

DOMINGO COMAS ARNAU

EL TRATAMIENTO DE LA DROGODEPENDENCIA Y LAS COMUNIDADES TERAPEUTICAS

Ministerio de Sanidad y Consumo
Delegación del Gobierno para el
Plan Nacional sobre Drogas

A Josune
que hizo posible cada buena idea.

© Ministerio de Sanidad y Consumo
© Domingo Comas Arnao



Edita:
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
Secretaría General Técnica
Publicaciones, Documentación y Biblioteca
Paseo del Prado, 18-20. 28014 MADRID
Diseño gráfico:
JACOBO PEREZ-ENCISO
Imprime:
RUMAGRAF, S. A.
Nicolás Morales, 34. 28019 MADRID
ISBN: 84-7670-072-5
NIPO: 351-87-067-4
Depósito legal: M-1120-1988

*Lo que sí importa respecto a todos los
artesanos, es que los talleres de los
maestros sean manifiestos y conocidos,
para evitar fraudes o abusos, y poderlos
visitar y corregir a tiempo. Este debe
ser el cuidado del veedor, y el alcalde de
barrio, para ir anotando las nuevas tiendas
o talleres, que se establecieren, en los
libros, que deben tener estos alcaldes del
vecindario.*

Conde de Campomanes.

Discurso sobre la educación popular de
los artesanos y su fomento.

Madrid. Imprenta de D. Antonio de Sancha. 1775.

INDICE

Prólogo Salvador Giner	15
1. Introducción	19
2. Evolución Histórica	25
2.1. La Comunidad Terapéutica	27
2.2. La reacción anti-institucional como metáfora	32
2.2.1. Synanon como mito fundacional	33
2.2.2. El proceso de normalización: Daytop Village como paradigma	35
2.2.3. Vino viejo en odres nuevos	37
2.3. La inevitable reinstitucionalización	38
2.3.1. La reaparición de las instituciones públicas ...	41
3. Una visión general de las Comunidades Terapéuticas para drogodependientes en España	47
3.1. La irrupción de las Comunidades Terapéuticas para drogodependientes en la sociedad española. Primeros estudios	49
3.2. El concepto de Red	56
3.3. Evolución, volumen y ocupación de las Redes	58
3.4. Descripción de cada una de las Redes	62
3.4.1. La Red Pública	62
3.4.2. La Red Privada	63
3.4.3. La Red de <i>El Patriarca</i>	65
3.4.4. La Red de las Iglesias Evangélicas	68
3.4.5. La Red <i>Proyecto Hombre</i>	69
3.4.6. La Red Narconon	70
4. La imagen social y la demanda de C.T.D.	73
4.1. Metodología	75
4.2. Modelo general	78
4.3. El discurso de la salvación	82
4.3.1. La motivación personal como condición im- prescindible	82
4.3.2. Un castigo admitido y necesario	83
4.3.3. La segunda ruptura	87
4.3.4. El reto de la abstinencia	87
4.3.5. La militancia como alternativa	89

4.4.	El seductor discurso de la fatalidad	90
4.4.1.	El discurso de los padres	91
4.4.2.	El discurso de la recaída.....	94
4.5.	La demanda social y el complejo de fracaso	99
5.	Perfil sociológico de los atendidos	103
5.1.	La recogida de datos	105
5.2.	Estructura de edades	106
5.3.	Estructura por sexos	107
5.4.	Hábitat	107
5.5.	Nivel socioeconómico	108
5.6.	Antecedentes judiciales	109
5.7.	Familia estable	109
5.8.	Tiempo de dependencia	110
5.9.	Tipo de droga consumida	111
5.10.	Causas de internamiento	112
6.	Espacio, situación y condiciones materiales	115
6.1.	Distribución geográfica	117
6.2.	Características físicas de los centros	118
6.3.	Servicios e instalaciones	121
6.4.	Modelo de exigencias espaciales y materiales	124
7.	Admisión y desintoxicación.....	127
7.1.	Mecanismo de acceso	129
7.2.	Condiciones de admisión.....	131
7.2.1.	Enfermedades infecto-contagiosas, mentales y trastornos de conducta	131
7.2.2.	Problemas judiciales	133
7.2.3.	Vecindad, edad y sexo	134
7.3.	Programa de desintoxicación.....	135
7.4.	Voluntariedad y motivación.....	137
8.	La dinámica interna de convivencia y participación	141
8.1.	Contrato Terapéutico y Reglamento de Régimen Inter- rior	143
8.1.1.	Concepto y características.....	143
8.1.2.	Contenido de los documentos.....	145
8.1.3.	Utilidad y función	148
8.2.	Actividades prohibidas y sanciones aplicadas	149
8.3.	La dinámica de los programas.....	152
8.3.1.	Tiempo medio de duración	152
8.3.2.	Altas, abandonos y expulsiones	154

9.	Equipo terapéutico y sistema jerárquico	159
9.1.	Equipo terapéutico	161
9.1.1.	El concepto de profesional.....	161
9.1.2.	Características generales y sociodemográficas	162
9.1.3.	Tipo de relación y horario laboral	163
9.1.4.	Titulación profesional	164
9.1.5.	Colaboradores esporádicos y voluntarios	166
9.2.	Roles, titulaciones y funciones	167
9.3.	Responsabilidades y toma de decisiones.....	169
10.	Organización del trabajo y actividades	173
10.1.	Filtros metodológicos	175
10.2.	Actividades realizadas	176
10.3.	Contenido de las actividades.....	177
10.4.	Distribución del tiempo por Redes.....	180
10.5.	Asambleas	182
11.	La intervención terapéutica.....	185
11.1.	Los Programas Terapéuticos	187
11.2.	El problema de la identificación de los Programas	190
11.3.	El método Internacional Narconon.....	192
11.4.	La conversión Evangélica	195
11.5.	<i>Proyecto Hombre</i> de rehabilitación	197
11.6.	El método de rehabilitación de <i>Le Patriarche</i>	199
11.7.	La Psicoterapia explícita	201
11.8.	Análisis comparativo de ciertas variables	206
11.8.1.	Factores de eficacia terapéutica	206
11.8.2.	Intercambios	207
11.8.3.	Actividades complementarias	207
11.8.4.	Objetivos terapéuticos.....	208
11.9.	El caso de los <i>Programas familiares</i>	211
11.10.	¿Porque aparecen las <i>C.T.D. de día?</i>	216
12.	La problemática de la reinserción social	219
12.1.	Planteamiento del problema	221
12.2.	Los programas de Reinserción en las C.T.D.	223
12.3.	La perspectiva de la Reinserción Social desde las C.T.D.	226
12.3.1.	Valoración de dificultades	226
12.3.2.	Fijación de objetivos y estrategias de medi- ción	229
13.	Posibilidades de evaluación	233
13.1.	Los mecanismos de evaluación en las C.T.D.....	235

13.1.1.	Los problemas de la instrumentalización ..	235
13.1.2.	Medios y controles analíticos	237
13.1.3.	Criterios de alta	238
13.2.	Propuesta de un modelo general de evaluación	239
13.2.1.	Dificultades estructurales	241
13.2.2.	Los objetivos de la evaluación	242
13.2.3.	Modelo de evaluación	244
13.3.	Evaluación y acreditación.....	255
14.	Conclusiones	257
14.1.	Apreciaciones conceptuales y aspectos globales	259
14.2.	Ventajas e inconvenientes de las C.T.D.....	262
14.3.	El posible y aconsejable rol de las C.T.D.....	267
14.4.	Algunas recomendaciones puntuales a corto y medio plazo.....	273
15.	Planteamiento y metodología de la investigación	275
15.1.	Planteamiento general	277
15.2.	Metodología	282
15.3.	Precisiones epistemológicas	287
16.	Bibliografía y Documentación utilizadas	297
17.	ANEXOS	317
A.	Cuestionario utilizado.....	319
B.	Censo de C.T.D.....	341

PROLOGO

La importancia terapéutica de lo comunitario ha sido descubierta por la medicina y las ciencias de la salud hace poco tiempo. Habrá que perdonar a los sociólogos que contemplen el descubrimiento con una cierta sonrisa. Y es que la afirmación explícita de las funciones curativas de toda comunidad es tan antigua como la misma sociología, o por lo menos, se remonta al gran clásico de Ferdinand Tonnies, Comunidad y Asociación, publicado por vez primera en 1887. En efecto, tanto la teoría como la investigación sociológica han confirmado la hipótesis de que los factores de disgregación, competición y pugna sociales que minan el equilibrio grupal e individual en las civilizaciones avanzadas, y que producen daños a quienes las viven, pueden hallar su contrapartida benéfica en el refugio que ofrecen las relaciones comunitarias: la familia, la amistad, el movimiento social, el gremio acogedor, el clan. Es más, la tradición abierta por Tonnies insiste en el hecho de que los grupos comunitarios son fuente de moralidad y el único cobijo a la medida humana frente a las aristas de la burocracia, la impersonalidad de los aparatos estatales, las grandes compañías anónimas y el anonimato de la civilización urbana. Si bien estos son factores que pueden llevar a ciertos estratos marginados hacia el crimen, el delito y la anomía, y empujar a muchos individuos a toda suerte de drogadicción, las comunidades, por su parte, pueden actuar como mecanismos compensatorios contra ellos, siempre que reúnan ciertas condiciones específicas.

La afirmación del médico como monopolizador de la facultad curativa, seguida históricamente de la del hospital, como única institución para la curación misma excluía la más mínima consideración de la vieja hipótesis sociológica del valor terapéutico de las comunidades. No obstante, y andando el tiempo, se ha producido por fin ese redescubrimiento, que ha conducido —tras un período de preparación abierto por el auge de la medicina psicosomática y la psiquiatría— a poner en el centro de la terapéutica la noción de lo comunitario.

El importante estudio que sigue, elaborado por el notable especialista en la sociología y la antropología de las drogas en España, Do-

mingo Comas, constituye un hito en la investigación de la dimensión comunitaria y social de la terapéutica de la drogadicción. Su excepcionalidad estriba precisamente en partir de unas bases teóricas sólidas al tiempo que suministra a sus lectores un informe rico y competente sobre el estado de la cuestión en España. El texto que el lector tiene en sus manos constituye una guía indispensable —no hay otra— sobre la problemática de la rehabilitación, la reinserción y la recuperación de los drogodependientes tal como ocurre hoy en nuestro país, al tiempo que tal guía se enfrenta con problemas políticos, administrativos y de política social con un número notable de sugerencias prácticas para su solución.

16 Para empezar, la paciente y rigurosa investigación realizada por Domingo Comas no consiste en un mero inventario de las comunidades terapéuticas existentes, sino que su análisis se extiende a los valores, ideología, ramificaciones y base social y económica de cada una de ellas. La cautela científica que caracteriza al autor hace que el análisis se realice con particular serenidad: piénsese que —a veces con las mejores intenciones, otras con intenciones más dudosas, como en el caso de ciertas sectas religiosas— las Comunidades Terapéuticas casi nunca están libres de designios ulteriores por parte de quienes las ponen en marcha. Hoy en día se ha puesto de moda la glorificación de la sociedad civil (quizá como reacción ante quienes han querido modernizar y reformar el ámbito público y estatal). Esa glorificación, por su parte, ha conllevado a menudo una aceptación de toda iniciativa que sea privada, sin parar mientes en el cariz que algunas de ellas tienen. Como el lector podrá constatar no es lo mismo una Comunidad Terapéutica para drogodependientes organizada por un grupo laico de profesionales que una organizada por una comunidad católica progresista, que otra formada en torno al culto de una figura paterna y carismática o, en fin, que otra que posee todas las características de una secta para iniciados. Si bien es cierto, pues, como dije al principio, que el valor terapéutico de lo comunitario es indiscutible, también lo es que es preciso distinguir entre comunidades diversas y entre métodos de cura colectiva distintos. En este terreno hay iniciativas que surgen de la sociedad civil y que son admirables y beneficiosas, mientras que otras son de muy dudosa naturaleza. Este libro ayuda, precisamente, a distinguir entre ambas.

El Gobierno, a través del Plan Nacional sobre Drogas, aprobado en 1985, expresó su voluntad de conocer con mayor exactitud la problemática creada por las drogodependencias y las toxicomanías. Uno de sus primeros frutos ha sido esta investigación, en la que Domingo Comas explora un aspecto hasta ahora desconocido de los procesos terapéuticos y de reintegración social de los exdrogadictos y extoxicómanos, el de su paso por una Comunidad Terapéutica y, en muchos casos, su continuada permanencia en ella. Digo que es un aspecto desconocido no en el sentido de que no posea publicidad ni reciba atención por

parte de la prensa y los demás medios de comunicación, sino por la carencia de información fiable y desapasionada sobre ellos. El autor comienza haciendo una historia de su origen (claramente extramédico) a finales de los años 50, en California, y traza su evolución posterior, en la que tuvo lugar, por un lado el proceso de dignificación médica y por otro el de la «vía alternativa» representada por grupos de toda índole en los que caben las sectas religiosas. Más adelante se adentra en la descripción y análisis de los diversos grupos y movimientos de Comunidad Terapéutica para drogadictos que se han ido extendiendo por España. Para ello —y según los criterios metodológicos que expone en su capítulo dedicado a las bases científicas de su investigación— combina los análisis y descripciones de las situaciones con las exposiciones subjetivas que realizan «pacientes» y participantes en cada una de las unidades estudiadas. A pesar de estas premisas de objetividad y neutralidad valorativa, el informe de Domingo Comas no sume a su lector en la perplejidad, sino que abre las puertas a una política social sobre drogodependencias que puede ser más eficaz que la que hasta ahora ha predominado, plagada por una cierta falta de criterio coherente de actuación.

En efecto, el autor toma varias posiciones firmes, con las que este prologuista está plenamente de acuerdo. Querría aprovechar este lugar para subrayar con claridad algunas de ellas.

17 En primer lugar, hace falta una política más dedicada aún por parte de los entes públicos en lo que se refiere a la drogadicción y su curación. La mayor parte de las críticas que se hacen contra el Estado asistencial en España van desencaminadas en lo que se refiere a su supuesto exceso de volumen. Al hacerlas, la ideología de glorificación indiscriminada de la sociedad civil no se percató de que el Estado asistencial en España nunca consiguió ni el volumen ni el alcance de los países pioneros en este proceso. En España hay que reformar el aparato asistencial pero también hay que llenar cumplidamente sus carencias. Una de ellas es el desarrollo de una política social avanzada. Y, desdichadamente, ésta debe prestar una atención especial a las consecuencias de la drogadicción. Es menester, además, que la política social pública tome conciencia de los aspectos positivos de la cura por comunidad terapéutica para extenderlos a otros grupos no precisamente de toxicómanos, como puedan ser los adolescentes fugados de sus casas, ciertas madres solteras, los jugadores crónicos y otras categorías de enfermos. Podrían extenderse incluso a ciertos colectivos de delincuentes. Una futura red general, debidamente descentralizada y ágil, de comunidades terapéuticas asistidas públicamente, podrá constituir una parte sustancial de la política social gubernamental.

En segundo lugar, las Comunidades Terapéuticas, a pesar de sus efectos beneficiosos (aunque parciales, pues no son panaceas que resuelvan

todos los problemas, ni mucho menos) pueden representar mundos cerrados («instituciones totales» en la jerga sociológica) con consecuencias contraproducentes. Es menester la apertura y la «des-sectarización» de algunas de ellas. Ultimamente algunas autoridades en el tratamiento de la drogadicción han hecho énfasis en el hecho de que, según ellos, la familia y los amigos constituyen una terapia mucho más eficaz que la de los centros de reinserción para los toxicómanos, con una crítica velada —y a veces no tan velada— contra las Comunidades Terapéuticas montadas expresamente para la curación. No cabe duda que este argumento es importante, siempre que exista esa familia y esos amigos para dar soporte al proceso de reinserción, o que unos y otros no sean precisamente los causantes de la drogadicción de forma directa o indirecta. Los profesores de psicoterapia que han iniciado en Italia este contraataque civilizado contra las Comunidades Terapéuticas deberían antes asegurarse de que el medio ambiente social del drogadicto permite tales sugerencias. En todo caso, el tratamiento colectivo del toxicómano con sus familiares y amigos no puede sino reforzar y ser complementario al recibido en una Comunidad Terapéutica, siempre que ésta sea abierta y no dogmática.

18

Para combatir este último peligro Domingo Comas propone la creación de una red pública, médica y sociológicamente solvente de Comunidades Terapéuticas que consigan alguna forma sólida de acreditación. La acreditación no debería realizarse según criterios antiliberales de exceso de intervencionismo estatal ni de hiperburocratización, sino mediante un establecimiento de garantías mínimas de seriedad, buena fe, competencia terapéutica, ausencia de intereses ulteriores escondidos (como los que ocurren con algunas sectas religiosas) y demás garantías. No se trata de inmiscuirse en unas comunidades para las que es crucial el componente espontáneo y autónomo, sino de dotarlas de un marco legal, económico y social adecuado, con condiciones mínimas de habitabilidad, recursos, higiene y competencia profesional. El presente estudio de Domingo Comas constituye un primer paso, fundamental para iniciar esa tarea urgente en nuestro país.

Salvador Giner

1. INTRODUCCION

Durante el año 1986, el Plan Nacional sobre Drogas, planteó la necesidad de acceder a un conocimiento lo más exacto posible del fenómeno de las Comunidades Terapéuticas para drogodependientes, y en especial, poseer una valoración de sus posibles roles y funciones desde la perspectiva de la incidencia psicoterapéutica de tal modelo de institución. Este planteamiento condujo a la realización de una investigación cuyos resultados ofrecemos aquí y que intenta responder a una serie de preguntas en torno a la cuestión fundamental de, qué son y para qué sirven, las Comunidades Terapéuticas.

El texto que sigue a continuación es una reproducción exacta del informe entregado al P.N.D. en la primavera de 1987 con sólo dos modificaciones, la primera un cambio de ubicación del capítulo *Planteamiento y metodología de la investigación*, que de ocupar la cabecera del texto ha pasado a ser el capítulo 15, con objeto de que el lector no especialista no tenga que pasar por la experiencia de un discurso para técnicos y la segunda relativa al anexo B, ya que el censo se ha completado con las nuevas Comunidades Terapéuticas aparecidas entre el verano de 1986 (censo original) y el verano de 1987.

La cuestión del tratamiento de la drogodependencia permanece aún, en una gran medida, como un problema sin resolver. No cabe duda que en los últimos años hemos avanzado, no sólo en una mejor comprensión de los mecanismos de la dependencia sino también en el desarrollo de técnicas e instrumentos que posibilitan intervenciones positivas o al menos evaluaciones fiables de los resultados de las mismas, pero, como ya hemos señalado en otras publicaciones, determinantes corporativos e ideológicos impiden una aplicación sistemática de nuestros conocimientos e inhiben, en parte, la expectativa de unos mejores resultados.

Las Comunidades Terapéuticas constituyen uno de los métodos de tratamiento más conocidos, más publicitado, y como veremos, aquél que es más demandado por los afectados. Sin embargo, la reciente aparición de tales instituciones en nuestro país, su rápido desarrollo, la espontaneidad sobre la que se han creado y el permanente proceso de cambio al que se encuentran sometidas, han impedido, hasta ahora, que se pudiera formalizar bien lo que se está haciendo en las Comunidades Terapéuticas. Cada vez que nos hemos parado, en España y fuera de ella, a analizar qué era esto de las Comunidades Terapéuticas, la dinámica real del fenómeno nos ha sobrepasado rápidamente, y lo que ocurría en el momento siguiente ya no respondía a los resultados del análisis.

En un cierto sentido esto significa que se están superando permanentemente cotas, lo que resulta positivo tanto para el conocimiento científico como para la obtención de buenos resultados en las intervenciones, pero también significa que quizá se han estado realizando

cosas muy poco correctas. Nuestras esperanzas están puestas en que una vez superada la etapa de creación y aparición del fenómeno, éste adquiere una cierta estabilidad que posibilita un análisis más correcto e intervenciones más adecuadas.

Hay que tener muy claro que las drogas ilegales, implican, por su sola existencia, una serie de rupturas gnoseológicas con la mayoría de los corpus básicos de conocimiento y praxis. Tales rupturas se articulan a través de discursos sociales para los que los presupuestos científicos son puras categorías de uso. Ninguna explicación, ni farmacológica, ni psicológica, ni sociológica, ni económica, ni política, permite acceder a una interpretación mínimamente coherente de lo que son las drogas ilegales, ya que la categoría *droga* es a la vez una construcción, un discurso puramente social y una realidad, o conjunto de realidades químicas que se interaccionan con sujetos concretos, para producir consecuencias que sólo pueden comprenderse desde una doble lectura: química y social, siendo mutuamente la una función de la otra.

