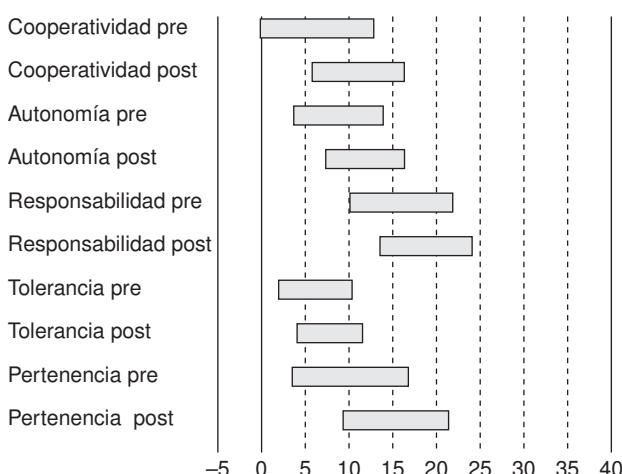
	Pre		Post		Prueba t	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica	t	Significación
Cooperatividad	5,96	6,42	10,97	5,22	6,37	0,00
Autonomía	8,74	5,05	11,84	4,59	4,98	0,00
Responsabilidad	15,84	5,83	18,70	5,20	4,90	0,00
Tolerancia	6,14	4,20	7,80	3,73	3,48	0,00
Pertenencia	10,14	6,65	15,34	5,97	6,38	0,00
Total CCE-R	46,83	20,87	64,66	18,69	8,21	0,00
Distorsión	30,09	10,14	23,66	8,21	-5,36	0,00

tores como responsabilidad y pertenencia están compuestos de 7 pares, mientras que otros como tolerancia se componen sólo de 4, autonomía de 5 y cooperatividad de 6. Por tanto, las diferencias en puntuación y diferencias han de interpretarse teniendo en cuenta que los 5 factores no se miden de forma exactamente igual. Como puede verse, en todos los apartados existen diferencias significativas, en sentido positivo para los 5 factores y el total del cuestionario, y en sentido negativo para la distorsión. El hecho de que se reduzca la desviación típica y aumente el promedio da idea de la tendencia de homogeneización que muestra la población al diferenciar entre pre y post. Por tanto, las puntuaciones tienden a agruparse más, y esta agrupación se dirige más a un movimiento de incremento que de decremento (fig. 1).

El análisis de los pares (tabla 3) en el pase pre ofrece como datos significativos que 3 de estos pares presentan un rango de 4 (los pares 6, 26 y 28), mientras que 4 de ellos alcanzan el rango 8 (pares 12, 16, 21 y

23). La misma prueba aplicada en el pase post nos ofrece como resultado un incremento general en los promedios alcanzados, así como modificaciones en los pares que alcanzan el rango 8, que ya no son los mismos (pares 23, 27 y 29) y hasta 7 pares que reducen su rango a 4, se mantiene solamente el par 6 entre ellos y se añaden los demás. En cuanto a la evolución de los pares, es de resaltar que todos ellos evolucionan positivamente. En el estudio por ítems, 56 evolucionan positivamente, mientras que 2 (los ítems 46 y 56) lo hacen en sentido negativo (valores de  $p$  de 0,043 y 0,071, respectivamente).

Entrando ya en la relación de las variables sociodemográficas con los resultados (tabla 4), tenemos que, en el apartado relativo a la droga principal, son los consumidores de cocaína los que obtienen un mejor resultado en el total del cuestionario al ingreso. Obtiene las puntuaciones más altas en todos los factores, a excepción de la cooperatividad, y esta observación se corrobora con las observaciones que hemos realizado con respecto a este tipo de población, selectiva, individualista y muy competitiva con otros. En las otras subpoblaciones, lo más destacable es que los consumidores de heroína están por debajo del promedio en todos los factores, a excepción precisamente de la cooperatividad, que resulta más alta. En la relación entre droga y resultados post, vuelven a aparecer los consumidores de heroína como los menos afortunados en la comparación, mientras que los consumidores de cocaína han mejorado en su punto débil y los alcohólicos también han realizado avances significativos. Aun así, los aspectos realmente importantes, no se refieren tanto a la comparación de resultados como a la comparación de la evolución de estas subpoblaciones; en este apartado, podemos ver el llamativo avance de los co-cainómanos en cooperatividad (el factor de mayor aumento) y pertenencia, al igual que en el caso de los alcohólicos la cooperatividad y la responsabilidad aumentan significativamente. Los avances en el total