Desde nuestra perspectiva, la *droga* admite y permite cualquier excepcionalidad, por encima de cualquier otra consideración. Tenemos un claro ejemplo de tal excepcionalidad en el hiperformalizado Derecho Internacional, que se plantea sin demasiadas tensiones el abandono del principio fundamental de la Soberanía Nacional ante la *amenaza de las drogas*, lo que nos parece muy bien, pero por otro lado este mismo Sistema Internacional es capaz de llevarnos a la destrucción nuclear total en aras del mantenimiento del mismo principio. Las normas de nuestro propio ordenamiento jurídico se rompen ante las drogas que parecen funcionar con una normativa propia, con *reglas de juego* distintas.

Para los científicos sociales esta situación proporciona un campo experimental de investigación muy interesante. La excepcionalidad con la que se tratan los temas de las drogas posibilita reenfocar muchos temas tradicionales y contrastarlos desde esta excepcionalidad. Hasta el punto, de poder pensar que las drogas están equivaliendo para las Ciencias Sociales, lo que la carrera espacial para las nuevas tecnologías y consiguientemente para la reordenación industrial.

Es en este contexto que se plantea el tema de las Comunidades Terapéuticas y el tratamiento de las drogodependencias y por ello, no puede ser analizado más que teniendo en cuenta temas tan aparentemente ajenos al mismo como las expectativas sociales, las normas administrativas, la existencia y características del Welfare State, las deficiencias del sistema de atención a la Salud Mental, los modelos teórico-cognitivos de intervención psicoterapéutica, etc.,... pero como además nuestro objetivo es percibir una realidad singular y dinámica, podemos y debemos realizar un análisis sociológico sobre el fenómeno

en sí mismo, para disponer de elementos que nos permitan comprender tal contexto global.

El resultado de nuestro trabajo está a la vista y esperamos haber contribuido a la clarificación de lo que son las Comunidades Terapéuticas para drogodependientes, debiendo señalar, que al resultado final han colaborado una serie de personas a las que me cabe agradecer su participación y esfuerzo personal, tales agradecimientos incluyen a Salvador Giner cuyo prólogo avala el apoyo que siempre manifestó por ésta y anteriores investigaciones, a Consuelo Aguado Bonet, que aportó un informe sobre *Reinserción Social* cuya discusión orienta muchas de las conclusiones de este texto, a Emiliano Martín González por el informe *La terapia individual, grupal y familiar en psicología* que se ha utilizado como un criterio de determinación conceptual de los términos psicoterapéuticos aparte de otros usos metodológicos que señalaremos más adelante, a Almudena Silva Rivera que participó en parte de las visitas a Comunidades Terapéuticas y realizó un trabajo cualitativo sobre las Comunidades Terapéuticas de las Iglesias Evangélicas, a Gonzalo García Pérez que con infinita paciencia tabuló y codificó los resultados del cuestionario y la información disponible, a Ernestina García Villanueva por la labor de corrección, a Isabel Hernández de la Sota y a José Carrón Sánchez que realizaron en el campo de las reuniones de grupo, y al resto de miembros del Grupo Interdisciplinar sobre Drogas que con su participación en nuestros seminarios durante los últimos años han sido siempre fuentes de fecunda contrastación de ideas.

Tengo también que agradecer las respuestas y el interés demostrado por aquellos que contestaron el cuestionario, los que me atendieron en las visitas, los diferentes entrevistados que me aportaron información e ideas, todos ellos anónimos porque son infinitos, aunque tenga que destacar a los agrupados en la Asociación de Profesionales de Comunidades Terapéuticas, cuya labor transcurre en paralelo a esta investigación. Asimismo agradezco la colaboración de múltiples y anónimos afectados, sus familias, internos en Comunidades Terapéuticas y colectivos de reinsertados, de los que sólo he recibido muestras de colaboración e interés. En este sentido tengo que señalar que la absoluta totalidad de Comunidades Terapéuticas de todas las Redes, con matices que aparecen en el texto, me proporcionaron información y me atendieron amablemente en todo momento.

Finalmente tengo que señalar, y agradecer, a los técnicos y funcionarios del Plan Nacional sobre Drogas, cuyos nombres no cito porque fueron todos, la comprensión y apoyo que me mostraron en todo momento y que se tradujo en facilidades de todo tipo, aún en los casos en los que mis demandas se realizaban en términos de absoluta precipitación.

En cualquier caso este libro refleja exclusivamente los resultados

de una investigación de la que soy el único responsable, tanto por las metodologías y las conclusiones obtenidas, como por algunas opiniones personales que reflejan mis puntos de vista particulares en relación a ciertas cuestiones. En este sentido, la participación y colaboración en la investigación, no significa un acuerdo absoluto con los resultados de la misma, ni por supuesto un compromiso con las propuestas realizadas. El tema de las drogodependencias es tan complejo y tiene tantos flecos, que en ocasiones uno mismo se sorprende de las propias opiniones en el transcurso de los años, sin que ello no signifique que ciertas cosas empiezan a estar claras.

Madrid, junio 1987.

2. EVOLUCION HISTORICA

2.1. La Comunidad Terapéutica

En el mundo anglosajón coincidieron desde la década de 1920, una fuerte tradición asilar, un importante despliegue de recursos públicos con una gran preocupación por la Salud, que condujeron a replantearse el rol tradicional del hospital psiquiátrico como institución de *guarda* y al desarrollo de proyectos basados en la *curación* del enfermo. Evidentemente esto ocurrió porque el conjunto de recursos públicos dedicados a la Salud Mental cubría las demandas mínimas de la población y era preciso dar ya otra respuesta.

Se produjeron, especialmente en Inglaterra, una serie de intentos reformadores, que no siguieron una línea única, ya que coexistían la reciente influencia Psicoanalítica con las consideraciones ambientalistas de la Psiquiatría Social e ideas como el *total push* de Myerson que posteriormente daría lugar al nacimiento de la Terapia Ocupacional. En este hervidero reformista es donde nacería la idea de Comunidad Terapéutica.

Todos los autores están de acuerdo en que fue la Segunda Guerra Mundial la que planteó una serie de exigencias que posibilitaron el nacimiento del modelo de las Comunidades Terapéuticas (Rapoport, 1968). Algunos atribuyen este logro al incremento de la demanda de atención generado por los trastornos que la contienda producía en soldados y población (Clark, 1970), otros a una toma de conciencia de la sociedad inglesa sobre los problemas sociales de la Salud Mental hasta entonces ocultos (Schitar, 1972) y finalmente, otros a la participación de los Psiquiatras como técnicos en cajas de reclutamiento, lo que les proporcionó una visión mas holística de los problemas de Salud Mental (Castel, 1980).

Lo cierto es que en 1946 se utilizó por vez primera el término Comunidad Terapéutica en un artículo de T.F. Main (*The Hospital as a Therapeutic Institution*, aparecido en la revista *Bulletin of the Menninger Clinic*, pag. 10-66. 1946) dedicado a los trabajos de los Psiquiatras del grupo de Northfield, el más conocido de los cuales era Bion.

Pero fue Maxwell Jones el que recogiendo *tan acertado término* (Rapoport, 1968) lo convirtió en un concepto real que codificaba su propia labor al frente de una serie de Hospitales, Mill Hill (1941-44), Dartford (1945-47), Henderson (1947-59) y a partir de esta última fecha en el Dingleton Hospital de Melrose, en los cuales aplicó sus concepciones «*inicialmente al tratamiento de pacientes con enfermedades orgánicas de origen funcional y que paulatinamente fueron extendidas al ámbito psiquiátrico sin selección de pacientes*» (Clark, 1973). En realidad el éxito del concepto fue más social que político, como lo demuestra el hecho de que la primera versión de lo que luego se convirtió en el *clásico* de las Comunidades Terapéuticas (Jones, 1970) se ti-

28

tuló en su primera edición (1952) *Social Psychiatry*, y no fue hasta una reedición de 1962 que cambió el título por el de *The Therapeutic Community*.

Las características y definición de la Comunidad Terapéutica estuvieron siempre bastante claros, con independencia de la evolución real de muchos de los centros que se calificaban de tales, pero es preciso reseñarlas porque parecen un poco olvidadas. Lo primero que hay que decir es que la Comunidad Terapéutica ES SIEMPRE UN HOSPITAL PSIQUIATRICO que adopta ciertas características diferenciales en el contexto de la Terapia Ambiental y la Psiquiatría Administrativa (Rapoport, 1968):

- Visión holística del Hospital.
- Actitud permisiva.
- Incremento de la participación de los pacientes.
- Ampliación de la base de la terapia.
- Rehabilitación.

En nuestra opinión, y tras un cuidadoso repaso de los distintos textos, es esta última característica la que diferencia filosóficamente la Comunidad Terapéutica de otras alternativas en Salud Mental: el objetivo prioritario de la rehabilitación y el rechazo a cualquier rasgo de aislamiento, hasta el punto de que aquellos Hospitales Psiquiátricos que mantengan un régimen asilar no pueden ser Comunidades Terapéuticas (Jones, 1970). Otro *detalle* importante en la propuesta de Jones, se derivaba de la visión holística del hospital y tenía que ver con la creación de una *Cultura Terapéutica* compartida por internos y pacientes en sus relaciones cotidianas y que se adquiría, entre otros medios complementarios, mediante las asambleas mixtas, sin ser esta la única función de las asambleas.

La Comunidad Terapéutica representa el último eslabón de un proceso que comenzó con la crisis del movimiento asilar y la creación del moderno hospital psiquiátrico, y nada mejor para escenificar este cambio que la evolución de las normas básicas del centro en relación al paciente:

Para el *moderno hospital* es preciso que el paciente reciba (Clark, 1973):

- el sustento necesario.
- el cuidado médico adecuado contra las enfermedades.
- protección contra el abuso y el peligro.
- protección de sus propios impulsos.
- siendo sus necesidades la primera preocupación del Hospital.

La O.M.S. adopta, a la luz de todas las reformas realizadas en los años de la postguerra, incluida la Comunidad Terapéutica, los siguientes principios en el famoso 3º *informe del Comité de Expertos en Salud Mental* (Expert Committee on Mental Health, 1953):

- preservar la personalidad del paciente.
- confiar en el paciente
- actividad y trabajo.
- mejorar la comunicación con el equipo.
- evitar sanciones por mal comportamiento.

Que vendrían a ser completadas por las normas de la Comunidad Terapéutica (Jones, 1970):

- libertad para comunicarse
- análisis de todos los sucesos en la C.T. en función de la dinámica individual e interpersonal.
- provisión de experiencias de aprendizaje.
- achatamiento de la pirámide de autoridad.
- examen del rol.
- reunión de comunidad.

29

Al citado 3º *Informe del Comité de Expertos en Salud Mental* le siguieron el quinto y el séptimo (Comité de expertos en Salud Mental, 1957 y 1959) que vendrían a significar la puesta de largo para la Psiquiatría Social, que esencialmente significa, considerar el Hospital Psiquiátrico como una Comunidad Terapéutica donde la terapia ambiental y ocupacional ocupan un lugar clave en el contexto de una sectorialización de recursos y población, que posibilite la interacción del Hospital con el medio social. Además coincidió este planteamiento con una serie de investigaciones muy pertinentes, que vinieron a confirmar sociológicamente todos aquellos aspectos negativos que la idea de Comunidad Terapéutica quería superar.

Las primeras investigaciones, entre las que merecen nuestra atención las de Stanton y Schwartz (1954), Belknap (1956) y Caudill (1958) fueron realizadas con metodología antropológica en hospitales con orientación psicoanalítica, y se caracterizaban por lo que Rapoport ha calificado de *estudios segmentales* (Rapoport, 1968), ya que relacionaban exclusivamente ciertas variables con la *sociocultura hospitalaria del paciente*. En el caso de Stanton y Schwartz aparecen las relaciones existentes entre el desacuerdo encubierto prevaleciente en el personal sanitario y la excitación clínica manifestada por los enfermos, en el caso de Belknap se describe el rol del personal auxiliar y de mantenimiento, el que tiene una mayor estabilidad en la institución, como configurador básico de esta cultura hospitalaria, y en el de Caudill se señala la función de ciertos *conocimientos* por parte de los pacientes y en con-

28

tuló en su primera edición (1952) *Social Psychiatry*, y no fue hasta una reedición de 1962 que cambió el título por el de *The Therapeutic Community*.

Las características y definición de la Comunidad Terapéutica estuvieron siempre bastante claros, con independencia de la evolución real de muchos de los centros que se calificaban de tales, pero es preciso reseñarlas porque parecen un poco olvidadas. Lo primero que hay que decir es que la Comunidad Terapéutica ES SIEMPRE UN HOSPITAL PSIQUIATRICO que adopta ciertas características diferenciales en el contexto de la Terapia Ambiental y la Psiquiatría Administrativa (Rapoport, 1968):

- Visión holística del Hospital.
- Actitud permisiva.
- Incremento de la participación de los pacientes.
- Ampliación de la base de la terapia.
- Rehabilitación.

En nuestra opinión, y tras un cuidadoso repaso de los distintos textos, es esta última característica la que diferencia filosóficamente la Comunidad Terapéutica de otras alternativas en Salud Mental: el objetivo prioritario de la rehabilitación y el rechazo a cualquier rasgo de aislamiento, hasta el punto de que aquellos Hospitales Psiquiátricos que mantengan un régimen asilar no pueden ser Comunidades Terapéuticas (Jones, 1970). Otro *detalle* importante en la propuesta de Jones, se derivaba de la visión holística del hospital y tenía que ver con la creación de una *Cultura Terapéutica* compartida por internos y pacientes en sus relaciones cotidianas y que se adquiriría, entre otros medios complementarios, mediante las asambleas mixtas, sin ser esta la única función de las asambleas.

La Comunidad Terapéutica representa el último eslabón de un proceso que comenzó con la crisis del movimiento asilar y la creación del moderno hospital psiquiátrico, y nada mejor para escenificar este cambio que la evolución de las normas básicas del centro en relación al paciente:

Para el *moderno hospital* es preciso que el paciente reciba (Clark, 1973):

- el sustento necesario.
- el cuidado médico adecuado contra las enfermedades.
- protección contra el abuso y el peligro.
- protección de sus propios impulsos.
- siendo sus necesidades la primera preocupación del Hospital.

La O.M.S. adopta, a la luz de todas las reformas realizadas en los años de la postguerra, incluida la Comunidad Terapéutica, los siguientes principios en el famoso 3º *informe del Comité de Expertos en Salud Mental* (Expert Committee on Mental Health, 1953):

- preservar la personalidad del paciente.
- confiar en el paciente
- actividad y trabajo.
- mejorar la comunicación con el equipo.
- evitar sanciones por mal comportamiento.

Que vendrían a ser completadas por las normas de la Comunidad Terapéutica (Jones, 1970):

- libertad para comunicarse
- análisis de todos los sucesos en la C.T. en función de la dinámica individual e interpersonal.
- provisión de experiencias de aprendizaje.
- achatamiento de la pirámide de autoridad.
- examen del rol.
- reunión de comunidad.

29

Al citado 3º *Informe del Comité de Expertos en Salud Mental* le siguieron el quinto y el séptimo (Comité de expertos en Salud Mental, 1957 y 1959) que vendrían a significar la puesta de largo para la Psiquiatría Social, que esencialmente significa, considerar el Hospital Psiquiátrico como una Comunidad Terapéutica donde la terapia ambiental y ocupacional ocupan un lugar clave en el contexto de una sectorialización de recursos y población, que posibilite la interacción del Hospital con el medio social. Además coincidió este planteamiento con una serie de investigaciones muy pertinentes, que vinieron a confirmar sociológicamente todos aquellos aspectos negativos que la idea de Comunidad Terapéutica quería superar.

Las primeras investigaciones, entre las que merecen nuestra atención las de Stanton y Schwartz (1954), Belknap (1956) y Caudill (1958) fueron realizadas con metodología antropológica en hospitales con orientación psicoanalítica, y se caracterizaban por lo que Rapoport ha calificado de *estudios segmentales* (Rapoport, 1968), ya que relacionaban exclusivamente ciertas variables con la *sociocultura hospitalaria del paciente*. En el caso de Stanton y Schwartz aparecen las relaciones existentes entre el desacuerdo encubierto prevaleciente en el personal sanitario y la excitación clínica manifestada por los enfermos, en el caso de Belknap se describe el rol del personal auxiliar y de mantenimiento, el que tiene una mayor estabilidad en la institución, como configurador básico de esta cultura hospitalaria, y en el de Caudill se señala la función de ciertos *conocimientos* por parte de los pacientes y en con-

creto «qué clase de fantasías le gustaba oír a cada médico durante la psicoterapia» (Clark, 1973).

En realidad, el contraste entre estudios segmentales y estudios holísticos ofrecido por Rapoport obedece a otro factor, el diferente enfoque entre su investigación y la de E. Goffman sobre una Comunidad Terapéutica hospitalaria. En el caso de Rapoport realizada en el Henderson Hospital en estrecha colaboración con el director Maxwell Jones y en el caso de Goffman desde la semiclandestinidad del puesto de profesor ayudante de gimnasia en Hospital St. Elizabeth de Washington, el centro norteamericano que mejor había adoptado las nuevas técnicas de la Comunidad Terapéutica (Castel, 1980). Rapoport nos proporciona una visión globalizadora desde la gestión y para la gestión de la Comunidad Terapéutica que aparece como fenómeno complejo, mientras Goffman nos proporciona la visión particular desde el paciente del hospital como cultura total y por lo tanto elemental.

Mientras la obra de Rapoport es poco conocida, la de Goffman se elevó a la categoría de mito, por razones que desentrañaremos en el próximo apartado, pero lo cierto es que Goffman está hablando en su obra *INTERNADOS* de una Comunidad Terapéutica y en la que aparte de proporcionarnos una interesante versión de «lo que pasa por la cabeza del paciente» concluye con una frase lapidaria: No cree que exista «una solución mejor para el manejo de estas personas llamadas enfermos mentales» (Goffman, 1984).

La investigación de Rapoport en cambio aportó una serie de elementos más operativos que informativos, que tenemos que mencionar porque luego vamos a utilizar (Rapoport, 1974).

1) La necesidad de diferenciar claramente el nivel psicoterapéutico del nivel de las actividades destinadas a la adquisición de hábitos sociales, ya que tal distinción es la que permite evitar la aparición de conflictos entre papeles manifiestos y encubiertos, entre distintos temas ideológicos y entre normas intrahospitalarias y extrahospitalarias relativas a la conducta social.

2) El interés que podría derivarse de las oscilaciones orgánicas que se producían en la Comunidad que siempre liberaban una gran cantidad de energía entre los pacientes, energía que se podía utilizar positivamente si se conseguía encauzar adecuadamente.

3) Se correlacionó positivamente la aceptación por parte del paciente de la cultura del centro y la mejoría que éste experimentaba, así como unos tiempos mínimos y máximos de estancia.

4) Como elementos a superar se señalaban, en primer lugar la imposibilidad de romper la correlación existente entre la situación socioeconómica del paciente en el exterior y el buen proceso terapéutico y en segundo lugar la discontinuidad sociocultural entre la Comunidad Terapéutica y la comunidad social exterior. Dos temas aún recurrentes.

En las mismas fechas que aparecieron las investigaciones de

Goffman y Rapoport (1961) se publicó el libro de B. Bettelheim sobre su experiencia en los campos de exterminio nazis (Bettelheim, 1973). Este texto posibilitó una reflexión desde el campo del psicoanálisis, el cual hasta entonces se había mantenido básicamente al margen del fenómeno de las Comunidades Terapéuticas, aunque algunos de los líderes del movimiento eran psicoanalistas, como Bion, y otros como M. Jones, realizaron análisis didáctico en su caso con Melanie Klein durante tres años (Roig-Traver, 1986). Sin embargo Bettelheim fue la primera autoridad psicoanalítica en señalar el valor del medio ambiente en el cambio de la personalidad, «tuve que aceptar que el medio ambiente podía cambiar la personalidad totalmente, no sólo la del niño, sino también la del adulto» (pág. 23) y que «las personas que, conforme a la teoría psicoanalítica, como la entendía entonces, deberían haber soportado mejor el rigor de la experiencia en los campos de concentración, a menudo resultaban ejemplos muy deficientes de comportamiento humano, bajo una gran tensión. Otras personas que, conforme al mismo conjunto de teorías y a las posibilidades en que se basan, deberían haber actuado deficientemente, dieron brillantes ejemplos de valor y dignidad humanos. Asimismo observé cambios rápidos no sólo en el comportamiento sino también en la personalidad, cambios increíblemente rápidos y a menudo mucho más radicales que los que pudieran producirse en el tratamiento psicoanalítico» (pág. 22). «Desde entonces me ha preocupado el siguiente problema: hasta qué grado el medio ambiente puede influir y modelar al hombre, su vida y personalidad, y hasta qué grado no puede hacerlo; de qué manera y hasta qué grado puede utilizarse el medio ambiente para modelar la vida y la personalidad, y de qué manera debiera desarrollarse la personalidad para soportar cualquier medio ambiente, o en otro caso, cambiarlo por otro mejor» (pág. 45).

Con independencia de la influencia real del libro de Bettelheim, que es una obra más sociopolítica y moralizante que técnica, no cabe duda de que escenifica un cambio de actitud del psicoanálisis en los años 60. De ahí que sea siempre citado por los adscritos a esta corriente, que les llevará a plantearse, y lo veremos en España, no sólo una aceptación del valor del modelo de las Comunidades Terapéuticas, sino incluso una alternativa, clasificada explícitamente de anti-jonesiana, en consideración a que Jones no resuelve los conflictos de la personalidad que bloquean la maduración personal y realiza el proceso de rehabilitación a través de la implantación de una serie de prejuicios narcisistas tanto en el equipo como entre los pacientes (Zarcone, 1980).

En todo caso, las Comunidades Terapéuticas no son un tema cerrado, se sigue discutiendo sobre su posible implantación en diversos países, como es el caso italiano (Papa et al., 1986) e incluso en la propia Inglaterra (Page, 1983), al tiempo que continúan las evaluaciones del modelo, como la última realizada en el Henderson Hospital (Morris, 1983) que permitió construir un sistema de predictores de evolución a partir de los cambios en la autoestima del paciente y proponer nuevos métodos para modificar la autoestima. Por ello presuponemos que se está perfeccionando el sistema, aunque el tema pertenece al ám-

bito de la organización de los servicios de Salud Mental y se encuentre algo ajeno a nuestro objeto de estudio, si bien desde otra perspectiva puedan ser temas recurrentes.

2.2. La reacción anti-institucional

Mientras se estaban desarrollando esta serie de procesos de reforma en el ámbito de lo psiquiátrico, y al tiempo que las diferentes investigaciones sobre las instituciones psiquiátricas estaban empezando a crear un modelo crítico de referencia para muchos jóvenes titulados, sin que en principio tuviera mucha relación, se estaban produciendo otra serie importante de fenómenos.

El acontecimiento mas importante es sin duda la aparición de SYNANON, matriz que inspiraría todo el movimiento de las C.T.D. en los EE.UU. (Daytop Village, Phoenix House, Delancey Street, Tuum Est, Cedu, ...) creando un modelo de Comunidad Terapéutica, que desde nuestra perspectiva es justamente lo contrario a aquello que pretendía Jones. Diversos autores califican al modelo de Jones de modelo europeo y aquél que nació con Synanon como modelo americano (Roig-Traver, 1986, Mann, 1987). No estamos del todo de acuerdo con esta dualidad geopolíticamente maniquea, ya que obvia el hecho fundamental de que fue en EE.UU. donde más se generalizó el modelo de Jones (recordemos que el Hospital St. Elizabeth de Whashington donde Goffman realizó el trabajo de campo para *Internados* era un centro en el que se tenían cuenta las normas de la Comunidad Terapéutica). Por otro lado, hay que señalar que si las C.T.D. no nacieron en Europa fué porque no existía demanda en aquel momento, posteriormente no sólo se expandieron en nuestro continente, sino que también se crearon modelos europeos originales.

A nuestro entender Synanon es más bien un referente metafórico de todo un conjunto de procesos que se dieron en EE.UU. durante los años 60 y que crearon un amplio movimiento anti-institucional, no sólo en el campo del tratamiento de las drogodependencias sino en todo lo que fueron las *Free Clinics* y otros fenómenos alternativos en Salud Mental. En el campo de las drogodependencias tampoco fueron las C.T.D. la única respuesta alternativa, las experiencias de *consumo controlado*, los sistemas telefónicos de autoayuda, las experiencias Marathon (Hoag, 1984), las técnicas como la Meditación Trascendental (C.E.R.E.S, 1984) y otros inventos generaron un panorama muy amplio y diverso. Merece especial atención referirse a Narcóticos Anónimos que aunque incardinada en una tradición mas antigua, también participaba de las mismas actitudes anti-institucionales (y anti-profesionales). Constituida en aquellos años, hoy en día sea posiblemente

la mayor *organización subterránea* de tratamiento de las drogodependencias en EE.UU. (Peyrot, 1985).

Nuestro interés, en todo caso, se va a limitar a las C.T.D. ya que estamos sólo rastreando los orígenes de un fenómeno concreto que interesa a los fines de nuestra investigación. Pero debemos antes aclarar que, contrariamente a lo que se suele afirmar, sostenemos la hipótesis de que el movimiento de las C.T.D. surge en EE.UU. no contra el exceso de control de los Servicios Sociales y de Salud Mental (Castel, 1982), sino por todo lo contrario, porque las reformas estaban erosionando seriamente un sistema y éste ofreció resistencias al cambio. El hecho de que en el movimiento participaran, a partir de un momento determinado, una serie de jóvenes radicales que citaban a Goffman, Szasz, Cooper o Laing, tiene un puro valor simbólico anti-institucional, porque el contenido de lo que se estaba creando respondía a un *modelo liberal* de atención a los drogodependientes, que comenzó por reinventar el internamiento asilar y ha acabado por psiquiatrizar a toda la sociedad. (Castel, 1980)

2.2.1. Synanon como mito fundacional

Todo empezó en el garaje de Charles Dederich en Ocean Park (California), en 1958, donde se reunía un grupo de Alcohólicos Anónimos, al que se le fueron añadiendo dependientes a opiáceos, que buscaban, repitiendo el modelo de A.A., conseguir la abstinencia o reducir el consumo de drogas. Poco después se reunió un grupo de personas y estableció en Santa Mónica lo que sería el núcleo fundacional de Synanon, que durante cinco años «floreó ante la indiferencia profesional» (O'Brien, 1985).

Synanon se constituyó como una comunidad residencial, formada exclusivamente por drogodependientes a cualquier tipo de droga, incluida alcohol, y aunque durante unos años focalizó su interés hacia la heroína, en los años 80 el porcentaje de heroinómanos admitidos ha decrecido. La organización se autofinancia y no admite subvenciones públicas ni ningún tipo de ayuda condicionada. La Comunidad de Synanon se convierte en una familia *sustitutiva* para una serie de personas con malas o nulas experiencias sociofamiliares, y en un ámbito donde los internos pueden vivir como están acostumbrados y no sometidos a la normativa de instituciones como los hospitales que resultan extraños a sus estilos de vida (Roig-Traver, 1986). Al mismo tiempo se considera que la sociedad es incompatible con el drogodependiente, por lo que los recuperados por Synanon deben permanecer en la organización si quieren mantener la abstinencia.

Por ello Synanon se considera como un grupo de autoayuda, que no

admite ningún tipo de personal cualificado y afirma no poseer ningún método de tratamiento formalizado. La desintoxicación de nuevos miembros se realiza sin ningún tipo de fármaco en la misma residencia, actuando de terapeutas los miembros más antiguos o aquellos que ocupan un lugar importante en la jerarquía.

Synanon es una organización muy jerarquizada, en la que se supone hay mucha movilidad, en función de los cambios actitudinales y conductuales, pudiéndose pasar de ser friegaplatos a jefe del departamento de transporte de un día al otro. Para Dederich, *el carácter es el rango* y Synanon se dedica especialmente a proporcionar *carácter* a sus residentes.

Para producir cambios actitudinales y de conducta, así como para mantener la consistencia del sistema se utilizan los *Synanon Games*, cuya descripción es compleja ya que parecen no tener reglas, ni repetirse jamás. Los Juegos de Synanon han sido descritos como una *Terapia de Ataque*, pero el Ataque o la Confrontación parecen ser sólo un aspecto de esta compleja experiencia. Los Juegos han sido definidos también como «*un campo de batalla emocional donde las desilusiones individuales, la distorsión de la autoimagen y la conducta negativa son atacados una y otra vez*». (Yablonsky, 1981).

El proceso de autoidentificación, o el hallazgo de uno mismo, es el objetivo perseguido en Synanon, y los Juegos se diseñan para alcanzar este objetivo, siendo una especie de *espejo social* (Mann, 1987) en el que el sujeto se ve reflejado y le permite autoevaluarse más correctamente. En realidad Los Juegos no pueden disociarse de la vida cotidiana y la convivencia en el interior de Synanon. En este sentido no son una Psicoterapia Grupal de determinadas características, sino un elemento más de un proceso ya que cada Juego sólo es posible en el seno de una organización de las características de Synanon y al mismo tiempo Synanon no podría reproducirse sin los Juegos. Muchos autores señalan que no es posible analizar aisladamente aspectos terapéuticos, religiosos, sociales o de gestión en esta organización.

El *Synanon Game* tiene una única regla que protege a los jugadores: ni violencia física, ni amenazas de violencia física. Veamos uno de los más conocidos: *No defender nunca a una persona, sino atacarla prescindiendo de la comprensión personal del mensaje, o apoyar siempre la acusación*. El jugador que muestre comprensión o apoye al acusado pierde en *crecimiento personal*, por otro lado el acusado, aunque no esté de acuerdo con la acusación tiene que soportarla aunque por poco tiempo, ya que no se puede prestar atención a nadie más allá de 10-20 minutos. Todo Juego debe enseñar algo sobre sí mismo, y eso se consigue colocando al sujeto en una situación *ridícula y surrealista* mediante la burla, mofa, sarcasmo, sátira, insulto, etc.,... que rompen los mecanismos de defensa e invitan a la risa. A menudo el juego provoca

reacciones catárticas que cumplen perfectamente la verdadera finalidad del Juego: Nada de resolver los problemas sino demolerlos, hacerlos desaparecer. Lo que en el fondo, para muchos psicoterapeutas ajenos a la organización, equivale a *esconderlos*.

Synanon contraataca aportando cifras sobre los rehabilitados por este método, aunque obviamente se trata casi siempre de miembros de Synanon, que llevan una existencia normativizada y productiva en el seno de la organización y participan permanentemente en los Juegos. Habría en todo caso que considerar los factores socioambientales que introduce una organización tan potente como Synanon en la vida del sujeto y especialmente a que desde 1963 tiene abolida la posibilidad de reentrada de los sujetos que fueron expulsados o abandonaron la organización.

Una posible aproximación terapéutica podría darse a partir de la comprensión del concepto *act-as-if* que equivaldría a *dar de sí* o *maximizar las propias potencialidades*, y que es el objetivo de Synanon hacia los nuevos miembros a los que se considera como *niños* que entran en un proceso de aprendizaje y a los que se les pide *to act-as-if* para lograr la madurez y ser responsables. El Juego es una forma de reforzar el *act-as-if* ya que la gran variedad de respuestas emocionales que produce permiten este crecimiento personal a través del cambio actitudinal y conductual. El problema reside en que al ser válida cualquier respuesta, muchas sólo son comprensibles desde *dentro de Synanon* y jamás se podrán evaluar por criterios estándares normalizados.

La subjetividad y la autosuficiencia, tanto económica como psicoterapéutica, produciría un intenso proceso de deterioro en Synanon, y aunque en los años 80 aún contaba con un millar de miembros y abundantes recursos económicos (Mann, 1987), tenía múltiples problemas legales por sus actividades irregulares, y la propia organización se había convertido en una secta fundamentalista, megalómana y autoritaria sin ninguna proyección asistencial real (Roig-Traver, 1986), aunque para algunos el término de secta religiosa lleve implícitos una serie de planteamientos que es necesario recuperar (Yablonsky, 1967). En resumen, Synanon «*fue incapaz de adaptarse al progreso, pero sin embargo es incuestionable su influencia e impacto sobre las Comunidades Terapéuticas actuales*» (O'Brien, 1985).

2.2.2. El proceso de normalización: Daytop Village como paradigma

Nos hemos detenido especialmente en Synanon porque esto nos va a permitir comprender el proceso de normalización al que se van a ver avocadas las C.T.D. partiendo del impacto que causa Synanon.

Así, entre 1963 y 1964 un grupo de miembros de Synanon fue *contratado* por un organismo público para, en colaboración con un equipo

profesional, ocuparse de un centro de tratamiento de drogodependientes en régimen de tratamiento obligatorio por estar en libertad a prueba. Nació así DAYTOP VILLAGE la más importante de las C.T.D. por cuanto no sólo servirá de modelo para múltiples experiencias de tratamiento de drogodependientes, sino que incluso se extenderá por diversos países y sus responsables dirigirán la asociación T.C.A. (Therapeutic Communities of America) que anualmente organiza las Conferencias Mundiales de Comunidades Terapéuticas, a través de las que el modelo que representan Daytop Village y sus afines va adquiriendo clara hegemonía (Ottenberg, 1985).

Daytop, contrariamente a Synanon, utiliza un sistema mixto profesionales-extoxicómanos. Se plantea como un recurso para la rehabilitación, en el que tras un programa de 16-18 meses el interno se reintegra en la sociedad a través de un programa *intermedio*, que incluye pisos y psicoterapia de apoyo, formalizando así sus métodos de tratamiento. Mantiene de Synanon la idea de que se trata de alcanzar un grado de maduración personal (y de responsabilidad) de la que el drogodependiente carece, aboga por la incidencia positiva de la vida en comunidad y de las actividades que en ella se realizan y mantiene una estructura relacional similar a los Synanon Games aunque ésta sí se encuentra formalizada a través de una serie de Grupos Terapéuticos, como son los Grupos de Encuentro, Dinámico, Estático, de Control, Especiales, etc.,... perfectamente definidos, que explicaremos en el capítulo XI al hablar del *Proyecto Hombre* en España.

Quizás la mejor manera de comprender el proceso de normalización representado por Daytop, sea observando la evolución del papel asignado a las familias en este sistema terapéutico. En la primera fase de Daytop (1963-67) el papel de la familia se vió como una interferencia y se les alejó de la C.T.D. pero no pudo evitarse que los mismos padres se agruparan informalmente para mitigar sus culpas y dudas e informarse mutuamente. En 1967 a través de la A.T.U. (Ambulatory Treatment Unity) se organizó una asociación de padres con la función de proveer soporte material a la Comunidad. Durante varios años se vino observando un mayor grado de eficacia terapéutica en los hijos cuyos padres participaban en la asociación de apoyo y a principios de los 70 se comenzó a hablar de psicoterapia familiar, formalizándose hacia 1974 los *Grupos de Encuentro* de terapia familiar que adquirieron rápido protagonismo terapéutico hasta llegar a ser, ya en la década de los 80, uno de los elementos más significativos de Daytop, ya que no sólo permite incidir sistémicamente sobre el grupo familiar sino, incluso, ser «la fuente de identificación de los problemas que afectan a los residentes». (Lassoff, 1985).

2.2.3. Vino viejo en odres nuevos

Synanon y Daytop, cada una a su nivel, representan un proceso de *vuelta atrás* en los logros de la Comunidad Terapéutica de Maxell Jones y otras reformas psiquiátricas, así como el despliegue de recursos de Bienestar Social que se estaba propiciando, ya que con la excusa de que *los profesionales* son incapaces de atender a los dependientes, preconizan no una alternativa a los sistemas psiquiátricos sino que reconstruyen los hospitales psiquiátricos asilares, la vieja *psiquiatría moral* y el vínculo jerárquico intrahospitalario. Pero no sólo esto, sino que pasan a cumplir una función represiva, *descuidada* desde el momento en el que el Derecho Penal empieza a plantearse la eficacia de penalizar conductas como el consumo de drogas. Cuando se remite un consumidor dependiente a una de estas instituciones «el juez sabe que no corre grandes riesgos dando prueba de esta aparente mansedumbre, porque tales comunidades, incluso sin que sean, como las cárceles, gestionadas por representantes oficiales del Estado, son también instituciones totalitarias». (Castel, 1980).

En este sentido las Comunidades Terapéuticas para Drogodependientes nacidas en América suponen una reacción a los intentos de *abrir* los sistemas de Salud Mental y Bienestar Social, una reacción social, lo suficientemente fuerte como para crear una red alternativa de recursos que apliquen las viejas técnicas y normas. En este sentido no nos podemos llamar a engaño, siendo ello básico para esta investigación, pensando que toda la parafernalia antipsiquiátrica y antiprofesional representa una reacción a los males del Hospital Mental denunciados por Goffmann y los demás citados; todo lo contrario, se trata de una reacción de los *pacientes traicionados* (y sus familias) porque las reformas les echan o les impiden seguir dependiendo de una *institución total*. Hay que considerar que desde un punto de vista sociológico las razones socioestructurales que produjeron el nacimiento de las instituciones asilares (Foucault, 1980) no han cambiado.

Desde nuestra perspectiva, tales acontecimientos han sido lógicos, porque la *crítica a la institución total* no significa que los roles que esta cumplía puedan ser milagrosamente sustituidos por un discurso intelectual. Precisamente desde K. Mannheim y Alfred Schutz, la sociología más fenomenológica muestra las complejas relaciones que se establecen entre la *realidad* y su conceptualización. Si bien la realidad puede ser relativa, tal relatividad es siempre inteligible desde un cierto discurso, lo que implica que todos los procesos, al menos los sociales, son objetivos, en términos de algún discurso, y subjetivos en términos de otro. Estamos de acuerdo, que en una gran medida, el sentido de un discurso, aquello que dota de objetividad al proceso, reside en la institucionalización de ambos. Para que se produzca tal institucionalización se requieren una serie de mínimos, como disponer de una tradi-

ción, poder asignar roles y especialmente legitimarse a través del desarrollo de un conjunto de símbolos, que cuando se utilizan en INSTITUCIONES TERAPEUTICAS, se articulan por medio de ciertas necesidades (Berger y Luckman, 1984):

- Internalización por parte del paciente de un mínimo nivel de eficacia terapéutica que sólo se puede dar a través de una concepción TOTALIZADORA de la institución.
- Negación de cualquier fenómeno o interpretación legitimadora que no encaje con este marco conceptual y que produce la desvalorización y el RECHAZO de cualquier otra alternativa.
- Explicación de la totalidad de los procesos, fenómenos o hechos que no encajen en el universo simbólico prescrito, lo que produce una obsesión constante por la TRADUCCIÓN, de aquello que pueda suponer un peligro, aunque lejano, para la institución.

Evidentemente para que estas tres condiciones se puedan dar se exige una organización social y unas técnicas de socialización que permitan el mantenimiento permanente de los procesos.

Lo que pasó en EE.UU. a fines de los años 50 y principios de los 60, momento en el que se produjo uno de los ciclos altos de consumo de Heroína fue precisamente que las instituciones de Salud Mental, en plena reforma, no podían jugar el papel represor y totalizador que el drogodependiente exigía, muchas Instituciones Sanitarias no eran lo suficientemente totales ni represivas para las necesidades de un colectivo que vivía la libertad como riesgo. En todo caso las verdaderamente represivas como el U.S. Narcotic Farm of Lexington habían optado por soluciones como la Metadona, lo que las convertía en automáticamente ineficaces a los ojos de los adictos (Burroughs, 1977).

Así se creó y expandió el MODELO DE COMUNIDADES TERAPEUTICAS PARA DROGODEPENDIENTES, algo que representaba una filosofía contraria a la de la Comunidad Terapéutica, pero que ha sido causa de innumerables confusiones, hasta el punto que el mismo M. Jones ha tenido que clarificar su posición (Jones, 1979), llamando Comunidad Terapéutica Democrática a aquella que nació en la Inglaterra de los 40 y Comunidad Terapéutica Autoritaria al modelo que representa Synanon.