**Figura 1.** Evolución pre post. Se presentan las puntuaciones medias correspondientes a cada uno de los factores.

**Tabla 3.** Análisis de pares pre-post

	Pre			Post		
	Rango	Media	Desviación típica	Rango	Media	Desviación típica
PAR1	6	2,07	1,59	4	2,61	1,19
PAR2	7	2,14	2,05	5	2,80	1,48
PAR3	7	1,86	1,57	4	2,64	1,24
PAR4	6	2,91	1,33	4	3,13	1,19
PAR5	7	2,06	1,47	5	2,46	1,21
PAR6	4	3,01	1,16	4	3,06	1,09
PAR7	6	2,17	1,44	5	2,71	1,25
PAR8	5	2,23	1,18	4	2,34	1,26
PAR9	7	2,36	1,60	4	2,94	0,96
PAR10	7	1,96	1,67	7	2,40	1,49
PAR11	7	1,93	1,96	5	2,87	1,36
PAR12	8	0,60	1,99	7	1,71	1,67
PAR13	7	0,91	1,73	7	1,17	1,66
PAR14	7	1,07	1,81	7	2,09	1,48
PAR15	7	0,61	1,94	6	1,63	1,50
PAR16	8	0,83	1,59	6	1,50	1,68
PAR17	7	0,96	1,78	7	1,53	1,69
PAR18	7	1,51	1,52	7	2,27	1,19
PAR19	6	2,53	1,45	6	2,90	1,06
PAR20	7	1,53	1,61	4	2,14	1,47
PAR21	8	1,49	2,24	5	2,67	1,41
PAR22	7	1,31	1,73	5	2,64	1,17
PAR23	8	0,93	2,57	8	1,80	2,22
PAR24	7	0,90	1,92	6	1,49	1,35
PAR25	6	1,53	1,74	6	2,19	1,34
PAR26	4	2,89	1,17	5	3,04	1,22
PAR27	7	0,97	1,64	8	1,50	1,79
PAR28	4	1,86	1,39	5	2,37	1,38
PAR29	7	-0,30	1,68	8	0,04	1,86

del cuestionario son significativos en prácticamente todas las subpoblaciones, exceptuando a los consumidores de cocaína en los factores autonomía, responsabilidad y tolerancia, y a los consumidores de alcohol en pertenencia. También cabe notar que estos últimos no alcanzan diferencias significativas en el nivel de distorsión.

A continuación, se exponen los resultados en función de la variable sexo (tabla 5). Las mujeres parten, en el cuestionario pre, con peores puntuaciones excepto en el caso de la responsabilidad, en que superan a los varones. Sin embargo, a la hora de consignar los resultados post, podemos observar que, hasta en 3 de los factores, las mujeres se sitúan por delante de los varones (además de responsabilidad, tolerancia y pertenencia). Esto tiene como resultado que las diferencias en el total del test, que en un principio eran de 5 puntos (42,9 para las mujeres y 47,7 para los varones) se reducen hasta ser de menos de 2 décimas (64,5 y 64,7, respectivamente). El índice de distorsión tam-

bien se reduce en el caso de las mujeres más que en los varones. Finalmente, vemos una vez más cómo los cambios que se producen en las 2 subpoblaciones resultan significativos, salvo en el apartado de autonomía referido al sexo femenino (tabla 5).

En el cruce entre los resultados y el nivel de estudios alcanzado (tabla 6), podemos observar en la subpoblación con estudios universitarios que en el test pre muestran una puntuación más alta que el resto, a excepción de los factores autonomía y pertenencia. A la hora de tener en cuenta este dato, hemos de relacionarlo necesariamente con lo anteriormente reflejado de que la mitad de ellos fueran alcohólicos (recordemos que esta subpoblación era la que más bajo puntuaba en autonomía y pertenencia), con lo que esto supone en cuanto a situaciones de riesgo y desarraigo familiar y social; aunque tampoco hay que dejar de tener en cuenta la escasa población de estas características ( $n = 8$ ). Los que tienen estudios medios, son los que más alto puntuán en pertenencia, al igual que en

**Tabla 4.** Análisis por sustancias pre-post

Heroína (n = 39)	Pre		Post		Prueba t	Significación bilateral
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica		
Cooperatividad	6,08	6,15	9,95	4,39	3,75	0,00
Autonomía	7,77	4,11	10,85	4,37	3,84	0,00
Responsabilidad	14,90	5,21	17,59	5,22	3,57	0,00
Tolerancia	5,49	3,61	6,59	3,66	2,03	0,04
Pertenencia	9,79	6,48	14,33	6,08	4,87	0,00
Total CCE-R	44,03	18,15	59,31	17,58	5,98	0,00
Distorsión	30,38	10,10	23,56	8,20	-4,23	0,00

Cocaína (n = 20)	Pre		Post		Prueba t	Significación bilateral
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica		
Cooperatividad	5,80	7,32	12,10	4,69	3,80	0,00
Autonomía	11,40	5,43	13,95	4,35	1,94	0,06
Responsabilidad	17,35	6,18	19,10	4,93	1,47	0,15
Tolerancia	7,05	5,23	9,05	3,62	1,66	0,11
Pertenencia	11,25	6,58	17,15	4,60	3,83	0,00
Total CCE-R	52,85	23,33	71,35	16,80	3,56	0,00
Distorsión	29,05	9,97	24,05	6,98	-2,51	0,02