2.3. La inevitable reinstitucionalización

Al llegar a la década de los setenta coexistían por tanto dos modelos alternativos de Comunidad Terapéutica, el primero era un sistema

abierto y progresista y el segundo uno cerrado y regresivo. Sin embargo existía una cierta confusión en el rol de cada uno de ellos, porque el primero se movía en el ámbito del Welfare State y el segundo parecía ser parte del conjunto de alternativas que ofrecía la *contracultura*. Hay que recordar que el más conocido de los líderes contraculturales de la California de los 60 fue Ken Kesey (y sus *pillastres*) que basaba su fama en ser el autor de *Alguién voló sobre el nido del cuco*, una inteligente crítica a un Hospital Psiquiátrico donde se les explica diariamente durante una hora a los pacientes, -internos voluntarios la mayoría-, que aquello es una Comunidad Terapéutica, mientras la feroz enfermera jefe ejerce un control nada dinámico las otras 23 horas (Kesey, 1987).

No resulta así extraño que toda alternativa a los Hospitales Psiquiátricos fuera percibida en términos *progresistas* con independencia de su contenido real, generándose, como tendremos ocasión de observar en el capítulo 5, una especie de referente rural, idílico, comunitario y *natural* que poseía virtudes *curativas* evidentes frente a las agobiantes instituciones psiquiátricas. Dicho referente que cuajó en la opinión pública, constituye un modelo estético positivo muy utilizado por la publicidad y para muchos jóvenes sigue representando *lo otro*, la *solución mágica* frente al conflicto urbano y familiar.

Pero sobre esta realidad sociocultural se estaba produciendo otro proceso sociopolítico. La aparente puesta en duda del Welfare State, aparente porque los 60 fueron sus auténticos años de oro presupuestarios en EE.UU., no reflejaba una crisis interna, sino sólo una ofensiva implícita de las ideas liberal-conservadoras propias de la sociedad americana. Era, y ha sido por lo tanto, una crisis puramente intelectual y política, que no ha sido capaz de crear un modelo alternativo para resolver los problemas sociales, habiendo al final optado por una recuperación del Welfare State, aunque para obviar el modelo haya recurrido a formulaciones parciales como *sistema sanitario de atención primaria*, *programas de protección a X*, *equipos psicopedagógicos*, *apoyo a la institución X*, *programas de integración a los...*, *servicios de ayuda a...* términos que se limitan a segmentar, a veces solapando espacios y funciones, aquello que se llamó Welfare State.

El proceso es el mismo para las C.T.D., que en principio se articula ideológicamente contra el Welfare State para llegar a ser finalmente uno de sus segmentos sustitutivos.

Si trasladamos este proceso a Europa, en especial la Europa latina y católica, se pueden observar una serie de singularidades y peculiaridades que, desde una realidad bien distinta, refuerzan nuestra idea central.

Cuando en Europa irrumpe el problema de las drogas ilegales y co-

mienzan a buscarse fórmulas de tratamiento eficaces, con el resultado de que se confunden las cosas, y aquellos que buscaban fórmulas alternativas caen bajo la influencia de las formulaciones más regresivas, hasta que el contraste de su cotidiana experiencia profesional les conduzca a reinventar la Comunidad Terapéutica.

Podemos escenificar la confusión existente en un conocido texto de F. Basaglia (Basaglia, 1972), en el cual realiza una crítica de las instituciones psiquiátricas italianas, utilizando como argumento central la supuesta teoría, atribuida a Talcott Parsons de que el papel de terapeuta se caracteriza por su desinterés y neutralidad, lo que le permite atacar a toda la Terapia Tradicional representada por Parsons, al que identifica ya no sólo con la realidad Italiana sino con el Welfare State, lo primero es indudablemente muy poco cierto aunque lo sea lo segundo. De ahí el contrasentido de F. Basaglia, el cual, partiendo de una realidad (la italiana) que quiere reformar, acaba criticando aquello que podía ser su única alternativa, para limitarse a proponer eliminar, en nombre de Goffman, los efectos yatrogénicos de la falta de libertad en los Hospitales psiquiátricos. El único resultado final será el desprestigio de los sistemas públicos (son totales y por lo tanto no terapéuticos) lo que posibilitará la reivindicación de fórmulas alternativas.

Lo que estas fórmulas van a ser es algo que se vería enseguida y respondería esencialmente al mismo proceso ocurrido en EE.UU. con la emergencia de modelos autoritarios de asilo. Pero debemos señalar que este proceso es previsible, porque cuando la perspectiva pone su énfasis en los aspectos negativos que produce la estereotipación del enfermo mental, se suele derivar hacia una propuesta de eliminación de toda institución codificadora, que es lo que hace por ejemplo Franca Basaglia (en Basaglia, 1976), al comentar el capítulo de Goffman *La carrera mortal del enfermo mental* sin considerar las propias reflexiones de Goffman en torno a la necesidad de supervivencia de la institución, ni por supuesto a la demanda sociológica de la población italiana a la que se pretendía salvar de sus propios errores.

En realidad en Europa, en especial en los países latinos, muchos profesionales de la Salud Mental se encontraron con una curiosa disyuntiva: criticar a unas instituciones, y tenían motivos para ello, intentando reformarlas con lo que, de acuerdo con las ideas dominantes, las reforzaban, o prescindir de ellas, con lo que sus actividades profesionales carecían de sentido. De ahí surgió una utilización muy ideológica de los textos anglosajones, que permitía combinar la crítica a unas instituciones muy ajenas a los propios recursos con las realidades particulares que nunca fueron objetivadas. Resulta un tanto curioso oír definiciones como las siguientes cuando la estructura de atención a la Salud Mental seguía siendo un modelo asilar, de beneficencia, y sin unos mínimos terapéuticos: la Comunidad Terapéutica sería «una

tardía adaptación de las modalidades de control social del comportamiento patológico a los métodos de producción perfeccionados en el curso de los últimos cuarenta años por los sociólogos y los técnicos de comunicación de masas». (Schittar, 1972).

2.3.1. La reaparición de las instituciones públicas

En 1985 se celebró en Roma el Octavo Congreso Mundial de Comunidades Terapéuticas, la organización anfitriona fue el *Centro Italiano de Solidaridad* afín a Daytop y la asociación organizadora fue la T.A.C., pero los invitados estelares fueron Maxwell Jones, D.H. Clark y otros miembros de la A.T.C. que agrupa a la vieja guardia de psiquiatras de la *Comunidad Terapéutica*. Entre las conclusiones del Congreso destaca la afirmación de Maxwell Jones en el sentido de que sería mutuamente útil compartir la información terapéutica procedente de ambos tipos de Comunidad y su reconocimiento al valor potencial de los *patients treating patients* (Jones, 1985), así como el apunte de que es posible crear un nuevo modelo terapéutico basado en el *aprendizaje social* que integre ambos modelos y permita una confluencia de los mismos (Ottenberg, 1985). En los coloquios transcritos aparecen las múltiples divergencias, pero a fin de cuentas Jones, el invitado de honor, recogiendo el guante del cambio de actitud que escenifica su invitación plantea la posibilidad de considerar superada la dicotomía entre C.T. Jerárquicas y C.T. Democráticas. (Ottenberg, 1985). El consenso mayor se establece en torno a la importancia del rol de la Socioterapia (entendida como actividad, libertad, responsabilidad y aprendizaje), al uso de la Teoría de los Sistemas, o sea de Talcott Parsons, (Clark, 1985) y al rol de las C.T.D. como *motores* del cambio y la renovación psicoterapéutica en el mundo (O'Brien, 1985).

Fumar la pipa de la paz fue la consecuencia de la evolución de las C.T.D., de su progresiva profesionalización e institucionalización, pero también supuso la aceptación de ciertas consideraciones por parte de las C.T. institucionales de algunas características de las C.T.D. (el posible rol de los extoxicómanos la más importante), a partir de que, y en el campo de las drogodependencias, las C.T. institucionales estaban reasumiendo ciertos elementos de la ideología asilar.

Sin duda Suecia es el país en el que el Welfare State ha alcanzado un mejor y mayor nivel de desarrollo, existen unos Servicios de Bienestar Social que pueden atender múltiples demandas, pero en el momento de atender el fenómeno de la drogodependencia ha optado por la creación, o la subvención, a una serie de C.T.D. que a través del *National Social Welfare* adquieren un status público privilegiado. El conjunto de C.T.D. suecas es bien conocido y ha sido muy *evaluado*

(Sagraeus, 1985), pero nos vamos a centrar en dos muy significativas que creemos escenifican los cambios producidos.

Hassela Solidarity es una asociación sociopolítica vinculada a los sindicatos suecos, los cuales desde principios de siglo han atendido a la formación de los jóvenes trabajadores y aprendices, y que poseen un larga tradición de apoyo a los jóvenes con problemas. A mitad de los 60 grupos de militantes socialistas comenzaron a plantearse fórmulas de atender a los drogodependientes, y entre otras acciones se creó en 1979 el Colectivo Hassela que en 1983 se convirtió en la Asociación Hassela Solidarity, que en 1987 posee ya 6 C.T.D. que califica de Colectivos Educativos (Johansson, 1987).

Hassela es una C.T.D. que recoge a pacientes en régimen de tratamiento obligatorio, entre 16 y 20 años, remitidos por centros hospitalarios que se han revelado incapaces de controlarles, por instituciones judiciales e incluso por las familias. Todos los pacientes se consideran estudiantes, entran a la vez en la C.T.D. y permanecen obligatoriamente cinco semestres en ella, y en este tiempo obtienen una graduación. El programa comienza con una primera semana en régimen de camping en algún remoto y aislado lugar del norte de Suecia, después comienzan el curso en un régimen muy estricto de horarios y actividades, aparte de estudiar se divide al colectivo en tres grupos que se alternan mensualmente en los trabajos de la C.T.D.. El tiempo libre está totalmente programado en actividades socioculturales. Se plantea explícitamente que el centro debe utilizar los métodos coercitivos, no-violentos, no sólo para retener al sujeto, sino, mediante un sistema de premios y sanciones obligarle a realizar el programa del centro.

El colectivo de Hassela, a pesar de ser un centro público, es un grupo no profesional de monitores para-profesionales que adquieren su capacitación a partir de su militancia política, y que denuncia a los profesionales como *instrumentos de la represión burguesa* y les acusa, así como a la burocracia de los servicios de Bienestar Social, de ser ineficaces ante el problema que plantean las drogas.

Para ellos el consumo de drogas es una consecuencia de los déficits de la sociedad de consumo, y cualquier intervención terapéutica *ajustadora* carece de sentido, por ello se limitan a educar a los internos convenientemente ya que es su único fallo, del que es responsable esta sociedad.

De ahí que el programa se limite a la reeducación, a una corrección del *aprendizaje equivocado*, que es causa del consumo de drogas. Ponerse contra las drogas, en cuanto que son el fruto de la sociedad que les ha marginado, es el objetivo de toda la formación, lo que necesariamente conlleva a que el éxito en el tratamiento debe concluir

con la conversión del sujeto en un activista político. En cualquier caso se rechaza una identificación explícita entre el éxito de la terapia y la concienciación política (Mann, 1987).

La Fundación Vallmotorp articula dos ámbitos distintos, una residencia en régimen de internado, Hemgården, y un centro terapéutico, Vallmotorp School. El primero acoge a drogodependientes y es un simple hogar alternativo, en el que realizan tareas de ayuda, y el segundo es una *escuela especial* en la que se atiende a su formación y se realizan una serie de actividades terapéuticas, la escuela funciona en régimen de horario normal, y en la residencia no se aplica, salvo para los recién entrados que no van aún a la *escuela*, ningún tipo de psicoterapia.

Tanto la residencia como la escuela son atendidos por un amplio equipo profesional interdisciplinar, una parte mínima del equipo es el que vive en la residencia y se ocupa de los internos durante todo el tiempo, cuando no están en la escuela. El equipo más amplio es el de la escuela que sólo permanece en la misma durante el horario habitual. El ingreso es voluntario y la actitud general se basa en que:

- El paciente debe tener la oportunidad de reconocer y definir sus problemas.
- La atmósfera debe ser cuidadosa, comprensiva, estimular los sentimientos de seguridad, y la creatividad.
- Tiene que tener oportunidades para experimentar con conductas y sentimientos alternativos.

En Vallmotorp, el Análisis Transaccional articula un conjunto de intervenciones psicoterapéuticas, grupales e individuales, y didácticas, que tienen como finalidad ofrecer al sujeto un estilo de vida sin drogas lo suficientemente atractivo para que sea elegido libremente (Mann, 1987).

Estos dos casos, extraídos expresamente de un mismo medio sociopolítico, nos permiten entender que las C.T.D. han evolucionado en formas muy distintas, pero que esta evolución tiene una serie de elementos comunes:

1) La utilización de distintos modelos no evita una absoluta institucionalización de los centros, aún en el caso del centro constituido por no-profesionales que recibe casos en tratamiento obligatorio. Este proceso no sólo ocurre en un país con un Sistema Nacional de Salud como es Suecia, sino que en los *liberales* EE.UU. las demandas mayoritarias aparecen en la misma dirección, y se acusa a las C.T.D. no profesionales y no gubernamentales de falta de eficacia técnico-terapéutica o incluso de producir *«abstemios con personalidades empobre-*

cidas» exigiéndose «staff preparados que comprendan su vulnerabilidad y objetiven sus relaciones con los internos» y centros «que no basen toda su política en obtener buenos resultados cuantitativos en las evaluaciones multicéntricas» (Freudensberger y Carbone, 1984). Pero éste es un proceso internacional y los evaluadores suizos nos indican las mejoras obtenidas cuando las C.T.D. han pasado «del caos a una sólida estructura» (Kooyman, 1975). Que tienen en España su correspondiente traducción, «tópicos que no sirven: la C.T. no es la calle y hay aspectos (supuestamente democráticos) de ésta que no son válidos para la Comunidad. Al principio teníamos mayor permisibilidad en algunas cosas... que han pasado a estructurarse en forma más rígida» (Roldán y Perurena, 1986).

2) Existe una auténtica preocupación por demostrar que las C.T.D., en especial las públicas son la alternativa más eficaz a otras ofertas, como los sistemas hospitalarios inespecíficos (Bale, 1984) los planes de mantenimiento con metadona (P.M.M.) (Bale, 1973; Mclellan, 1984; Mider, 1984 y 1985), aunque a veces se producen exageraciones como cuando los responsables de Phoenix House reivindican las C.T.D. como la única alternativa que produce resultados. (Rosenthal, 1984).

3) En cualquier caso la incidencia de una literatura que mayoritariamente defiende a las C.T.D., aunque sin entrar casi nunca en la cuestión de los programas urbanos, está cambiando la correlación de fuerzas entre las plazas en C.T.D. y los P.M.M., y aunque siguen existiendo defensores de la eficacia de los P.M.M. (Semay, 1985), la corriente mayoritaria aboga por un uso terapéutico e instrumental de la metadona en otros tratamientos, incluidas las C.T.D. (Sorensen, 1984; Kaufman, 1979). El significado preciso de esto es que, al menos en EE.UU. las C.T.D. son una alternativa institucional en ascenso.

4) Los distintos trabajos de evaluación han obligado a un replanteamiento global de la estrategia de los centros. El más conocido de ellos, realizado sobre todas las C.T.D. de Nueva York (24 con 1.151 residentes) en 1973 (Winick, 1980) estableció un conjunto de parámetros, tanto en tasas de retención como en porcentajes de resultados, que llevaron a muchas C.T.D. a replantearse algunos extremos de sus programas si quería seguir estando en la línea, institucionalizarse, profesionalizarse, y por supuesto recibir subvenciones.

5) Llama la atención la confluencia de estos nuevos modelos de C.T.D. con las propuestas originales de Jones, y podemos considerar que las Comunidades Terapéuticas montadas para alcohólicos en Hospitales Generales o Psiquiátricos, representan un híbrido que escenifica la nueva confluencia (Costello, 1980). Aunque las Comunidades Terapéuticas para alcohólicos nunca dejaron de existir e incluso se han desarrollado ampliamente en Europa (Casagrande, 1972). En cual-

quier caso la diferente demanda que ocasiona el alcohol en relación a otras drogas está en la base de dos modelos asistenciales distintos aunque confluyan teóricamente a un cierto nivel psicoterapéutico.

En la nueva situación ha empezado a preocupar la clasificación de todo un conjunto de C.T.D. que situadas en un ámbito privado-subsuencionado (en EE.UU) pueden, como de hecho ocurre, estar realizando cosas distintas.

En una primera fase la diferenciación entre profesional y no profesional era lo más significativo, pero Synanon es prácticamente sólo historia, y hoy día todos, o casi todos compiten en la carrera de la profesionalidad y toda la IDEOLOGIA ANTIPROFESIONAL SE HA CONVERTIDO EN LA IDEOLOGIA DEL NUEVO PROFESIONAL (Castel, 1980). Incluidas las C.T.D. vinculadas a grupos religiosos que han reinventado el Movimiento Religioso-Psiquiátrico que pretende aunar los esfuerzos de «Psiquiatras con ideas religiosas y pastores con actitudes empíricas» (Klausner, 1976) para crear centros de atención mixtos y especialmente escuelas de formación que se ocupen de preparar profesionales con valores religiosos y humanísticos.

Un ejemplo claro de este carrera lo constituye la evolución de Hogares CREA, una Red de C.T.D. originaria de Puerto Rico y creada alrededor de un movimiento social en el que participan extoxicómanos y religiosos (en especial católicos), que manejando un esquema psicosocial muy particular, y equivalente al de El Patriarca (CREA, 1985 y 1986), en el que son claves la autosuficiencia económica y la independencia institucional (Cruz Montes, 1984), mediante la profesionalización de los extoxicómanos no sólo han realizado una notable expansión en la zona del Caribe, con más de 80 C.T.D. y más de 3.000 plazas, sino que además este modelo de C.T.D. profesional ha sido utilizado para crear otras C.T.D. profesionales como Odyssey House u Horizonte (Ramírez, 1985).

Otra propuesta de clasificación interesante de las C.T.D. es la de Mann que propone un criterio basado en la dependencia orgánica:

- a) afiliación a una base sociopolítica.
- b) un grupo político en sí mismo.
- c) no ejercen ninguna presión en este sentido.

Para otros (Rubin, 1979) la clave podría estar en el carácter directivo o abierto de las terapias aplicadas, o en si aceptan o no pacientes en Tratamiento Obligatorio (Aron, 1976), o bien en los tipos de intervención: programada e instrumentalizada o de confrontación espontánea (Bloor, 1986). Lo que en resumen nos indica que no existen, en este momento criterios claros.

3. UNA VISION GENERAL
DE LAS COMUNIDADES
TERAPEUTICAS PARA
DROGODEPENDIENTES
EN ESPAÑA

3.1. *La irrupción de las Comunidades Terapéuticas para drogodependientes en la sociedad española. Primeras investigaciones*

Ciertas características de las C.T.D. españolas no serían comprensibles sin tener en cuenta una serie de antecedentes que condicionan no sólo el fenómeno C.T.D. sino posiblemente todo lo que es el tratamiento de las drogodependencias en España. Sin duda, el antecedente que articula todos los demás, reside en la peculiar situación de nuestro sistema tradicional de atención a los problemas de Salud Mental, cuyos orígenes podemos rastrear hasta el momento de la Desamortización concluido el primer tercio del siglo XIX. Coincidió la Desamortización con la emergencia del «poder médico» y resolvió el problema derivado de aquella especie de «reforma psiquiátrica» implícita que fue la Desamortización dejando a «miserables y locos» sin tutela, reconstruyendo consensualmente los viejos asilos medievales en forma de Manicomio (Alvarez-Uría, 1983), en los que la dirección formal estaba en manos de un «responsable médico» y la gestión real en manos de aquellos a los que supuestamente se había expropiado con la Desamortización.

Esta situación se mantuvo estable hasta hace unos pocos años e implicaba la existencia de una estructura benéfica (privada y pública), exclusivamente con funciones asilares e impermeable a cualquier intento de racionalización estructural o incluso técnica. Intentos como la creación del P.A.N.A.P., la A.I.S.N.A. o los Neuropsiquiatras de la Seguridad Social, con independencia de la viabilidad y validez de sus propuestas, no erosionaron el viejo edificio del esperpéntico mundo asilar.

Por si esto fuera poco, los fundamentos teóricos de la Psiquiatría española permanecieron inmunes a las nuevas corrientes, y el paradigma krapeliano (Castilla del Pino, 1978) impidió, desde las cátedras universitarias, la contaminación de las ideas de la Psiquiatría Social hasta bien entrados los años 60.