Alcohol (n = 11)	Pre		Post		Prueba t	Significación bilateral
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica		
Cooperatividad	5,82	6,23	12,54	7,98	4,46	0,00
Autonomía	7,36	5,99	11,54	4,89	2,81	0,01
Responsabilidad	16,45	7,08	21,91	4,48	4,54	0,00
Tolerancia	6,82	4,04	9,82	2,60	3,61	0,00
Pertenencia	9,36	7,74	15,64	7,37	2,10	0,06
Total CCE-R	45,82	24,80	71,45	21,14	6,16	0,00
Distorsión	30,91	11,37	23,27	10,79	-2,06	0,06

autonomía. La subpoblación con puntuaciones más bajas en la práctica totalidad de factores es la que no cuenta con estudios, lo que da pistas sobre la bondad de ajuste entre el test y el nivel educativo alcanzado por la muestra, aunque hemos de volver a insistir en lo escaso de la muestra ( $n = 6$ ). En el test post, 3 de las subpoblaciones se sitúan por encima de los universitarios en cuanto a cooperatividad, mientras que éstos mantienen su hegemonía en responsabilidad y tolerancia. En el pase post, se mantienen las personas sin estudios como las de menor nivel de socialización. En cuanto a lo significativo de la evolución, resulta destacable que los cambios que no resultan significativos se concentren en la población con estudios universitarios, ni tan siquiera en el total del test, posiblemente, porque son los menos necesitados de la intervención socioeducativa; por otro lado, aparece como significativa en el total del test la evolución de todas las demás

subpoblaciones, y la más destacable es la de las personas con estudios primarios. Una vez más, en todas las subpoblaciones se reduce la distorsión de forma significativa, excepto en los casos de los individuos sin estudios, lo que puede generar dudas con respecto a la comprensión o no del test o, al menos de ciertos ítems por su parte. También resulta destacable que la subpoblación de formación profesional sea la que menos evoluciona en cuanto a diferencia entre el pre y el post, aunque dicha evolución sea significativa.

En lo que se refiere a la relación entre edad y resultados (tabla 7), podemos observar que es la subpoblación de mayor edad (mayores de 35 años) la menos susceptible al cambio; y, por el contrario, es ésta la subpoblación que más aumenta en responsabilidad. También resulta llamativo que las personas de mayor edad sean las que muestren un menor nivel en pertenencia, un factor que se escalona claramente en el test

**Tabla 5.** Análisis por sexos pre-post

Mujeres (n = 13)	Pre		Post		Prueba t	Significación bilateral
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica		
Cooperatividad	4,31	5,36	10,61	6,92	2,92	0,01
Autonomía	6,85	5,32	9,77	5,08	1,86	0,08
Responsabilidad	16,38	6,12	19,85	6,68	2,24	0,04
Tolerancia	5,54	2,85	8,15	3,18	3,10	0,00
Pertenencia	9,85	7,49	16,15	6,03	4,65	0,00
Total CCE-R	42,92	19,49	64,54	19,53	4,60	0,00
Distorsión	31,08	9,42	22,69	5,81	-4,87	0,00

Varones (n = 57)	Pre		Post		Prueba t	Significación bilateral
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica		
Cooperatividad	6,33	6,62	11,05	4,83	5,64	0,00
Autonomía	9,17	4,94	12,32	4,38	4,60	0,00
Responsabilidad	15,72	5,81	18,44	4,83	4,32	0,00
Tolerancia	6,28	4,46	7,72	3,86	2,61	0,01
Pertenencia	10,21	6,52	15,16	5,99	5,19	0,00
Total CCE-R	47,72	21,24	64,68	18,67	6,94	0,00
Distorsión	29,86	10,36	23,88	8,69	-4,22	0,00

post a lo largo de los grupos de edad, de menor a mayor. En lo que se refiere a lo significativo de los cambios, la evolución lo es para el total del cuestionario en todas las subpoblaciones; en todo caso, no lo es tanto en el caso de la autonomía y la tolerancia para los más jóvenes y de sólo la tolerancia para los más mayores, así como el nivel de distorsión, que no desciende significativamente en estos últimos.

## Discusión

En líneas generales, lo que los datos nos sugieren es, en primer lugar, que se produce un cambio en las puntuaciones del cuestionario en los sujetos que han realizado tratamiento en la CT, y que este cambio ocurre en dirección a un aumento de la socialización, estimada mediante las variables del CCE-R. Además, las puntuaciones del postest presentan una menor distorsión y se produce una homogenización entre los diversos subgrupos.

Aunque ya lo hayamos mencionado antes, hemos de insistir en la escasa representación de algunas subpoblaciones, con lo que esto puede influir en los datos recogidos y el estudio realizado, con los que resultaría temerario inferir conclusiones determinantes. Esto resulta especialmente destacable en la variable nivel de estudios, dado que las diferentes subpoblaciones tie-

nen un número bajo o muy bajo, exceptuando la que ha cursado estudios primarios (n = 32).

Aun así, cabe resaltar dentro de los resultados algunas observaciones. El acompañar el pase del cuestionario CCE-R a la cercanía cotidiana, y a la exploración de las historias de vida, facilita cierta correspondencia entre algunos de los factores estudiados y las características detectadas en la observación vicaria y en el conocimiento directo de los casos estudiados.

El factor cooperatividad ha mostrado puntuación negativa en residentes con un alto nivel de competitividad, individualistas, con resistencia a identificarse con el grupo de iguales y poco dispuestos a la colaboración; a su ingreso en la CT, son los consumidores de cocaína y alcohol los que más bajo puntuán en este apartado, aunque bien podemos diferenciar, basándonos en el conocimiento directo de estos dos perfiles, que en el caso de los consumidores de cocaína esto se debe más a una necesidad narcisista de sentirse diferentes (y «por encima») de los demás, mientras que en el caso de los consumidores de alcohol, nos encontramos con un perfil que muestra tendencia a aislarse del resto de compañeros, huraño y poco sociable, debido al estilo de vida que se mantiene en la etapa previa al ingreso en CT. Los resultados en el pase post del cuestionario arrojan resultados en los que se percibe que ha habido un incremento especialmente significativo

**Tabla 6.** Análisis por nivel de estudios pre-post

	Pre		Post		Prueba t	Significación bilateral
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica		
<b>Sin estudios (n = 6)</b>						
Cooperatividad	3,33	5,32	8,67	5,71	2,82	0,03
Autonomía	4,17	4,75	8,17	3,54	1,74	0,14
Responsabilidad	11,67	3,78	18,33	4,50	3,24	0,02
Tolerancia	5,50	2,88	5,50	2,34	0,000	1,00
Pertenencia	7,67	4,13	11,50	7,31	1,14	0,30
Total CCE-R	32,33	11,34	52,17	14,19	5,61	0,00
Distorsión	32,67	12,66	31,17	14,72	-0,24	0,81
<b>Estudios primarios (n = 32)</b>						
Cooperatividad	5,59	6,34	11,48	5,28	4,71	0,00
Autonomía	8,50	4,37	12,61	4,20	4,85	0,00
Responsabilidad	15,25	6,28	18,61	4,95	3,37	0,00
Tolerancia	5,25	5,35	7,90	4,08	3,15	0,00
Pertenencia	8,31	6,61	14,84	6,29	4,64	0,00
Total CCE-R	42,91	21,70	65,45	19,05	6,24	0,00
Distorsión	32,53	10,33	25,45	7,15	-3,90	0,00
<b>Formación profesional (n = 14)</b>						
Cooperatividad	6,86	7,43	11,00	3,37	2,36	0,03
Autonomía	9,93	4,63	11,43	4,45	1,12	0,28
Responsabilidad	16,93	5,36	17,64	5,24	0,86	0,40
Tolerancia	6,86	2,51	7,00	3,23	0,17	0,86
Pertenencia	11,50	6,39	14,21	3,49	1,92	0,07
Total CCE-R	52,07	17,42	61,29	16,24	2,47	0,02
Distorsión	29,93	9,73	23,57	6,76	-2,27	0,04
<b>ESO/BUP/COU (n = 10)</b>						
Cooperatividad	5,90	6,93	11,30	6,43	2,30	0,04
Autonomía	11,20	4,16	12,80	6,75	0,82	0,43
Responsabilidad	16,80	3,22	20,00	6,18	2,05	0,07
Tolerancia	7,30	2,71	9,00	3,86	2,15	0,06
Pertenencia	14,10	5,15	20,90	3,87	5,14	0,00
Total CCE-R	55,30	16,32	74,00	20,63	3,52	0,00
Distorsión	25,50	5,23	19,80	5,86	-3,92	0,00
<b>Universitarios (n = 8)</b>						
Cooperatividad	7,87	5,59	10,37	6,74	1,28	0,24
Autonomía	8,00	7,65	11,62	3,11	1,57	0,16
Responsabilidad	18,25	7,52	20,87	4,45	1,35	0,21
Tolerancia	7,50	3,34	9,25	3,54	1,14	0,29
Pertenencia	12,00	8,37	16,87	3,56	1,68	0,13
Total CCE-R	53,62	27,37	69,00	16,35	1,84	0,10
Distorsión	24,37	10,70	16,75	4,33	-2,54	0,03

en estas 2 subpoblaciones, de lo que se infiere que ambos grupos se han integrado en el grupo, y los co-cainómanos de la muestra han reducido la tendencia individualista a la que hacíamos referencia anteriormente, mientras que los consumidores de alcohol han mejorado e intensificado sus habilidades para las relaciones sociales.