La atención a los problemas de Salud Mental configuraban un submundo de miseria y abandono, en el que cualquier visión subrealista era posible, y al que no eran ajenas diversas formas de corruptela (Lera, 1972). Un submundo que producía angustia y temor al ciudadano español que lo percibía como una amenaza que podía hacerse realidad en cualquier momento y ante la que se encontraba impotente (1).

(1) La investigación antropológica distingue en nuestra cultura una gradación en cuanto a la eficacia coactiva de las diferentes amenazas verbales. En un primer nivel aparecen los mitos ancestrales sobre seres ajenos como el sacamantecas, el hombre del saco, el hombre lobo, etc..., que es el vagabundo, el gitano, el quinqui o el que habla una lengua extraña, con lo que se asusta solo a los niños. En un segundo nivel aparece la

En nuestra opinión en España no se llegó a plantear realmente Psiquiatría Social (es decir Comunidad Terapéutica, sectorialización, terapia ambiental y ocupacional) hasta la década de los 80, quizás porque la institución política democratizada con mayor retraso fueron las Diputaciones Provinciales de las que dependían la mayoría de «manicomios». Fue justamente esta falta de participación democrática lo que posibilitó que hasta 1980 se desarrollara un activo movimiento anti-institucional en el Área de Salud Mental, y que fue UNA REACCION CONTRA EL MODELO DE LA «BENEFICIENCIA» SIN UN POSIBLE MODELO ASISTENCIAL ALTERNATIVO. La reacción incluía elementos tan dispares como antipsiquiatría, la reclamación de derechos democráticos, la reivindicación de la planificación, una incidencia más simbólica que real de las teorías sociológicas, la emergencia de la psicología conductual, reivindicaciones laborales y de condiciones de vida y trabajo, la pasión por ciertas experiencias como las italianas, etc..., y produjo una serie de intentos frustrados como Oviedo, Alcolea, Bermeo, Conjo, etc..., que el sistema se ocupó de desarticular (González de Chavez, 1980), aunque quizás ya estaban condenados al fracaso por carecer del adecuado marco y apoyo institucional.

Un ejemplo claro del proceso que hemos intentado sintetizar lo constituye el hecho de que el término Comunidad Terapéutica no fuera utilizado en España, reflejando que en el campo de la asistencia psiquiátrica ciertas realidades sociológicas se imponían sobre las posibilidades de realizar experiencias en línea con las propuestas de Maxwell Jones. Cuando a finales de los años 60 comienza a surgir el movimiento reformista que alcanzó su cénit en la década siguiente, éste adoptó planteamientos semánticos y teóricos como la Antipsiquiatría, la Psiquiatría alternativa, y las «experiencias» italianas, obviando otros enfoques que aparecían más ligados a reformas institucionalizadas, ya que en pleno auge de la supervaloración del rol y la actitud personal, parecía inútil e inadecuado defender la pervivencia y reforma de instituciones cerradas como los psiquiátricos para los que era inconcebible que pudieran jugar el papel de centros terapéuticos orientados a la reinserción social del enfermo mental. Cuando comenzaron las primeras reformas psiquiátricas reales el término Comunidad Terapéutica ya se empleaba, como en el resto del mundo, para las C.T. para drogodependientes.

Sin embargo a finales de los años 60 hubo una cierta producción

represión estatal y entonces el «guardia» adquiere un papel de protagonista y casi toda la población manifiesta temor ante su posible intervención. Pero en ocasiones la imagen del «guardia» resulta insuficiente y hay que acudir al tercer nivel, la institución más amenazante, el Hospital Psiquiátrico Provincial, el Manicomio, la amenaza que produce más angustia y desazón y el último recurso antes de otro tipo de intervenciones sentimentales o no verbales.

bibliográfica e incluso experiencias puntuales en Hospitales Psiquiátricos. Entre estas últimas cabe citar la IV Unidad Mixta del Sector Oriental del Hospital Psiquiátrico de Oviedo (Bellido, 1971), en la que bajo la rúbrica de Comunidad Terapéutica se creó un ámbito con 33 plazas, donde se produjo una reestructuración del «sistema clásico» de jerarquía, y comenzaron a realizarse reuniones diarias, que permitieron efectuar una evaluación de resultados con efectos positivos, tanto para los pacientes como para el personal. Tal experiencia fue similar a otras, quizás un poco posteriores, pero que adoptaron otras rúbricas de referencia por las razones citadas anteriormente.

Además de las experiencias se produjeron una serie de trabajos teóricos que creemos merecen nuestra atención, por un lado el de Humberto Mesones (Mesones, 1969), que recoge la experiencia obtenida en su paso por el Hospital de Dingleton, dirigido por Maxwell Jones desde 1962, y en el que había aplicado de forma global sus puntos de vista terapéuticos. Mesones desarrolla de una forma pormenorizada y objetiva la descripción de una Unidad Hospitalaria que funciona en régimen de Comunidad Terapéutica, señalando incluso los aspectos negativos derivados de la existencia de un personal excesivamente entregado, lo que limitaba la posible aplicación del modelo a los lugares donde se diera este tipo de personal, por otro lado llamaba la atención sobre los riesgos del espontaneísmo en el trabajo sobre enfermos mentales.

Parecido es el artículo de un equipo de psiquiatras argentinos publicado en España en la misma época (Herrera, 1969) y que recoge también el resultado y las dificultades derivadas de aplicar explícitamente el modelo de Jones en un ámbito sociocultural distinto, para un grupo de alcohólicos. Pero más significativo resulta el artículo de Adolfo Serigó que citando a Jones propone un modelo de Hospital Psiquiátrico como Comunidad Terapéutica, pero a partir de una concepción social de la Psiquiatría basada en Talcott Parsons y de la terapia hospitalaria en Russel Barton (Serigó, 1968), es decir, desde la perspectiva de los Servicios Comunitarios del Welfare State, lo que nos permite mantener la hipótesis de que la idea de Comunidad Terapéutica ligada a una concepción de servicio público de Salud Mental, —Adolfo Serigó le llama «Servicio Comprensivo de Salud Mental»—, llega a España con retraso (El libro de Jones no fue traducido hasta 1970 en Argentina), y pronto queda diluida en la compleja oleada de los impulsos reformistas y subjetivistas de los años 70 para los que además nombres como Talcott Parsons y términos como Welfare State son puras abominaciones.

Es entonces, en el contexto de los movimientos anti-institucionales en los que el término Comunidad Terapéutica vuelve a utilizarse, pero evidentemente con contenidos muy distintos a la concepción público-

institucional que poseía en el contexto del Welfare State, y esto, como hemos visto, ocurre en todo el mundo occidental. En España ante la falta de una tradición previa de Hospitales Psiquiátricos funcionando como Comunidades Terapéuticas, el término sólo se aplica a aquellas iniciativas destinadas al tratamiento de drogodependientes.

Justamente estas primeras iniciativas responden claramente a este hecho, las de la fundación de la Iglesia Evangélica REMAR, en Málaga, surgen de la actitud militante de este colectivo religioso, a partir de 1976. El Patriarca, cuyo primer centro en España, el Monasterio de la Trinidad en Valencia se abre en septiembre de 1979. Por último «Casa Lanza» abierta en mayo de 1979, surge de la iniciativa de un grupo de profesionales, que si bien depende de un Hospital Psiquiátrico, no se ubica en el Hospital ni recibe a los pacientes desde el mismo (Bedate, 1982). Una excepción confirma nuestro esquema por cuanto una de las actuales C.T.D., surgió a partir de una de las pocas Comunidades Terapéuticas (Privada) que para enfermos mentales existía en nuestro país.

Será la espontaneidad del proceso de creación de Comunidades Terapéuticas, o Granjas como se les llamó también, lo que impedirá durante un cierto tiempo conocer lo que realmente está pasando con este nuevo fenómeno, del que sin embargo se hacen eco bastante frecuentemente los Medios de Comunicación. Quizás porque en un primer momento todas ellas sean más propuestas de acción que proyectos explícitos.

De ahí también que el primer estudio sistemático produzca un gran impacto ya que codifica y tipifica unas realidades hasta entonces indeterminadas. En 1983 a través de un convenio en el que participaban la Dirección General de Acción Social y Cruz Roja Española se realiza una investigación sobre C.T.D. (Polo y Zelaya, 1984), a la que nos referiremos abundantemente en los capítulos descriptivos, y que se caracteriza por dos hechos importantes:

- Un sobreesfuerzo sistemático de censo y visitas a las distintas C.T.D. que permite identificar 40 C.T.D., 9 proyectos y otras 11 que habían cesado en su funcionamiento.
- La creación de una tipología que permitió la clasificación de dichos centros en tres categorías: Las regidas por organizaciones religiosas, las regidas por ex-toxicómanos y las Comunidades Profesionales.

Tanto el Censo como la Tipología han enmarcado todas las investigaciones y trabajos realizados con posterioridad a la llevada a cabo por Polo y Zelaya, hasta el punto de que las guías de recursos y las «relaciones de direcciones» de «dónde acudir» aparecidas en los Medios de Comunicación, han utilizado los datos procedentes de este tra-

bajo sin contrastar ni siquiera la continuidad de las C.T.D. citadas. Por su parte la clasificación tipológica, como veremos ha sido aceptada totalmente y los subsiguientes estudios aceptan de partida la distribución en los distintos tipos.

Quizás el mayor elogio que se convierte a su vez en defecto del estudio de Polo y Zelaya radique en que fue un trabajo demasiado profundo y creativo para ser la primera investigación realizada en España, lo que provocó una intensa apropiación e «institucionalización» conceptual, como ha sido el caso de que las C.T.D. aparecidas posteriormente en España hayan sido clasificadas sin más de Religiosas, de Ex-toxicómanos o de Profesionales, llegándose a producir discusiones en torno a si determinada C.T.D. pertenecía a una u otra categoría.

En el Trabajo de Polo y Zelaya, las Comunidades regidas por organizaciones religiosas corresponden exclusivamente a aquellas dependientes de Iglesias Cristianas Evangélicas, las de Ex-toxicómanos a «El Patriarca» y las profesionales son el resto. Aunque ahora parezca muy normal utilizar esta tipología, en 1984 supuso y escenificó una ruptura que en ningún país, entendemos, se ha producido de forma tan drástica y con general aceptación como en España.

Las razones que explican este impacto pueden comprenderse desde una perspectiva internacional: en un primer momento todas las iniciativas españolas están influenciadas por los fenómenos contraculturales, y en buena ley, aún las que luego serán líderes en el proceso de profesionalización citan a Synanon, Phoenix House y Le Patriarche, y en absoluto a Maxwell Jones o los clásicos de la Psicología para justificar su existencia. Pero justo en aquellos años, fuera de nuestras fronteras se estaba produciendo el proceso de reinstitucionalización en el que la profesionalización de una serie de C.T.D. que nacieron como no profesionales era el factor dominante. De ahí que la tipología de Polo y Zelaya supusiera un factor de identificación, y a la vez de exclusión, para todas aquellas C.T.D. que quisieron participar en el proceso de reinstitucionalización. Una consecuencia curiosa de la facilidad que supuso la adscripción facilitada por la triple tipología consiste en la existencia de C.T.D. que en aquel momento fueron clasificadas de profesionales, y años después sus déficits programáticos e instrumentales son mayores de aquellas a las que se califica de no-profesionales.

El éxito de la triple tipología del indicado estudio contrasta con el olvido de otras importantes afirmaciones y conclusiones que se contenían en el mismo y listamos aquí en un resumen particular que más adelante retomaremos:

- No queda claro el rol de las C.T.D., faltan objetivos específicos y una visión global de las C.T.D. dentro del proceso de Reinserción Social.

— La indefinición se aplica a cuestiones tales como:

- a) estructura del equipo.
- b) normativa interna.
- c) aplicaciones y técnicas terapéuticas.
- d) temporalización del tratamiento.
- e) selección de pacientes.

— Se ponía en duda el concepto de «todo o nada» y se proponía la operacionalización de objetivos intermedios.

— Se proponía la valoración de los recursos destinados a C.T.D. y su reconversión en una oferta terapéutica más amplia de acuerdo con las recomendaciones de los organismos internacionales.

Publicado el libro de Polo y Zelaya durante 1985 se llevaron a cabo los trabajos de campo de una serie de informes y estudios que completaron el panorama y que exponemos en el orden cronológico en el que fueron realizados.

El primero se refiere exclusivamente a las C.T.D. de la Comunidad Autónoma de Castilla-León (Comité de expertos, 1986), mantiene la tipología de Polo y Zelaya, realizando una descripción sistemática y muy amplia de las nueve C.T.D. instaladas en esta CC.AA., disponemos también del informe del INSALUD referido a las C.T.D. instaladas en la provincia de Burgos (Sáinz, 1985), que bajo la fórmula de «visitas de inspección» proporciona una visión muy completa sobre seis C.T.D. instaladas en esta Provincia, la de mayor densidad de España. Aparte de la descripción del centro la «inspección» adopta un criterio de control de deficiencias sanitarias que utilizaremos como referencia a la hora de proponer intervenciones en este sentido.

Al mismo tiempo hay que referirse a los resultados obtenidos por la Comisión Especial del Senado sobre el Tráfico y Consumo de Drogas en España, que pasó un cuestionario a las C.T.D. y realizó una serie de visitas a las mismas. Vale la pena reflejar al completo el apartado del Informe, emitido por esta Comisión y aprobado unánimamente por el Senado, relativo a «COMUNIDADES TERAPEUTICAS»:

«Muchas de las Comunidades Terapéuticas existentes han jugado un papel social indiscutible y positivo, y hay que reconocerles una capacidad asistencial de la que ha carecido la iniciativa pública. No obstante, al lado de Comunidades Terapéuticas con una experiencia positiva han surgido otras ligadas a sectas, a grupos que explotan de nuevo a los jóvenes sin rehabilitarlos, o cuyo fin es la capacitación de miembros para su comunidad, a veces de dimensiones internacionales y de fines o propósitos de difícil definición y cuyos centros tienen un funcionamiento absolutamente irracional.

Es fundamental que la administración asuma un papel de inspección de las Comunidades Terapéuticas basado en los siguientes puntos:

- *Acreditación basada en un modelo de tratamiento autorizado.*
- *Reconocimiento de la voluntariedad del tratamiento y de los derechos del paciente.*
- *Asistencia médica a cargo de profesionales, con registro del historial clínico de cada paciente.*
- *Obligatoriedad de seguir programas de registro y seguimiento del funcionamiento, y de evaluación de resultados, a cargo de personas ajenas al centro.*
- *Control del funcionamiento económico y del destino de las subvenciones públicas, si las reciben.*

La administración española ha de investigar los problemas surgidos en determinados grupos de centros en otros países. Una vez acreditado un centro y validado su funcionamiento, deberá ser concertada su integración, si lo desea, en la red asistencial pública».

Una versión más completa de los resultados del estudio del Senado puede consultarse en alguno de los textos publicados por el presidente de la citada Comisión especial (Granados, 1986), que ofrecen una visión global de las mismas en relación a un dispositivo asistencial público «urbano» de rehabilitación y reinserción.

Es necesario citar la Mesa sobre «Análisis de las Comunidades Terapéuticas para Toxicómanos» que coordinada por Emilio Bogani y Mari-Pepa García Mas se desarrolló durante las XIII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol (Palma de Mallorca, Noviembre 1985) y en la que aparece un artículo que resume una investigación sobre las C.T.D. en España y que sobre una muestra no conocida describe las diferencias entre las Comunidades Profesionales, Religiosas y de Ex-toxicómanos, proponiendo una serie de medidas para controlar aquellas que no se vinculan con los procesos de reinserción social y que se identifican con las no-profesionales (García Mas, 1986).

La última investigación a citar fue iniciativa de las I JORNADAS ESTATALES DE COMUNIDADES TERAPEUTICAS PROFESIONALES, de las que además surgió la Asociación de Profesionales de Comunidades Terapéuticas, y tuvo como objetivo exclusivo el análisis de este tipo de C.T.D., de las 20 que acudieron a las Jornadas, 12 contestaron un cuestionario, así como 22 profesionales que contestaron un cuestionario individual (Carretero, 1987). Los datos de las respuestas han sido recopilados y aquellos que resulten pertinentes a nuestros fines aparecen en diversos lugares del texto.

Cabe señalar que el último estudio parece cerrar una propuesta epistemológica abierta por la investigación de Polo y Zelaya: La ini-

ciativa espontaneista que creó las primeras C.T.D. fue articulada cognitivamente mediante una tipología, que ha concluido con la creación de una categoría unificadora, que autojustifica su eficacia a través de una comparación implícita y negativa de las otras dos categorías tipológicas.

Por nuestra parte vamos a manejar la hipótesis de que la triple tipología, que fue tan útil en 1983, tanto por los cambios producidos en el conjunto de las C.T.D., como por el uso no crítico realizado de la misma, tiene que ser sustituida en 1987 por otra más operativa.

3.2. El concepto de red

Una tipología, normalmente, se construye a partir de los resultados obtenidos a través de análisis exploratorio y análisis factorial, y con frecuencia conduce al descubrimiento de relaciones entre variables que nada tienen que ver con las percepciones subjetivas de la población que integra las diferentes partes de tal tipología en nuestro caso, por ahora, esto no ha sido ni posible ni necesario, ya que nuestro enfoque no es tipológico, sino sólo descriptivo por cuanto, como ocurría con la anterior clasificación, no hemos pretendido agrupar las C.T.D. en categorías, sino que nos hemos limitado a utilizar el concepto de Red.

Entendemos por Red aquel conjunto de C.T.D. que mantienen algún tipo de ligazón orgánica o institucional, directa o indirecta, entre ellas, lo que a su vez implica la utilización de los mismos programas, recursos y sistemas terapéuticos, o al menos de un conjunto de referencias semejante. La definición sería mucho más simple, con vinculación orgánica bastaría, si consideramos sólo a seis de las siete Redes descritas, ya que tres de ellas, las Redes de El Patriarca, Narconon y Proyecto Hombre, son con independencia de su relación jurídica, la misma empresa, y otras dos, la Red Pública y la de las Iglesias Evangélicas, dependen una de las administraciones públicas y otra de organizaciones religiosas de un tipo similar. Sólo la Red Privada, que sería una categoría escoba, no mantiene ningún tipo de vinculación orgánica entre sí, siendo tal desvinculación, y su privacidad lo que nos permite caracterizarla.

A lo largo de la investigación iremos viendo como la pertenencia a una Red implica una coincidencia entre variables, posiblemente como consecuencia de una serie de determinantes estructurales que como veremos dividen a las C.T.D. entre aquellas que son una alternativa asistencial por sí mismas y aquellas que son solo un recurso terapéutico de un Programa Asistencial Amplio, dicotomía que va articulando

otras diferencias en temas como desintoxicación, existencia o no de un nivel psicoterapéutico explícito, características del programa de seguimiento, etc.... Pero la coincidencia y diferencia de variables entre Redes no nos permitirá sostener que la clasificación en Redes implique una tipología operativa. Se trata, como hemos dicho, de una clasificación cuya función es meramente descriptiva, aunque contenga las bases para establecer futuras tipologías.

En realidad entre nuestra clasificación y la original de Polo y Zelaya no existen demasiadas diferencias ya que bajo la categoría COMUNIDADES REGIDAS POR EXTÓXICOMANOS, aparecía únicamente la totalidad de la Red El Patriarca, bajo la categoría COMUNIDADES RELIGIOSAS, se englobaba a la Red de las Iglesias Evangélicas, las COMUNIDADES PROFESIONALES las hemos dividido en Red Pública y Red Privada, y las Redes de Narconon y el Proyecto Hombre son nuevas en nuestro país.

TIPOLOGIA 1983	TIPOLOGIA 1986
C. Profesionales	→ { R. Pública R. Privada
C. de Extóxicómanos	→ R. Le Patriarche
I. Religiosas	→ R. Iglesias Evangélicas
—	R. Proyecto Hombre
—	R. Narconon

En una primera impresión se podría objetar que no existen diferencias entre la Red Pública y la Privada y que ambas responden al criterio de profesionales, pero debemos señalar que en la Red Privada se dan bastantes casos de C.T.D. no-profesionales, pero tampoco son ni religiosas, ni gestionadas por extóxicómanos, ni pertenecen a ninguna otra Red, y como podremos ir observando hay notables diferencias entre las C.T.D. de la Red Pública y las de la Red Privada, sean profesionales o no, mientras que la privacidad introduce una serie de identidades en las estructuras y los programas que justifican perfectamente su consideración como una Red.

La profesionalidad, y nos hacemos eco en las conclusiones de la reivindicación de progresiva profesionalización del sector, es sin duda uno de los elementos más importantes para valorar la eficacia de una C.T.D., y el criterio es utilizado incluso como medida evaluativa en el capítulo XII, pero no puede ser nunca un prejuicio epistemológico subjetivo que establezca una frontera cognitiva permanente entre las C.T.D., proveyendo de dos sistemas de valoración y crítica según se esté a uno u otro lado de la línea. Insistimos en que nos vamos a mover en un plano estrictamente sociológico sin una toma de partido psicoterapéutica previa. En todo caso y como veremos en el capítulo 11,

la cuestión técnico-terapéutica es mucho más compleja que el simple enunciado de profesionales no-profesionales.

3.3. Evolución, volumen y ocupación de las redes

Hemos podido valorar con una cierta exactitud el volumen de cada una de las Redes en el momento del verano-otoño 1986, partiendo de los datos comunicados en los cuestionarios y los obtenidos secundariamente o mediante investigaciones complementarias.

	Núm. C.T.D.	Plzas. total	Part. %
Red Pública.....	11	228	7,9%
Red Privada.....	23	406	14,2%
Red El Patriarca.....	25	1.534	53,6%
Red I. Evangelista.....	11	150	5,2%
Red P. Hombre.....	7	290	10,1%
Red Narconon.....	4	250	8,7%
TOTAL.....	81	2.858	100,0

La evolución posterior —ver listado en anexo—, nos permite completar este cuadro indicando que la Red Pública y la Red del Proyecto Hombre se encuentran en fase de expansión mientras las otras Redes se hallan un tanto estabilizadas.

Debemos también señalar que los conceptos de plaza y C.T.D. son muy relativos en el caso de la Red de las Iglesias Evangélicas, ya que la mayoría de los centros son mixtos (drogodependientes, miembros de la Iglesia y otros marginados) y por otro lado cualquier instalación de la Iglesia puede en un momento dado acoger a drogodependientes. Así hemos contabilizado las plazas de aquellos centros que más adelante calificaremos de específicos, mientras que de los inespecíficos hemos hecho una extrapolación a partir de número de drogodependientes, que sobre el total de plazas, dedujimos que existían en una serie de centros visitados.

Tales parámetros pueden completarse con los datos referidos a la proporción de ocupación media por cada una de las Redes así como el número medio de plazas en cada centro.

El nivel de ocupación es similar en todas las Redes, salvo El Patriarca, y aparece justificado por la necesidad de mantener una reserva de plazas suficiente para casos de urgencia y a fin de obtener un perfil equivalente de internos en diferentes fases. El Patriarca, por su sistema gradualista y el constante cambio entre centros puede mantener un nivel de ocupación mucho más alto.

Redes	Media de ocupación	Media de plazas
Pública.....	70,2%	18,6
Privada.....	76,4%	22,7
El Patriarca.....	91,7%	55,3
I. Evangelista.....	77,2%	13,2
P. Hombre.....	73,8%	32,5
Narconon.....	76,6%	34,3

En cuanto a las diferencias tan significativas entre el número medio de plazas por centro las explicaremos al describir cada una de las Redes. Hay que señalar también la existencia generalizada de importantes *listas de espera* en toda la Red Pública (el día 20-9-86) y en algunas C.T.D. de la Red de las Iglesias Evangélicas, mientras en el resto de las Redes sólo se daban casos muy puntuales.

Los resultados obtenidos coinciden con los de otros estudios, que nos señalan, para mayo 1986, que la Red Pública tenía una ocupación del 77,5% y la Privada un 70,2% y la media de plazas por C.T.D. en el conjunto de ambas Redes era de un 20,66%. (Carretero, 1986).

En cualquier caso si bien los datos contenidos en los tres cuadros anteriores nos describen la oferta existente no pueden cuantificar exactamente su distribución ya que no hemos podido considerar el parámetro de ingresos totales anuales por Red, cifra que sólo podrá obtenerse a través de una Evaluación multicéntrica de resultados, en cualquier caso en el capítulo VIII apartado 3.2.1 hemos podido desarrollar un modelo matemático sobre el número total de ingresos en C.T.D. en 1986.

Comparando la evolución del número de centros y plazas desde 1983 (Polo y Zelaya, 1985), observamos que en tres años, el número total de plazas se ha triplicado (de 966 a 2.858), pero que esta notable expansión se ha distribuido en forma distinta, ya que la Red de las Iglesias Evangélicas permanece estable (de 125 a 150 plazas), la Red le Patriarcal se ha ampliado considerablemente (de 698 a 1534 plazas), pero el conjunto Red Pública-Red Privada, codificada en 1983 como Profesional es la que más ha crecido (de 143 a 626 plazas).

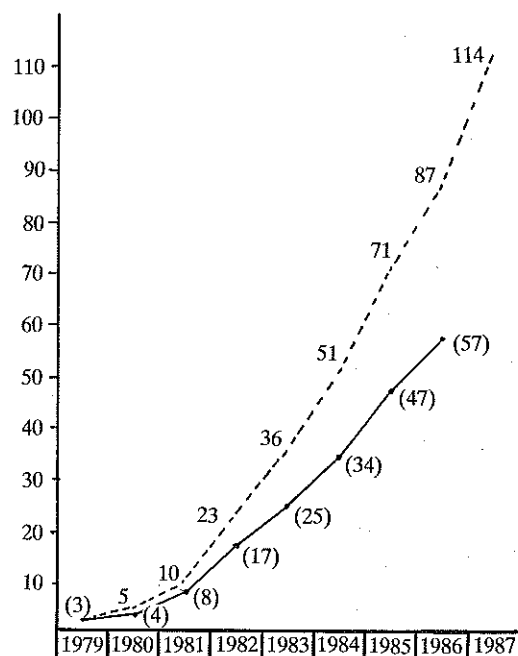
Por otro lado la aparición de las Redes de Narconon y el Proyecto Hombre ha modificado sensiblemente la participación de cada una de las Redes en el total de grupo, así El Patriarca ha pasado de un 72,3% a un 53,6% y aunque mantiene la *mayoría absoluta* su hegemonía se ha visto muy erosionada por el incremento del conjunto Pública-Privada (de un 14,8% a un 22,1%) y por la emergencia de las nuevas Redes en especial la del Proyecto Hombre.

Tomando como dato la fecha de apertura podemos establecer la evolución cuantitativa del sector si no en plazas, si en el número de centros abiertos que son los siguientes:

1979 y anteriores.....	3
1980.....	1
1981.....	4
1982.....	9
1983.....	8
1984.....	9
1985.....	13
1986 (primer semestre).....	10

cuya representación gráfica resulta bastante significativa.

EVOLUCION DEL NUMERO DE C.T.D. ABIERTAS Y QUE CONTINUAN EN ACTIVIDAD



(—) Evolución número de C.T.D. abiertas cada año entre las que continúan abiertas en septiembre de 1986 y han dado esta respuesta en el cuestionario.

(.....) Evolución número de C.T.D. abiertas cada año entre las que continúan abiertas en septiembre de 1987 (ver censo Anexo) y estimación del año de apertura.

Sin duda una evolución tan espectacular obedece a una serie de causas, la más inmediata es un incremento en el número de drogodependientes demandantes de asistencia, pero ¿ha ocurrido lo mismo en otros tipos de asistencia? veamos unas cifras que creemos nos permiten situar adecuadamente las cosas.

En primer lugar veamos cual ha sido la evolución de la asistencia a drogodependientes en la red de hospitales psiquiátricos.

	Alcohol		Drogas	
	Altas	Estancias	Altas	Estancias
1977	15.383	869.232	505	23.118
1978	15.990	600.470	1.320	41.985
1979	17.251	1.016.307	1.673	99.974
1980	13.222	710.099	3.413	55.564
1981	15.338	952.304	4.304	89.605
1982	14.795	720.119	4.956	83.510
1983	13.261	1.300.157	7.040	116.019
1984	13.261	814.615	6.186	84.688
1985	13.563	853.686	5.616	72.858

Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. I.N.E.

Como puede observarse mientras en el caso del epígrafe *Síndrome de dependencia al Alcohol* hay una cierta estabilidad, aunque con una continua y leve caída, en cambio el epígrafe *adicción a las drogas* mantiene un continuo crecimiento hasta 1983, a partir de este año se produce una reducción importante que contrasta con el crecimiento de la red de C.T.D.

Desde nuestro particular punto de vista la evolución de los datos se corresponde con ciertos acontecimientos: El 24 de octubre de 1983 fue derogada la Orden Ministerial de 1931 sobre internamiento obligatorio sin que el proceso de reforma psiquiátrica hubiera superado aún la fase inicial de puesta en marcha; la derogación supuso la exclusión del sistema psiquiátrico asilar, sin ningún criterio ni adaptación, de aquella población que tradicionalmente había utilizado tales recursos, y a la que podía asimilarse la nueva demanda generada por los drogodependientes, que ante la falta de una referencia asistencial clara optó por las fórmulas alternativas de internamiento como las C.T.D.. Los datos relativos al número de plazas en los Hospitales Psiquiátricos, confirman nuestro punto de vista.

Tales datos también indican que la evolución ha sido positiva ya que a pesar de la pérdida de plazas, un 15%, se ha mantenido e incluso aumentado el número de enfermos que han causado estancia en el año, lo que significa que las estancias han sido más cortas, y quizá te-

	Hospitales Psiquiátricos	
	Unidades	Enfermos Internados
1977	42.244	50.792
1978	41.942	61.800
1979	41.409	60.561
1980	40.364	58.279
1981	38.739	61.474
1982	37.725	66.298
1983	35.273	64.446

Fuente: Estadística de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado. I.N.E.

rapéuticamente más eficaces de acuerdo con lo previsto en las distintas reformas realizadas, pero debemos retener que en el sistema de los Hospitales Psiquiátricos (y de la Salud Mental en general) ha descendido la posibilidad de *internamiento*, mientras en paralelo aparecía otra red que sí incluía este hecho.

Sin duda esta evolución se ha visto corregida a partir de 1986 por la puesta en marcha de las distintas unidades de desintoxicación en la red hospitalaria general que ha implicado que un número creciente de casos fueran recuperados por la misma, sin que esta nueva situación modifique el proceso sociológico derivado de la demanda de internamiento tal y como lo describiremos en el capítulo siguiente.

3.4. Descripción de cada una de las redes

3.4.1. Red pública

Las once C.T.D. de la Red Pública aparecen vinculadas a distintos organismos administrativos, 7 a Comunidades Autónomas, 2 mixtas CC.AA.-Ayuntamiento, y 2 a Diputaciones, una de ellas actualmente cerrada. Todas ellas son gratuitas, salvo una (CT-58) que cobra un conjunto de tasas y gastos personales que suponen 20.000 ptas al mes. Dos de ellas han sido auditadas.

El tipo de vinculación administrativa es muy diverso, y va desde aquellas que han sido creadas por el propio organismo, y son por tanto como cualquier otro servicio de tal administración, hasta aquellas que formalmente constituyen una entidad privada pero han firmado algún tipo de convenio que les vincula en exclusividad al organismo administrativo.

Todas tienen al menos parte del equipo de atención compuesto por profesionales y forman parte siempre de servicios o programas asisten-

ciales más amplios. Las que dependen de Ayuntamientos, se consideran como un recurso más de un programa o plan municipal de drogodependencias, las que dependen de la CC.AA. aparecen dentro del organigrama del Plan Regional de Drogas o se vinculan con centros ambulatorios que poseen la misma dependencia. Las que dependen de una Diputación actúan a través de la red de Salud Mental de la misma. Este tipo de organización implica que sólo se aceptan casos procedentes del ámbito geográfico (y administrativo) de la CC.AA., de la Provincia o el Municipio del que dependen aunque en algunas hemos constatado excepciones no explicadas.

Esta vinculación amplía a un conjunto de recursos específicos o inespecíficos va a caracterizar la estructura, actividades, terapias y sobre todo el programa de reinserción de las C.T.D. públicas.

Debemos también señalar que una parte importante de las C.T.D. que hoy en día hemos considerado públicas, nacieron de la iniciativa particular de grupos de profesionales, insatisfechos con el medio psiquiátrico hospitalario o, buscadores de alternativas terapéuticas, habiéndose integrado en la Red pública de forma gradual, mientras otros surgidos en idéntica configuración pertenecen hoy a la Red privada. En los últimos años este proceso de coaptación se ha detenido y los organismos públicos prefieren crear sus propias C.T.D.

Conviene también señalar que a nivel internacional la mayoría de las C.T. pertenecen al grupo de privadas-profesionales o al grupo de *gestionadas por exadictos*, y que el fenómeno de las públicas, sin ser particular de España, ya que aparece en los otros países con un buen Servicio Nacional de Salud o de Bienestar Social como Inglaterra o Suecia, es bastante peculiar.

3.4.2. Red privada

Las 23 C.T.D. que constituyen la red privada son sin duda el conjunto más complejo, ya que en el mismo se integran una gran variedad de situaciones con diferentes posibilidades de clasificación.

Desde el punto de vista de la obtención de sus fuentes de financiación aparecen tres grupos muy bien diferenciados:

— Subvenciones al 100% por organismos públicos.....	17,3%
— Privadas puras	34,7%
— Mixtas.....	47,8%

Las primeras reciben becas o subvenciones de organismos públicos para la totalidad de sus internos, aunque en muchos casos éstos tienen que aportar ciertas cantidades para completar el coste de su estancia.

Son muy parecidas a las C.T.D. públicas, ya que también se suelen vincular con los servicios asistenciales amplios del organismo que les subvenciona, sin embargo no las hemos considerado parte de la Red Pública porque no existe una formalización de esta situación que implique una dependencia exclusiva de una administración pública. Desde una perspectiva evolutiva se detecta un modelo que partiendo de una iniciativa privada, pasa a obtener subvenciones, a estar subvencionada al 100% y acaba por ser integrada en la Red Pública.

Las privadas puras, son aquéllas que no reciben ningún tipo de subvención cobrando diferentes cantidades por la estancia y el tratamiento en las mismas, lo cual no impide que algunos de los internos sean becados por organismos públicos o entidades sociales, aunque la C.T.D. no participa en la gestión de estas ayudas administrativas, limitándose a aconsejar al interno.

Las mixtas son aquellas que admiten tanto a pacientes que pagan el 100% como a becados completos o parciales, muchas de las becas se articulan a través de convenios de subvención con organismos y entidades.

En esta Red, en el conjunto de becas y subvenciones, y lo mismo ocurrirá en las mismas situaciones para las Redes El Patriarca y Proyecto Hombre, suelen proceder prioritariamente de la administración local, quizás porque los ayuntamientos, salvo excepciones, no tienen suficiente capacidad financiera para montar una C.T.D., pero sí necesitan tener una C.T.D. de referencia a la que remitir ciertos casos. Por ello la práctica totalidad de las C.T.D. de esta Red, contrastando con las Públicas, admiten casos sin ninguna limitación geográfica e incluso en una (CT-49) no los admite del área geográfica vecina. Resulta sorprendente constatar como ciertas C.T.D. privadas reciben a Dependientes procedentes de Servicios Asistenciales Amplios de lejanía geográfica y que tiene su propia C.T.D. pública.

En cuanto al coste resulta muy variable, no se correlaciona con ningún tipo de factor terapéutico, ni tan siquiera con las instalaciones del centro, salvo dos casos que consideramos comparativamente como *instalaciones de alto standing* y que cobran 150.000 y 134.000 ptas al mes respectivamente, el resto se mueve entre 100.000 y 55.000 ptas al mes dándose casos en los que se cobra entrada, otros en los que los gastos personales, o el programa de familiares, u otros extras se cobran aparte.

En cuanto a los modelos terapéuticos utilizados y las actividades desarrolladas la variedad es total, y van desde aquellos centros que se limitan a dar una terapia farmacológica para la desintoxicación física a los que por su cuenta gestionan fórmulas de integración laboral; algunos centros utilizan técnicas muy formalizadas, otros se mantienen

como residuo de opciones contraculturales y finalmente hay casos de *casa refugio* en las que no hay otra terapia que la solidaridad. En conjunto el nivel de miembros de los equipos de atención que no poseen ninguna titulación Media o Superior supera el 50%, y también cerca de la mitad (42,8%) del personal de esta Red se encuentra en condiciones de *sin contrato* o *no remunerado*. Es frecuente encontrar en las mismas también a extoxicómanos, con titulación o sin ella, que se han integrado en el equipo (Ver capítulo IX).

A pesar de que esta es una característica típica de las Redes El Patriarca, Narconon, Iglesias Evangélicas y Proyecto Hombre, también es muy frecuente encontrar en esta Red el fenómeno de una C.T.D. articulada alrededor de una figura carismática, que está dedicando todos sus esfuerzos y patrimonio, por razones ideológicas, políticas, religiosas o simplemente por su actitud personal a «atender a los drogodependientes», y aunque su titulación pueda ser deficiente, su nivel intelectual personal es muy alto y habitualmente se rodean de un equipo profesional coincidente con sus planteamientos pero menos involucrado personalmente en el tema, siendo en general muy dados a la experimentación y opuestos a cualquier tipo de evaluación externa formalizada. Al menos seis C.T.D. responden a este modelo.

3.4.3. Red El Patriarca

La Red de El Patriarca es la mayor de todas, ya que es la que posee el mayor número de centros (25) y más de la mitad de las plazas del conjunto de C.T.D. lo que le proporciona un marcado protagonismo en el sector.

La organización Le Patriarche nace en 1972 en La Boère, en el centro de Francia, donde L. Engelmaier, que se había dedicado a recoger y a atender a marginados diversos comienza a reunir en su entorno a un grupo de drogodependientes, con los que de forma espontánea busca la manera de conseguir que mantengan la abstinencia y recuperen la salud psicofísica (Engelmaier, 1986a). La Boère fue una respuesta anti-institucional típica a la ineficacia de las instituciones psiquiátricas, en este caso las europeas, ante el fenómeno de la drogodependencia, y aunque no sea explícito en el texto resulta claro por cuanto la mayoría de la *primera generación* de La Boère son *rebotados* psiquiátricos, lo que marcará decisivamente la ideología terapéutica de esta Red: «La psicoterapia es otra droga. Es lo mismo depender de la heroína que de un sustitutivo sea metadona o sea un psiquiatra» declarará L. Engelmaier (EL PAIS, 26-2-82).

Por otro lado, la imagen primigenia de La Boère se puede identificar perfectamente con el Movimiento Contracultural de las Comunas

que estaba en plena vigencia en aquel momento, y es nuestra opinión que empezó siendo una experiencia en plan Comuna para progresivamente irse convirtiendo en una C.T.D.

El voluntarismo siguió siendo el eje dominante en la siguiente C.T.D. instalada en el castillo de Lamothe hacia 1975, pero en 1978 Le Patriarche normaliza todo un sistema asistencial, distinto pero equivalente al de Synanon, basado en los propios extoxicómanos que actúan como terapeutas y en la integración del drogodependiente en la organización. A partir de este momento comienza una extraordinaria expansión que le lleva a instalarse en España en 1979, en Bélgica (1981), Italia (1984), Suiza (1985), Irlanda (1985), Portugal (1985) y en 1986 en Alemania, Costa Rica, Nicaragua, Guatemala y U.S.A. Aunque sus ejes de actividad siguen siendo Francia, España y Bélgica. En 1984 funda un Instituto de Investigación (El IDRET) dirigido por el conocido médico y farmacólogo Gabriel Nahas (Engelmajer, 1986b y c). Conviene observar que Le Patriarche se extiende por todos aquellos países que, por razones culturales u otras, no tienen implantadas sucursales de las grandes C.T.D. americanas. Quizás también porque Le Patriarche representa el mismo tipo de respuesta que éstas dieron en los países anglosajones con un cierto adelanto, ocuparía por decirlo en otros términos el mismo *espacio electoral*.

En 1982 se funda en España la Asociación El Patriarca marco legal en el que se desarrollan todas las actividades de las C.T.D. de la Red, y en octubre de 1985 en Biurrun (Navarra) nace, mediante Convenio Internacional de Colaboración, la Asociación Le Patriarche, que integrará a todos los centros del mundo en una única organización.