El factor autonomía muestra valores bajos en personas con alto nivel de dependencia, no sólo en lo que a las sustancias se refiere, sino también en cuanto a las relaciones sociales, ya sea de la pareja, de la familia o del grupo de relación cercano; personas altamente influenciables, con carencias para tomar decisiones y establecer líneas propias de actuación, que tienden a

**Tabla 7.** Análisis por rangos de edad pre-post

Menores de 27 años (n = 14)		Pre		Post			
		Media	Desviación típica	Media	Desviación típica	Prueba t	Significación bilateral
Cooperatividad	5,00	7,10	11,00	3,88	3,12	0,008	
Autonomía	11,43	5,80	14,14	4,70	1,67	0,119	
Responsabilidad	15,86	6,01	18,86	5,65	1,91	0,078	
Tolerancia	6,36	5,86	7,93	3,71	1,07	0,305	
Pertenencia	10,21	4,37	16,79	5,51	3,80	0,002	
Total CCE-R	48,86	22,23	68,71	17,98	3,12	0,008	
Distorsión	30,29	8,42	24,29	7,59	-3,21	0,007	
De 28 a 35 años (n = 32)		Pre		Post			
		Media	Desviación típica	Media	Desviación típica	Prueba t	Significación bilateral
Cooperatividad	5,72	6,65	12,09	4,87	5,54	0,000	
Autonomía	8,69	4,54	12,00	3,83	3,74	0,001	
Responsabilidad	17,53	5,88	19,94	5,27	3,29	0,003	
Tolerancia	5,970	4,09	8,12	4,24	3,62	0,001	
Pertenencia	10,87	7,43	15,50	5,83	3,44	0,002	
Total CCE-R	48,78	21,63	67,66	18,83	6,07	0,000	
Distorsión	29,59	9,71	21,72	6,70	-6,04	0,000	
Mayores de 35 años (n = 24)		Pre		Post			
		Media	Desviación típica	Media	Desviación típica	Prueba t	Significación bilateral
Cooperatividad	6,83	5,84	9,46	6,10	2,19	0,039	
Autonomía	7,25	4,80	10,29	5,02	2,90	0,008	
Responsabilidad	13,58	5,05	16,96	4,49	3,11	0,005	
Tolerancia	6,25	3,29	7,29	3,04	1,34	0,192	
Pertenencia	9,12	6,75	14,29	6,44	4,21	0,000	
Total CCE-R	43,04	19,34	58,29	17,95	4,81	0,000	
Distorsión	30,62	11,85	25,87	9,93	-1,67	0,109	

dejarse llevar por la opinión de otros o por la presión recibida de ellos. Si partimos de la sustancia por la que se ha demandado tratamiento, son los cocainómanos los que mayor puntuación dan en el pase pre del test, posiblemente un dato relacionado de forma muy estrecha con la intensidad de los síntomas que genera el síndrome de abstinencia de las diferentes sustancias y con el estilo de relación social de cada uno de los 3 perfiles. En el pase post, detectamos que los cambios significativos se dan en las subpoblaciones de heroínomanos y alcohólicos (las que muestran mayores carencias en este apartado a su ingreso), aunque en todas se produzca mejora. Otra observación que resulta significativa tiene que ver con la variable sexo, dado que las mujeres muestran un menor nivel de autonomía en los 2 pases del test, y el cambio no resulta todo lo significativo que debería en esta subpoblación. Posiblemente esto se deba a la aparición observada de code-

pendencia dado que, en el caso de las mujeres en tratamiento en CT, se ha observado que su pareja (especialmente si es consumidora) juega un papel decisivo y determinante en el desarrollo del proceso, cosa que no ocurre en el caso de los varones. También es destacable que, respecto a la variable edad, a medida que el residente es mayor, su nivel de autonomía se reduce significativamente en los 2 pases del test; entendemos que esto puede deberse a 2 posibles factores: 1) que la edad más avanzada supone mayores responsabilidades familiares y menor capacidad para tomar decisiones de forma unilateral, y 2) que en la muestra estudiada los participantes de mayor edad eran consumidores sobre todo de alcohol y heroína, y los más jóvenes de cocaína (recordemos que los cocainómanos muestran una edad promedio 7 años menor que la de los otros perfiles), con lo que se relacionaría con lo expuesto anteriormente respecto a estos perfiles; aunque sería

un dato a estudiar en profundidad, parece más probable que los resultados obtenidos se deban a este segundo factor.

El factor responsabilidad suele puntuar bajo en personas que proyectan en su entorno las causas de sus problemas, justifican sus errores aduciendo motivos externos y muestran dificultades para asumir responsabilidades en lo cotidiano y, especialmente, respecto al desarrollo del proceso de tratamiento: delegan en los profesionales decisiones y los culpan de lo que no funciona y les atribuyen los logros obtenidos. En este aspecto, los heroinómanos muestran en el primer pase del test un nivel inferior al de los otros perfiles, posiblemente debido a que son una población a la que por parte de algunos técnicos se etiqueta de «enfermos» —como plantean Aguilar et al<sup>14</sup>: «el modelo de drogodependencia como enfermedad no sólo persiste, sino que rebrota periódicamente»—, esto nos hace suponer que desciende su responsabilidad personal en un proceso de cambio como el que requiere el tratamiento de su drogodependencia. Los consumidores de alcohol les siguen en una situación muy parecida, y es en estas 2 poblaciones donde se producen cambios significativos del pre al post, tras la incorporación de la responsabilidad propia dentro del proceso de tratamiento. En lo que se refiere al sexo, es éste el único factor en el que las mujeres muestran en el primer pase del test un nivel superior a los varones; podemos atribuir esta circunstancia al papel de la mujer dentro de la sociedad, dado que son ellas las que por lo general han tenido que hacer frente a las cargas familiares (cuidado de la casa, de los hijos, etc.) más frecuentemente que los varones. En el caso de la edad, se repite lo apuntado en el factor autonomía, relacionado posiblemente con el cruce edad-sustancia.

Respecto al factor tolerancia, las puntuaciones más bajas suelen mostrarlas personas impacientes, intransigentes, exigentes con el entorno y que tienden a ser muy críticos con los otros. Es éste un factor que se comporta de forma peculiar, posiblemente por ser el que menos ítems contiene y que, por tanto, ofrece una información menos compactada. Así, los cambios que se reflejan del primer test al segundo, son significativos solamente en subpoblaciones muy concretas.

El factor pertenencia puntúa bajo en personas que muestran un alto nivel de desarraigo, ya sea por ruptura de las relaciones familiares o de pareja, o por haber mantenido un estilo de vida autodestructivo y asocial que ha conducido a un alto nivel de deterioro personal, prácticamente sin la presencia de lazos afectivos con personas del entorno. Una vez más, las poblaciones que más bajo puntúan en este factor son los con-

sumidores de heroína y alcohol, las sustancias cuyo consumo genera más desestructuración social y más probablemente ha supuesto la ruptura de vínculos afectivos y relacionales. Se producen cambios significativos en consumidores de heroína y de cocaína, pero en el caso de los de alcohol no son significativos debido a la varianza observada en el resultado post.

La unión de los 5 factores comentados da como resultado un suprafactor al que denominamos socialización; en todos los casos se producen diferencias significativas pre-post con respecto a este suprafactor. Los cocaínomanos parten de una posición más avanzada que los otros perfiles, posiblemente debido a que son la subpoblación más integrada socialmente. Otro aspecto a destacar es que las mujeres parten de un punto inferior en el test pre (5 puntos por debajo de los varones), pero en el pase final del test ambas poblaciones están muy parejas, con lo que podríamos decir que la CT reduce las diferencias sociales respecto a los sexos. Respecto a la variable edad, cabe resaltar que las subpoblaciones que experimentan un mayor crecimiento son las de menor edad.

Este suprafactor, la socialización, es definido como «un proceso de interacción entre la sociedad y el individuo, por el que se interiorizan las pautas, costumbres y valores compartidos por la mayoría de los integrantes de la comunidad, se integra la persona en el grupo, se aprende a conducirse socialmente, se adapta la persona a las instituciones, se abre a los demás, convive con ellos y recibe la influencia de la cultura, de modo que se afirma el desarrollo de la personalidad»<sup>15</sup>.

Diversas teorías sobre la etiología del consumo de drogas, como la de la conducta problema de Jessor y Jessor<sup>16</sup> o la de la socialización primaria de Oetling y Donnermeyer<sup>17</sup>, postulan que el inicio en el consumo de drogas está muy relacionado con la existencia de déficit dentro del proceso de socialización, tanto primaria como secundaria. Y podemos confirmar que en muchos de los casos de los que se compone esta muestra, se produjeron carencias en estas etapas: en el ámbito familiar (ausencia, pérdidas o separaciones), en el ámbito escolar (fracaso escolar, problemas de lectoescritura, de dicción, de lateralidad), en el grupo de iguales (búsqueda de sensaciones, pequeña delincuencia, consumo de otras drogas) y en las relaciones intercausales entre estas tres agencias de socialización parece haberse formado el germen de lo que luego ha devenido en un problema de drogadicción en muchas de estas personas. Algunos autores como Fermoso<sup>15</sup> nos dicen que las personas con problemáticas sociales necesitan de un proceso de «resocialización»; enten-

demos que las personas que demandan tratamiento e inician su estancia en una CTP se encuentran en el momento de la demanda en una situación de desadaptación social, y que su primera necesidad es la de dar respuesta al momento vital en que se encuentran. Y que las respuestas pasan por facilitar su integración dentro del grupo social normalizado al que pertenecen, y por ponerles en situación de regresar a la vida normal.

Núñez y Planas<sup>18</sup> plantean que para «el acceso, circulación y/o mantenimiento en los circuitos sociales amplios, normalizados» el soporte es la educación social. Y Petrus<sup>19</sup>, en relación con este aspecto, apunta que «si la socialización es el largo proceso que conduce a la correcta inserción del individuo en la vida del grupo, la educación social sería el complejo mecanismo gracias al cual un individuo asume los valores, las normas y los comportamientos del grupo al que desea integrarse».