En el mismo año 1985 la Asociación comienza a plantearse, quizás por las críticas recibidas, el problema de la Reinserción Social (o de la *abstemia exterior*) y renuncia al principio de que todo insertado es aquel que permanece en la Asociación, único lugar donde puede mantener la abstemia y comienza a promocionar Asociaciones de Extoxicómanos y/o de Reinsertados de El Patriarca a través de las que realiza acciones de reinserción sociolaboral.

Creemos que es útil distinguir en la evolución de El Patriarca dos periodos bastante bien diferenciados, en el primero, hasta el 84-85, primaba la dureza del proceso en una institución totalmente cerrada y autocrática, en la que además había una mayor autogestión de los colectivos que gestionaban cada C.T.D. En el segundo período, los órganos de dirección de la Asociación toman todas las decisiones y el grupo de responsables del centro es un simple mediador, al mismo tiempo la Asociación se ha abierto a experiencias en el exterior y la dureza de condiciones ha sido sustituida por un mayor hincapié en los aspectos formales del método.

Los Centros de El Patriarca en España son los mayores y los que mantienen un mayor índice de ocupación, siendo lo más característico de los mismos la constante circulación de los internos entre ellos, hasta el punto de que podemos considerar a toda la Organización como un macrocentro puesto que los cambios son muy frecuentes y el sistema es idéntico en todas las C.T.D., esta consideración deberíamos hacerla incluso a nivel internacional ya que más de 700 españoles estaban en 1986 en centros del extranjero y cerca de 500 no-españoles en centros de nuestro país. Para poder realizar todo este trasvase de personas, la Asociación cuenta con un importante aparato burocrático central que controla a los internos con independencia de su ubicación en un momento dado. La estructura en servicios de este aparato burocrático central confirma que nos encontramos ante un sistema único del que cada C.T.D. es una simple expresión. Los seis servicios centrales son:

- 1.- Administración y finanzas.
- 2.- Relaciones exteriores.
- 3.- Interior (Admisiones, Judiciales, IDRET, farmacia,...).
- 4.- Logística.
- 5.- Formación profesional y cultura.
- 6.- Reinserción Social.

Como características mas esenciales del método de El Patriarca cabe señalar su dedicación a la *lucha contra la droga*, el hincapié en tareas de Formación Profesional y al hecho de que si bien el tiempo límite de permanencia en la Asociación es de 2 años, los que ocupan los puestos de responsabilidad en el organigrama jerárquico llevan mucho más tiempo.

Según los datos proporcionados por El Patriarca (ver apartado 15.2) en 1986 un 49% de los internos eran *de pago* (80.000 ptas el primer mes, 50.000 el segundo y 35.000 los restantes, aunque existen casos de pago reducido), 24,5% estaban becados por organismos públicos (35.000 ptas el mes) y 26,5% eran gratuitos. Conceden ayudas a El Patriarca seis CC.AA., cinco Diputaciones y diversos Ayuntamientos y Entidades públicas y privadas. Sin embargo, aparte de estos ingresos la Asociación El Patriarca cuenta con aportaciones materiales y los beneficios que obtiene por sus actividades productivas en diversos centros lo que le han llevado a acumular un cierto patrimonio inmobiliario y existencias cuyo uso maximiza a través de los diversos centros mediante un sistema centralizado de control de stocks.

3.4.4. Red Iglesias Evangélicas

La cifra de once centros de la Red de las Iglesias Evangélicas merece una explicación ya que se puede alegar que son muchos más, o al menos aportar muchas más direcciones de los mismos, pero hemos podido constatar que la situación de tales centros es bastante compleja.

En primer lugar existe una organización (Asociación de Rehabilitación del Marginado, REMAR) que depende de una Iglesia Evangélica sin relaciones formales con el resto de las Iglesias Evangélicas que pertenecen al Consejo Evangélico de España. Dicha Iglesia funciona bajo un sistema comunitario mientras la mayoría de las otras son simples organizaciones religiosas. La fórmula que utiliza de atención a los drogodependientes la hemos calificado de INESPECIFICA, ya que en los centros de esta organización el dependiente es uno más dentro de la Comunidad en la que se incluyen Pastores, marginados con otros problemas y simples fieles de la Iglesia. Aunque poseen una cierta metodología terapéutica específica para los drogodependientes, en la práctica lo único que funciona son los mecanismos de la conversión, a los que nos referiremos en el capítulo XI.

Hemos podido situar a 21 centros de esta organización, pero también hemos podido constatar en un período de 6 meses al menos cinco cambios de ubicación. Por ello se ha considerado sólo la existencia de dos C.T.D. (CT-37 y CT-53), la primera en la que recogemos las respuestas personales al cuestionario de la dirección de la organización y la segunda un cuestionario remitido por el responsable del centro más conocido de esta organización.

Los otros nueve centros han entrado en la categoría de ESPECIFICOS, y sólo tenemos tres respuestas de los mismos, aunque hemos podido reconstruir un expediente. Se les califica de Específicos porque son centros dedicados esencialmente al tratamiento de los drogodependientes, y aunque dependen de Iglesias Evangélicas utilizan criterios más técnicos en el momento de plantearse el tratamiento, alguno de ellos podría incluso considerarse un centro profesional.

Por razones socioculturales en España se asocian rápidamente estas C.T.D. de tipo específico de la Red de las Iglesias Evangélicas a algún tipo de sectarismo religioso, pero esto exige ciertas matizaciones puesto que algunas de estas congregaciones son numéricamente muy importantes en otros países y ejercen, a veces por la vía del movimiento religioso-psiquiátrico, influencia en las C.T.D. con mejor imagen de profesionales (Magan, 1985). En este sentido tenemos una pérdida de óptica ya que su situación, y dependencia religiosa, no es distinta a la que, como veremos en el apartado siguiente, se establece entre el Proyecto Hombre y la Iglesia Católica.

Sin embargo Específicos e Inespecíficos mantienen intensas relaciones a un cierto nivel, y aún en los primeros el aspecto religioso y el apostolado tienen una importancia fundamenteal. Ello no impide que en cuestiones muy concretas se comporten en forma distinta como iremos señalando en las páginas siguientes.

En cuanto a su financiación, las Específicas funcionan especialmente de los donativos y ayudas que les proporciona la Iglesia de la que dependen y las Inespecíficas no tienen un funcionamiento separado de la propia Iglesia, siendo los propios centros un ámbito laboral del que se obtienen beneficios. En este sentido, todas son gratuitas, salvo un caso en el que no se realiza actividad laboral productiva y que cobra 20.000 ptas al mes con lo que cubre el 21,38% de sus necesidades.

El número de plazas suele ser pequeño, lo que añadido a la gratuidad y a la intensa publicidad (apostolado), hace que haya bastante demanda de las mismas, aunque su crecimiento se encuentra limitado por las perspectivas de la correspondiente Iglesia.

3.4.5. Red Proyecto Hombre

Los siete centros del Proyecto Hombre son muy recientes, salvo uno, todos empezaron prácticamente a funcionar en 1986, lo que posiblemente ha condicionado el bajo nivel de respuesta, lo cual no es importante porque los mismos funcionan bajo un único modelo.

El Proyecto Hombre nació alrededor de un grupo Católico militante que dirigía Mario Pichi y que trabajaba en Roma en la atención a Marginados en la Estación Terminal, allí se creó el Centro Italiano de Solidaridad que en 1978 organizó en Roma el III Congreso Internacional de Comunidades Terapéuticas, y que al año siguiente (1979) alumbró la técnica terapéutica conocida como *Proyecto Hombre*.

El Proyecto Hombre es una versión, creemos que bastante exacta, del programa de Daytop Village de Nueva York, ya que fueron residentes de Daytop los que se desplazaron a Roma para ponerlo en marcha y los primeros informadores de la Escuela de Formación del Centro Italiano de Solidaridad. Esta identidad queda quizá descompensada por el hecho de que el Proyecto Hombre posee una implícita dependencia con organizaciones de la Iglesia Católica, aunque formalmente no exista ninguna relación. En algunas regiones el Proyecto Hombre ha sido financiado y desarrollado a través de Cáritas y en otras el colectivo dedicado a la atención está compuesto íntegramente por religiosos católicos, muchos de ellos procedentes de centros de Beneficencia o de Menores, en los que en los últimos años han sido sustituidos por funcionarios públicos.

Como Daytop, el Proyecto Hombre se basa en las ideas de *disciplina* y *autoayuda*, y sus C.T.D. se caracterizan por una estricta organización y ocupación del espacio y el tiempo y por un complejo sistema de acciones e intervenciones que constituye una terapéutica global.

El personal responsable de la aplicación del programa ha sido formado necesariamente en la Escuela del Centro Italiano de Solidaridad y aparte del mencionado más arriba se compone especialmente de voluntarios y extoxicómanos, siendo irrelevante la titulación académica.

Resulta también esencial considerar al Proyecto Hombre no como un sistema de C.T.D. sino algo más amplio, ya que la C.T.D. aparece solo en una segunda fase tras un largo período de Acogida en régimen ambulatorio, que dura de tres meses a un año. Tras la C.T.D. aparece otra fase transicional de convivencia en pisos o comunidades urbanas (La Comunidad de Reinserción) en la que se convive como en cualquier hogar, ya que se supone que el extoxicómano trabaja o estudia durante el día.

La estancia es gratuita aunque se admiten aportaciones voluntarias o donativos de la familia, y las fuentes de financiación proceden en primer lugar de organismos vinculados a la Iglesia Católica y organizaciones específicas de apoyo, así como de ayudas públicas que en algún caso alcanzan hasta el 55%, y en pequeña medida de las aportaciones familiares.

3.4.6. Red Narconon

Las cuatro C.T.D. que constituyen la Red funciona en régimen de autofinanciación. Apenas reciben becas ni dependientes subvencionados, menos de un 8% en todo caso, su coste es de 180.000 ptas mensuales y aplican un programa común, el *Método Internacional Narconon* que describiremos en el capítulo XI.

Narconon aparece vinculada a la Organización de la Cienciología (o Iglesia de la Cienciología según publicaciones ajenas a ella) que se considera a sí misma como una *Organización de Salud Mental*, la cual se presenta como una institución estrictamente jerarquizada bajo la dirección personal de Lafayette Ronald Hubbard, autor de todas sus publicaciones.

Tal organización posee como referentes teórico-doctrinales a la Dianética (Hubbard, 1984 y 1987) y la Cienciología, cuyo status ontológico nos resulta desconocido, aunque la segunda se encuentra auto-definida como una *psicología total* que articula los siguientes elementos (Hubbard, 1982a y 1982b):

- Una actitud *postmoderna* de sobrevaloración de la eficacia operativa de las *creencias* con independencia de su contenido concreto.
- Una base religiosa muy ecléctica pero que reproduce esencialmente la geografía y la teología Mazdeistas (Eliade, vol 1, 1978).
- Una utilización peculiar del psicoanálisis.
- Un rechazo radical a la psicología Wundtiana y al Marxismo.

El componente final lo constituyen las 8 OT, que funcionan como niveles jerarquizados de conocimiento en las que, a partir de la III, se encuentran implicadas una serie de referencias sobre la historia de la *vida* a nivel galáctico, y cuyo objetivo final es alcanzar el estado de Thetán Operante, que permite actuar fuera de las leyes del universo físico.

Esta cosmología, que quizás pueda interpretarse desde otras publicaciones (Hubbard, 1985), fundamenta la clave de toda la ideología de la Organización de la Cienciología, la *supervivencia humana* que se encuentra radicalmente amenazada por lo que es preciso tomar una serie de medidas a nivel personal y social.

Aunque en nuestra opinión las actividades de Narconon son esencialmente terapéutico-económicas, con independencia de la valoración terapéutica que se pueda hacer de las mismas, no cabe duda de que las C.T.D. de esta Red también sirven para captar adeptos para la organización de la Cienciología, siendo muy frecuente la presencia de Auditores y Administradores extoxicómanos en las mismas. En este sentido la Red recibe acusaciones sobre retención indebida por parte de asociaciones *pro-juventud* y otros grupos de padres. En un reciente estudio realizado sobre una población de 127 sujetos que habían pasado durante un año por uno de los centros de Narconon, seleccionándose una muestra de 93, de los que se pudo entrevistar a 52, se declararon abstemios 36 (el 28,3% de la población) y de éstos 14 continuaban como miembros de la organización (TAIM, 1987), lo que no resulta extraño si tenemos en cuenta que el programa de reinserción de Narconon se define, en su propia terminología, como *programa de diseminación*.

4. LA IMAGEN SOCIAL Y LA DEMANDA DE C.T.D.

4.1. Metodología

El análisis histórico, el origen y la evolución de las C.T.D. nos ha permitido comprender que se trata esencialmente de un fenómeno articulado sobre bases socioculturales, y de una forma distinta o incluso secundaria, sobre argumentos terapéuticos. Obviamente para investigar y proponer un modelo de interpretación de las C.T.D. españolas resultaba necesario conocer cuales eran los referentes socioculturales que podían explicar la aparición y notable expansión de esta fórmula de tratamiento de la drogodependencia en los últimos años.

Las metodologías para investigar las actitudes y opiniones de la sociedad en torno a una cuestión concreta como pueden ser las C.T.D. están perfectamente desarrolladas y contrastadas, por lo que este conocimiento nos podría ser muy asequible, pero al plantearnos la investigación sobre las C.T.D. se priorizó la propia institución y el tema de las actitudes sociales pasó a un segundo plano.

Existía además una cierta dificultad derivada de la falta de datos previos sobre dicha cuestión, ya que en general las investigaciones sobre actitudes de la población hacia el tema de las drogas (Comas, 1985; Ibañez, 1985; Navarro et al, 1986, C.I.S. 1986 y Aguado et al 1987) no habían tocado más que tangencialmente el tema de las características concretas de la demanda asistencial. Con posterioridad a nuestra investigación sobre C.T.D. se realizó por parte del Plan Nacional sobre Drogas el estudio *Conocimiento, valoración y prioridades de los ciudadanos en lo que se refiere a la atención a los toxicómanos*, cuyo conocimiento previo nos habría permitido un planteamiento más preciso del tema.

A pesar de todo ello pensamos que una aportación cualitativa podría resultar útil tanto desde la perspectiva de abrir caminos en torno a esta cuestión como para completar adecuadamente algunos resultados obtenidos en nuestra investigación tanto en el propio análisis de las C.T.D. españolas como por la visión histórica y teórica que hemos proporcionado en capítulos anteriores.

Este trabajo cualitativo se ha basado en cuatro *Reuniones de grupo* que intentan polarizar las posibles actitudes del grupo restringido de los usuarios en relación a las C.T.D. Los grupos fueron:

- 1) Un grupo de padres con hijos drogodependientes, los cuales hubieran estado en C.T.D. con independencia del resultado obtenido por tal internamiento.
- 2) Dos grupos con exdrogodependientes que hubieran logrado su abstinencia mediante un programa basado en el internamiento en C.T.D.
- 3) Un grupo de drogodependientes con experiencia en C.T.D.

Al realizar el trabajo de campo, en el proceso de contactación se produjeron una serie de hechos que incidieron sobre la composición de los grupos y que nos ha parecido notable retener como dato. Tales hechos se derivaron de las instrucciones dadas al equipo de campo que realizó las contactaciones, en el sentido de que ante la imposibilidad de contrastar objetivamente el status de abstinencia de los participantes en cada grupo, se utilizaran exclusivamente criterios de autocalificación en relación al consumo o no de drogas, con los siguientes resultados:

- 1) El grupo de padres se constituyó adecuadamente, apareciendo en el mismo diferentes situaciones, desde aquellos padres que manifestaron que sus hijos se encontraban en aquel momento manteniendo la abstinencia, en un caso desde la salida de la C.T.D., otros cuyos hijos estaban realizando un tratamiento ambulatorio lo que certificaba su abstinencia, y finalmente varios padres cuyos hijos estaban consumiendo.
- 2) No se consiguió un solo grupo puro de abstemios, ya que en un caso apareció un sujeto en situación de recaída, que había sido dado de alta con resultado positivo en una C.T.D. hacía un par de meses, y en otro dos sujetos que habían abandonado las C.T.D. de una misma Red para volver en forma inmediata a su situación de dependencia. Por otra parte queremos señalar que la práctica totalidad de los que manifestaron mantener la abstinencia eran miembros activos de asociaciones de exadictos. Sólo dos casos no pertenecían a tales organizaciones pero, curiosa y significativamente, ambos tenían buenos trabajos proporcionados por la familia.
- 3) El grupo de los drogodependientes, a pesar de nuestros temores previos, se preparó sin mayores incidencias, respondiendo todos ellos al perfil solicitado. En cualquier caso todos los miembros de este grupo, salvo alguna contada excepción, habían intentado dejar realmente las drogas en alguna o varias ocasiones, lo que nos llevó a asumir la hipótesis de que, el número de intentos podía ser similar al obtenido en una población equivalente de la misma ciudad, es decir 3,31 intentos por sujeto (García y Graña, 1986).

El conjunto de sujetos, tanto padres como dependientes o exdependientes, reflejó sus experiencias en las diversas C.T.D. de las distintas Redes, siendo clara mayoría los procedentes de El Patriarca sobre el conjunto de participantes en cada una de las cuatro reuniones, sin que faltaran entre las cuatro Reuniones participantes del resto de las Redes. En cualquier caso el hecho de que más de la mitad del con-

junto de participantes procediera de la Red de El Patriarca responde a una adecuada representación de la realidad sociológica, ya que esta Red ha atendido en los últimos años más del 70% del conjunto de sujetos que han pasado por C.T.D., lo cual, también lógicamente, significa que la imagen de la Red El Patriarca, hegemoniza el discurso social sobre las C.T.D.. Evidentemente habrá sujetos que habiendo obtenido un resultado positivo en C.T.D. de otras Redes o en Programas Ambulatorios, que manejan argumentos terapéuticos muy diferentes, realizan otro tipo de discurso, pero se trata sociológicamente de grupos muy minoritarios, que, por ahora, en poco influyen sobre las características globales de la demanda que aquí queremos investigar.

Al diseñar las reuniones se estableció que el guión debía ser muy abierto ya que se partía de una situación de *historias personales* lo suficientemente ricas de forma que las aportaciones fueran lo bastante fluidas como para no exigir apenas la intervención del Director de la Reunión. Este se limitó a reconducir el tema hacia las C.T.D. en cuanto se producían desviaciones, aunque no pudo evitar que el grupo de padres derivara permanentemente hacia el tema de las responsabilidades sociopolíticas y la de los drogodependientes hacia el tema de la reinserción sociolaboral. En cualquier caso, y sin necesidad de plantearlo, aparecieron espontáneamente los temas que se habían previsto: La función y el contenido de las diversas C.T.D., sus ventajas e inconvenientes, las quejas y reclamaciones de los usuarios, los sentimientos de pertenencia, la valoración de las actividades, las propuestas alternativas, la predisposición personal y el *gran tema* de la responsabilidad.

Queremos señalar que una vez cerrado el Trabajo de Campo y al comenzar la acotación temática que nos mostró la existencia de dos discursos distintos en función tanto del status del sujeto (padre-hijo) como de la variable (abstinencia-no abstinencia), apareció la posibilidad de otra serie de polarizaciones interesantes que quedan apuntadas para futuros trabajos.

Finalmente nos vemos en la necesidad de precisar que las Reuniones de Grupo constituyen una metodología puramente sociológica y que sus resultados deben interpretarse desde tal perspectiva, rehuyendo posibles comparaciones con otras metodologías directivas como la Entrevista Clínica o no directivas como diversas técnicas grupales. Los resultados de un trabajo de investigación como este obedecen exclusivamente a una recogida de información sobre el sistema de valores que orienta la conducta en una situación social determinada (Orti, 1986), y por tanto es el discurso de los participantes sin otra mediación u objetivo terapéutico. En este sentido pueden explicarse ciertas diferencias que los profesionales de la atención detectarán de inme-

diato y que responden a las diferencias en los discursos cuando estos manejan distintas expectativas (terapéuticas o no terapéuticas según el caso).

4.2. Modelo general

El análisis de las transcripciones de las cuatro reuniones nos permitieron identificar dos discursos, el primero lo realizaron los padres y los dependientes, el segundo los exdependientes. El primero se caracteriza por la ambigüedad, se instrumentaliza a través de la inefabilidad simbólica, se formaliza mediante la verborrea, reclama la solidaridad primaria, es muy adaptativo y puede valorarse como absolutamente desestructurado. ES EL DISCURSO DE LA FATALIDAD.