El papel de la educación social en el ámbito de las drogodependencias se ha mantenido en un lugar menor a lo largo del tiempo, debido a diversos motivos: en primer lugar, a que «la figura del educador ha sido tradicionalmente contemplada como secundaria, y a veces se ha ocultado una falta de cualificación, por otra parte innecesaria para abordar funciones de mero control o de apoyo a disciplinas predominantes»<sup>7</sup>. Por otra parte, la carencia de elementos objetivos que justificaran que la intervención socioeducativa resultaba efectiva ha sido otro de los mayores impedimentos. Las políticas generales tampoco han facilitado la inclusión de educadores sociales en los equipos multidisciplinares que trabajan en este ámbito; las «disciplinas predominantes» a las que hacía referencia la cita anterior se centran de forma casi exclusiva en la persona drogodependiente como individuo, sin tener en cuenta en muchas ocasiones una perspectiva ecológica, sistémica o, simplemente, social de ella, algo que nos parece importante desde el momento en que tomamos en consideración al drogodependiente como un ser social y, como tal, con necesidades sociales, entendiendo éstas como las que se generan de la relación de un individuo con su ecosistema y sus diferentes componentes. Y en muchos casos resulta necesaria la presencia de una figura que facilite el correcto ajuste entre la persona y su medio, con lo que la expresión «mediador social» recupera en este caso toda su riqueza semántica.

Así, en la actualidad, los educadores sociales ven en muchos casos orientadas sus capacidades al trabajo en prevención, y se puede entender que una vez que se ha producido el problema de la adicción ya no es tan

importante la educación, algo no sólo discutible sino difícilmente demostrable. En el polo opuesto, se orienta al educador social al trabajo específico en reducción del daño, se lleva a cabo una captación de personas en situación de riesgo sanitario, con objetivos que, disfrazados de educación para la salud, no dejan de convertir al agente de la educación en un actor secundario en cuestiones médicas, un ejecutor de medidas de cumplimiento de mínimos, lo que antes se consignaba como «una función de mero control o apoyo a disciplinas predominantes». Entendemos que esta labor, aun siendo necesaria, es insuficiente teniendo en cuenta las capacidades del educador social y su potencial para trabajar sobre otros objetivos más ambiciosos.

En lo que se refiere al trabajo concreto sobre el problema de drogodependencia y la generación de alternativas adaptativas que supongan una integración al medio social, aun cuando existen puntualmente educadores sociales en los centros ambulatorios de las redes específicas, el papel del educador social está restringido casi en exclusiva a las CTP. Y no deja de destacarse que la intervención como tal dentro del proceso de rehabilitación pueda ser calificada como prevención terciaria, o que se haya conceptualizado el recorrido desde el consumo hasta la abstinencia como un proceso de reducción progresiva del daño. Son éstas consideraciones que explican desde diferentes puntos de vista la labor de rehabilitación acometida desde lo que ha dado en llamarse por parte de algunos autores, y creemos que acertadamente, el «modelo español de comunidad terapéutica», donde los educadores, y esto no hemos de olvidarlo, tienen más presencia que en ningún otro, sin duda debido al carácter profesional del mismo.

Los educadores sociales tienen en su contra la práctica inexistencia de estudios sobre el cambio producido en CT en aspectos socioeducativos, con lo que su labor es admitida, pero no suficientemente valorada, por la falta de resultados tangibles y objetivos de su intervención. Esto se debe a 2 factores clave, desde nuestra perspectiva: en primer lugar, lo heterogéneo de las personas que han compuesto este estrato profesional a lo largo de la evolución de las CTP, con una formación muy diversa, lo que dificultaba el encuentro de aspectos comunes que poder evaluar, ya que cada profesional tenía, como se suele decir, «su propio librillo», a excepción de ciertos aspectos comunes. Dado que el punto de partida era diferente, difícilmente podían acordarse medidas y elementos objetivables comunes, aun cuando todas las figuras de esta índole se agruparan bajo la denominación de «educador es-

pecializado»<sup>18</sup>. Un segundo motivo es la práctica inexistencia de disponibilidad de herramientas de medida de dichos aspectos, aunque en este tema nos parece importante que se lleve a cabo también un proceso autocrítico ya que tampoco se ha hecho —al menos, hasta muy recientemente— el esfuerzo de generarlas, a no ser de una forma muy parcelada. Pero, retomando lo anteriormente reflejado, se entiende como necesidad la utilización de una herramienta que permita medir el ajuste social del individuo, no sólo a la CTP, sino que pueda, de algún modo, predecir su ajuste a su entorno social.

La aplicación del CCE-R en la CT Barajas supone un ejemplo de lo que puede ser un sistema común de evaluación del cambio producido en las CTP en cuanto al nivel de socialización de las personas atendidas, y ofrece a los educadores sociales y, en general, a los equipos multiprofesionales que en ellas trabajan, un instrumento prometedor para evaluar cualitativamente los logros de su labor.

## Conclusiones

A la vista de los resultados, parece evidente que se produce un aumento en el nivel de socialización de la población estudiada, de forma general y en cada uno de los factores.

Asimismo, hemos de señalar como importante que la evolución en los diferentes factores se produce por lo general de forma más intensa en aquellos que, de partida, eran más deficitarios, y de forma más ligera en los que anteriormente ya alcanzaban un nivel ade-

cuado. Estos datos respaldan la idea de que se puede conjugar un trabajo grupal de forma colectiva con otro de carácter más individual que permita avances más específicos en relación con las necesidades del drogo-dependiente, y que de esta forma se ha trabajado con esta población en la CT Barajas.

También se hace necesario matizar que el resultado de esta evaluación no es, ni nunca podría serlo, achaicable de forma exclusiva a la labor socioeducativa realizada; en todo caso, puede afirmarse que es fruto del trabajo conjunto entre las diferentes áreas de intervención (psicoterapéutica, social, sanitaria y, evidentemente, educativa). Muchos de los avances educativos que se puedan haber producido habrán dependido en ciertos momentos de la intervención efectuada por otros profesionales en coordinación. Una de las características del trabajo en equipo, como dice uno de los ítems del propio cuestionario, es que «la satisfacción sea compartida», al mismo nivel que la responsabilidad colectiva de los profesionales.

Hemos de recordar que la muestra se nos antoja reducida para el propósito del trabajo. Sería necesario ampliarla con datos recogidos y estudios realizados en otras CTP para poder incrementar los datos referidos a algunas subpoblaciones y establecer perfiles concretos según niveles de socialización y los factores que los componen.

Los resultados presentados en este estudio avalan que el proceso de tratamiento en una CT de carácter profesional y marcadamente educativo produce cambios en la socialización de las personas que lo realizan, dada la significación general de las diferencias entre el nivel de socialización de los usuarios al ingre-

## Bibliografía

1. Olivar A. El trabajo educativo en la Comunidad Terapéutica de Barajas. *Educación y Futuro* 2000;3:131-5.
2. Núñez Pérez VM. Modelos de educación Social en la Época Contemporánea. Barcelona: PPU, 1990.
3. Aguilar L. Variables que influyen en el tratamiento en CT. Un estudio de seguimiento. *Gaceta de la Asociación de Profesionales de Comunidades Terapéuticas para Toxicómanos* 1995;1-2:17-27.
4. Comas Arnau D. Criterios y normas para la homologación de Comunidades Terapéuticas Profesionales para toxicómanos. Madrid: APCTT, 1994; p. 37-9.
5. Comas Arnau D. Los equívocos del «rol» de las Comunidades Terapéuticas para Toxicómanos. VII Jornadas Estatales de Profesionales de Comunidades Terapéuticas para Toxicómanos. Bilbao: APCTT, 1992; p. 6.
6. Pedrero Pérez EJ. La Comunidad Terapéutica desde fuera: aportaciones al debate sobre la imagen de la CT. *Gaceta de la Asociación de Profesionales de Comunidades Terapéuticas para Toxicómanos* 1996;1-2:47-53.
7. Aguilar Gil I. Retención en Comunidad Terapéutica: la CT profesional de Barajas. *Adicciones* 1997;9:181-94.
8. Comas Arnau D. Historia y situación actual de las Comunidades Terapéuticas en el ámbito español. Actas del IV Congreso Europeo Aprender y cambiar: la comunidad terapéutica en la red asistencial: objetivos y estrategias. ITACA-FADA, 2000; p. 16-7.
9. Fernández C, Llorente JM, Gutiérrez M, Niso M. Características de personalidad de heroínomanos tratados en una Comunidad Terapéutica. *Adicciones* 1996;8:33-51.
10. Pedrero Pérez EJ, Martínez Higueras IM. Marco teórico para la evaluación de resultados en la comunidad terapéutica profesional: confluencia de aspectos psicológicos y educativos. *Adicciones* 2001;13:253-61.

11. Pedrero Pérez EJ, Martínez Higueras IM, Olivar Arroyo A. Desarrollo y validez de un cuestionario para medir el cambio educativo en comunidades terapéuticas para drogodependientes. *Adicciones* 2002;14:33-46.
12. Olivar Arroyo A. La evaluación del trabajo socioeducativo en Comunidad Terapéutica Profesional: fundamentación pedagógica del Cuestionario de Cambio Educativo (CCE) [en prensa]. *Adicciones*.
13. Pedrero Pérez EJ, Olivar Arroyo A. Revisión del Cuestionario de Cambio Educativo en Comunidad Terapéutica Profesional (CCE-R): estructura factorial y relación de la socialización con variables de personalidad y psicopatología. *Trastornos Adictivos* 2003;5:88-106.
14. Aguilar Gil I, del Río de Miguel L, Pedrero Pérez EJ. *El Educador Social y las drogodependencias*. Madrid: GID, 1997.
15. Fermojo Estébanez P. *Pedagogía Social. Fundamentación científica*. Barcelona: Herder, 1993.
16. Jessor R, Jessor SL. *Problem behavior and psychosocial development*. Nueva York: Academic Press, 1977.
17. Oetting ER, Donnermeyer JF. Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance. I. *Substance Use & Misuse* 1998;33:995-1026.
18. Núñez Pérez VM, Planas i Massaneda T. *La Educación Social Especializada. Historia y perspectivas: una propuesta metodológica*. En: Petrus A, editor. *Pedagogía Social*. Barcelona: Ariel, 1997; p.104.
19. Petrus Rotger A. *Concepto de Educación Social*. En: Petrus A, editor. *Pedagogía Social*. Barcelona: Ariel, 1997; p. 21.