El de los exdrogodependientes en cambio se caracteriza por la seguridad, se instrumentaliza a través de una intensa racionalización, se formaliza muy condensadamente, reclama *igualdad de oportunidades*, es muy dogmático y puede valorarse como aparentemente estructurado. ES EL DISCURSO DE LA SALVACION.

Se trata de dos discursos incompatibles entre sí, y no sólo por las características antedichas, sino por el diferente contenido que tienen para ambos los términos «normas» y «libertad» eje sobre el que se expresan a la vez todo un conjunto de ambigüedades pero que una vez manifestado el sentido sobredeterminan el discurso, pero ambos discursos tienen una serie de elementos comunes, que a su vez deben comprenderse desde una articulación más general con las concepciones sociales sobre *la droga* (Aguado et al. 1987) y en especial la referencia a la *esquizofrenia social* causada por el doble mensaje de los medios de comunicación (Comas, 1985) que establecen dos actitudes diferenciadas, y aún opuestas, entre *nosotros* y *los otros*, que tendrán su correspondiente traducción en los discursos sobre las C.T.D. y que en general manejan los siguientes puntos de vista compartidos.

1. VIVIMOS EN UNA SOCIEDAD RADICALMENTE CONTAMINADA POR LAS DROGAS.

Se describe una sociedad supercontaminada por las drogas, todo el mundo *se droga*, las clases sociales elevadas usan drogas y nadie las molesta porque se lo pueden pagar, la mayoría de los jóvenes consumen drogas, a todos los adolescentes les ofrecen permanentemente drogas, «*la mitad del país está drogadicto, porque en las fiestas de los niños de papá ahí se ponen a tope. Pero claro, tienen buen cajón*» (37-1), «*si lo quieres lo encuentras aquí y en cualquier sitio*» (8-2), «*dime un sitio de Madrid donde yo te consigo caballo y llevo ya dos años y me-*

dio sin mojarme, en cualquier sitio de Madrid, dime un barrio que te digo donde está» (17-3). Esta visión de nuestra sociedad posee finalidades autojustificativas: ser drogodependiente no es una excepción sino la regla, haber *caído* en la drogodependencia no es una responsabilidad personal sino un resultado inevitable, no se puede exigir la abstinencia a unos y a otros no.

2. LAS C.T.D. SON LAS UNICAS ALTERNATIVAS TERAPEUTICAS EFICACES Y VIABLES A LA DROGODEPENDENCIA.

Las C.T.D. implican una condición que otros recursos no pueden adoptar «*sabes donde está, está recogido. Sabes que no le puede pasar nada malo*» (14-1), tal condición articula la opinión de que sólo las C.T.D. posibilitan un tratamiento real y eficaz a las drogodependencias, otras alternativas terapéuticas son sólo maneras de engañar a los drogodependientes, sus familias y la sociedad.

La existencia o no de la C.T.D. no aparece cuestionada nunca en los discursos, su necesidad es siempre un supuesto de partida, y sólo se discute y se adoptan posturas en relación a alguna de sus características concretas, que es lo único a lo que se puede criticar.

Esta eficacia viene determinada en el discurso social del colectivo de los afectados por varios factores:

- Las C.T.D. son el único lugar donde hay un control auténtico de la abstinencia.
- Los equipos, profesionales o no, de las C.T.D. están más involucrados y motivados y transmiten veracidad.
- Sin un alejamiento del medio ambiente personal la abstinencia es imposible.
- Una mitificación de las esencias positivas de campo frente a la ciudad, el campo es limpio la ciudad sucia, la naturaleza purifica por sí misma. Estar en una C.T.D. «*es un tratamiento natural*» (22-3) frente a la artificiosidad de los edificios que albergan los Hospitales Psiquiátricos.

Como iremos viendo tales factores son manejados de forma muy distinta en cada uno de los discursos, pero no dejan de aparecer.

3. EL TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS SE CONCEBE COMO UN RITO DE PASO Y COMO UNA PENITENCIA IMPRESCINDIBLE PARA ALCANZAR EL ESTADO DE ABSTENIA.

El proceso de drogodependencia se percibe como de una contaminación físico-moral que sólo se puede eliminar mediante una serie de

ritos de paso que permiten RECUPERAR el anterior *estado de gracia*. Se exige una explicitación formal de tales ritos para admitir como abstinencia o reinserción al sujeto, y en este sentido las C.T.D. producen seguridad ya que los detalles rituales son conocidos, y pueden ser valorados, por todos.

4. LOS PROCESOS DE TRATAMIENTO SE VISLUMBRAN SIN AMBIGÜEDADES: EL ÚNICO OBJETIVO POSITIVO ES EL LOGRO DE LA ABSTINENCIA Y LA RECAÍDA SE IDENTIFICA COMO UN FRACASO ABSOLUTO.

El objetivo terapéutico demandado es el de la abstinencia, alrededor del que giran todas las posibles reivindicaciones, la Reinserción Social en cambio es concebida sólo como una *mejor manera* de mantener la abstinencia pero no como el objetivo final del proceso de tratamiento. La Reinserción es un instrumento de la Abstinencia y existe una permanente confusión verbal entre ambos términos y en múltiples ocasiones se utiliza Reinserción Social como equivalente a Abstinencia.

5. SE COMPARTE SIN Matices LA VISIÓN NEGATIVA DE LA DEPENDENCIA Y LA OBLIGACIÓN DE SUPERARLA.

Se maneja un absoluto rechazo de las drogas, al menos en nuestros grupos, en los que nadie asumió, ni se refirió al consumo de drogas como una conducta autoaceptada. Ligado a ello aparece LA OBLIGACIÓN DEL TRATAMIENTO asumido por todos, una obligación que creemos no aparecería en el caso de drogas legales. Por lo que si bien tal obligación se escenifica por motivos de salud, en el análisis podemos extraer la conclusión que es la CONDICIÓN DE ILEGALIDAD y la contaminación que ello produce lo que determina esta actitud social en relación a un profundo sentimiento de que *se tiene que salir de ahí. Esta visión no se contradice con el hecho, también real, de que una parte importante de los drogodependientes o no acude o tarda en acudir a los centros asistenciales, ya que el deseo abstracto no tiene por qué producir efectos concretos o quizás los centros no respondan a las expectativas de los sujetos.*

6. FACTORES SOCIOCULTURALES DETERMINAN LAS VISIONES SOBRE LA EFICACIA TERAPÉUTICA.

En otros textos (Comas, 1986a) ya hemos detectado y mostrado este fenómeno y las consecuencias del mismo y que, tendría su máxima expresión en las diferentes «personalidades arquetípicas» (desde so-

ciópata a perverso) que ciertos colectivos han venido promocionando para describir y codificar a los drogodependientes.

A nivel social tenemos un nuevo y cuarto ejemplo de este efecto en la imagen diferencial que aparece de la mujer en las C.T.D.

La mujer drogodependiente aparece en la percepción social como más contaminada que el varón, en parte por su condición de mujer y en parte porque mientras el varón drogodependiente realiza actos *heroicos* como atracar, la mujer en cambio suele identificarse con la prostitución (la practique o no) lo que la desvaloriza doblemente (Comas, 1985). La misma mujer asume este rol y acepta que «*es mas viciosa*» (29-3), «*mas víbora*» (28-3) y que por ello «*las mujeres solemos ser un poco mas difíciles*» (27-3) en el tratamiento, porque «*nosotras no podíamos hacer nunca nada en concreto, a no ser que fuese coser y siempre salíamos discutiendo*» (28-3) y además «*pues normalmente si pones un poco de tu encanto para ligarte al responsable y ya no hacer nada*» (29-3), quizás por todo ello en las C.T.D. «*mujeres no hay, y las pocas que ha habido ahora mismo están poniéndose*» (28-3). Incluso las condiciones objetivas son transformadas en actitudes negativas «*solemos tener críos y empezamos con que si nos tira el niño*» (29-3).

Con independencia de que sea necesaria una intervención terapéutica diferencial para varones y mujeres, no cabe duda de que algunas de estas opiniones son simples tópicos, y como veremos en capítulos sucesivos no coinciden con los datos, pero tampoco cabe duda que esta percepción social influye decisivamente en la actitud que a este nivel toman diferentes C.T.D., no admitiendo mujeres o admitiéndolas en condiciones especiales que las diferencian de los varones.

Desde la perspectiva de los discursos que estamos analizando, el status negativo de la mujer se articula entorno a la sobrecontaminación diferencial pero se produce por un hecho curioso que detectamos en el discurso de la salvación: a pesar de su mayor contaminación la mujer sigue siendo una mujer y no se le puede exigir los niveles de castigo que se aplica los varones, lo que quizás explicaría parte del rechazo terapéutico al que se ven sometidas las mujeres.

7. LAS C.T.D. CREAN UN CONFLICTO IRRESOLUBLE ENTRE LAS REFERENCIAS SOCIOCULTURALES DEL SUJETO Y LAS OBLIGACIONES TERAPÉUTICAS.

La idea mas repetida, el elemento que se maneja con mayor frecuencia y angustia entre los drogodependientes y exdrogodependientes, y en menor grado entre sus familiares, reside en el conflicto que se crea entre la necesidad de *huir* del ambiente social para obtener la abstinencia y el tener que abandonar aquellos aspectos gratificantes de

este mismo ambiente (los amigos y amigas, los hábitos de ocupación del tiempo libre, las referencias culturales, ect...) sólo se está bien con los colegas en el barrio con los otros los normales se aburren.

Pero de alguna manera las C.T.D. son una alternativa muy apetecible, un lugar donde estar si no con los colegas personales si al menos con aquellos que comparten la subcultura de la drogodependencia, con lo que el conflicto se traslada a la vuelta al ambiente social natural, en el que buscar otro ambiente continuará siendo así una obsesión, apareciendo la nueva alternativa que permite escapar de la contradicción: las Asociaciones de exdrogodependientes. «Al salir he tenido problemas, problemas de no tener trabajo, de no tener ayuda, ni ayuda económica, ni moral, con el tiempo conocí a ... y poco a poco pues hemos hecho algunas cosas como montar una imprenta, un taller, va mucha gente allí a que les hablemos de nuestra experiencia y damos charlas, yo creo que esto nos ayuda moralmente a la gente que estamos reinserados». (1-2).

4.3. El discurso de la salvación

4.3.1. La motivación personal como condición imprescindible

Los exdrogodependientes señalan unánimemente que el proceso por el que han alcanzado el status de abstemios ha resultado positivo gracias a la adopción de una actitud personal que identifican como motivación, voluntad o decisión. Términos que implican la existencia de una motivación personal que condiciona radicalmente los posibles resultados terapéuticos. Sin este tipo de motivación personal y por mucha terapia que se realice los resultados serán negativos. De alguna manera la motivación personal se convierte en una condición imprescindible que funciona como un mito absoluto y que llega a explicar las recaídas que padecen «como la persona no quiera o no se plantee verdaderamente como hacerlo, no va a salir» (13-3).

Como la motivación personal es algo difícilmente medible existe una permanente contrastación empírica que dota de verosimilitud a este planteamiento, los que obtienen resultados positivos tenían suficiente motivación y los que fracasan están insuficientemente motivados.

Dicha motivación surge sin que sepamos muy bien como, pero aparece ligada siempre al concepto de *tocar fondo*; se ha tenido que pasar por un suficiente número de experiencias negativas antes de lograr la motivación adecuada, «he visto salir con mayor facilidad a la gente que ha tenido muchos más años y una vida, digamos, mas ajetreada, que a la gente que lo ha tenido todo más fácil» (21-3), y «como algunos no

han sufrido, no lo han pasado verdaderamente mal, pues no quieren salir» (15-3), «un tío que ha sufrido y que ha padecido es el tío que tiene más posibilidades de conseguirlo, porque lo lleva mucho más claro el salir de la droga» (16-3).

Dicha motivación aparece ligada a la decisión de acudir a una C.T.D., mientras que acudir a otro tipo de terapias sean farmacológicas, sustitutivos o tratamiento ambulatorio, es vivido como una *trampa consigo mismo*, un suceso para aquellos que carecen de suficiente motivación.

Se hace referencia a casos lo suficientemente motivados como para que no hayan necesitado ni tan siquiera acudir a alguna C.T.D., aunque nadie acaba de saber quienes son y hay dudas sobre si esto es cierto y posible, «algunos esa es su fuerza de voluntad... pero yo conozco a gente» - «yo nunca he conocido un caso de estos» - «yo tengo un colega que se ha quitado» - «yo, solitos, solitos, no» (9-2).

A pesar de ello, algunos sujetos señalan que fueron internados obligatoriamente o se internaron en C.T.D. por presiones internas y sin motivación, pero que en la Comunidad la obtuvieron y a partir de dicho momento es cuando iniciaron el proceso terapéutico real, ya que hasta que no se dió tal motivación personal estaban allí en situación de autoengaño, «te puedes tirar el tiempo que quieras, pero si vas a otra cosa...» (14-3).

El mismo mecanismo se reproduce a la salida, ya que es necesario que exista una clara motivación personal para no recaer, una motivación que parece sigue siendo la misma que para *decidirse a entrar* y que de alguna manera es LA CLAVE de todo el proceso de logro de la abstinencia, para el que las condiciones materiales y terapéuticas son siempre secundarias, aunque logicamente se reclamen, «va a seguir viniendo gente que les vas a dar las cosas hechas y se van a seguir poniendo habrá gente que les des todo y que no saldrá nunca» (3-19).

4.3.2. Un castigo admitido y necesario

Estamos muy de acuerdo con que «todos los sujetos que pasaron un largo tiempo en C.T. no profesionales presentan una curiosa coincidencia: mantienen un doble discurso, aparentemente inconsciente. Por un lado, explican experiencias desagradables en grado máximo de su paso por ella o conflictos importantes para lograr salir; por otro, magnifican y defienden su sistema y a alguno de sus dirigentes,... probablemente es un bloqueo de una crítica a fondo que podría poner en peligro, por contaminación, sus esquemas y vivencias de cura» (Funes-Romani, 1986).

Pero en nuestra opinión esta duplicidad se da con independencia de la Red en la que se realizó la intervención, y, en el caso de nuestros exdrogodependientes las experiencias desagradables han sido transformadas racionalmente en *necesidades terapéuticas*. Manejándose repetidamente la idea de que para curarse hay que superar una serie de pruebas que constituyen un auténtico rito de paso.

Pero este rito de paso es vivido como un castigo necesario, ya que sin pasar penas uno no se curará, sin aprender a superar las frustraciones nos dirán, uno no puede entender de lo que va la vida y curarse. De ahí que reconozcan la importancia de las actividades que implican disciplina y esfuerzo porque ayudan a recibir este castigo, *«el trabajo es una de las terapias más adecuadas que necesitamos»* (12-3).

Reconocemos el valor terapéutico de la realización de actividades que impliquen la adquisición de hábitos, resistencia a la frustración, etc.,... pero creemos que en el discurso de nuestros grupos también aparece como EL CASTIGO por los actos realizados mientras se estaba en situación de drogodependencia, un castigo que además se exige para todos los drogodependientes y que posibilita a aquel que lo ha recibido a pertenecer al status superior de exadicto.

Es desde esta perspectiva que se puede comprender la afirmación espontánea y reiterada de los exdrogodependientes en el sentido de que LA IDEOLOGIA DE LA C.T.D. NO IMPORTA SI TE VAN A CURAR, *«si tú dices: joder aquí me van a trastocar mis raíces, me van a comer el coco, pues chico, entonces no vengas»* (13-3). Aunque interpretamos que ésta afirmación la hacen mucho más aquellos que han pasado por C.T.D. de las Redes que reciben frecuentes acusaciones de manipulación ideológica, no entendemos que sea tan sólo por defender su C.T.D. sino porque ésta es una actitud real y general, que equivaldría a afirmar que no importa el verdugo *«mira, hay mucho bulo»* (15-3) si aplica el castigo adecuado.

Evidentemente la cuestión del castigo va ligada a la de la motivación personal, ya que sólo los que están motivados suficientemente van a aceptar el tratamiento *verdaderamente terapéutico*, los demás protestarán, se irán y no les valdrá de nada.

Así también encaja el tema de la *presión terapéutica* e incluso de la obligación de tratamiento para los verdaderamente motivados. La dureza del castigo puede provocar el rechazo y la huida y por tal motivo aparecen justificadas las medidas de retención.

Se entiende que esta presión debe durar un tiempo mínimo para que el castigo se realice y la motivación personal se refuerce suficientemente, el tiempo es una condición objetiva para la obtención de un efecto subjetivo.

Se señalan además una serie de experiencias positivas que se adquieren en las C.T.D. y de las que aportamos las más frecuentemente citadas:

- Aprendizaje de la solidaridad, *«ayudar a otra gente que llega mal como tu has llegado mal...»* (6-2).
- Posibilidad de compararse con los recién llegados, *«a ti te da mucha más fuerza cuando ves que entra una persona con mono»* (3-2).
- Tener todo el día ocupado y no tener que pensar, *«tienes todo el día ocupado»* (4-2).

En cualquier caso las experiencias positivas aparecen sólo cuando el tratamiento ha tenido éxito, no produciéndose esta defensa y atracción en relación a aquellas C.T.D. por las que el sujeto pasó anteriormente sin alcanzar dicho éxito o incluso para aquellas C.T.D. pertenecientes a otra Red. Veamos un peculiar diálogo entre un sujeto procedente de Narconon (a) y dos de El Patriarca (b) y (c).

El sujeto procedente de Narconon explicaba el tipo de prácticas terapéuticas que se dan en dicha Red, y el Director de la Reunión se interesó por unos *conocimientos* que le habían sido muy útiles, y a partir de su respuesta se desarrolló el siguiente diálogo:

- (a) - Es una filosofía....
- (b) - Es como una secta...
- (a) - No, no es una secta...
- (b) - Es una especie de secta...
- (c) - No, yo no he estado allí, pero no es una secta.
- (b) - No se si sabes tú lo que es una secta.
- (c) - Sí, se lo que es una secta pero...
- (a) - Son un grupo de gente que, es un señor que se llamaba Hubbard...
- (b) - Está en la cárcel.
- (c) - ¿Está en la cárcel?
- (a) - No, ya no está.
- (c) - Ah, bueno habrá salido ya.
- (b) - Bueno, pero ha estado...
- (a) - Bueno la cuestión es que si te interesa puedes estudiar y mi amigo esta estudiando para Auditor, para quedarse allí trabajando y ayudar a la gente.
- (c) - ¿De Auditor?
- (a) - Si.

Y la conversación concluyó.

Frente a las experiencias positivas de las C.T.D. se mencionan las tres maldiciones del drogodependiente, de las que hay que huir cuando uno quiere curarse realmente. Son:

- Tratamientos psiquiátricos de desintoxicación con fármacos, en centros públicos y privados (7-2).
- El burocratismo de los servicios públicos, «renuncié al Plan Nacional de Drogas, es que ves que el centro de seguimiento no funciona» (37-3).
- La metadona «es peor que la heroína, es peor el enganche, mucho peor» (28-2), «me es más fácil desengancharme de la heroína y quedarme con la metadona» (7-3)

Tales maldiciones lo son por cuanto responden a alternativas para los insuficientemente motivados, son procesos fáciles que no implican ningún tipo de castigo y se identifican con las ofertas institucionales, que salvo para los que obtuvieron su actual abstinencia en una C.T.D. pública, son rechazadas genéricamente o merecen todas las dudas, como se percibe en la siguiente conversación, en torno a una C.T.D. pública por la que pasó uno de ellos.

- ¿Y eso sigue en marcha todavía? Esto está parado.
- ...no sigue.
- ¿Sigue en pie?
- Es una granja del Estado.
- ¿Y quien lo lleva eso?
- El Estado.
- ¿Pero quien os lleva a vosotros?
- A nosotros nos lleva un equipo terapéutico.
- ¿Psiquiátricos o psicólogos?
- Si, psicólogos, ATS, un par de médicos,...
- ¿Que os dan medicamentos?
- No, medicamentos no dan.
- ¿Nada de nada?
- ...yo es que he probado muchos métodos...
- ¿Estas curado?

En este sentido, en los tres discursos, el P.N.D. se identifica con las tres maldiciones y en especial, y paradójicamente cuando ha sido desde la aprobación del P.N.D. cuando se ha restringido, con el reparto indiscriminado de Metadona, ya que los facultativos que recetaban Metadona se identificaban como pertenecientes a la administración y esto ha sido asumido por todo el colectivo, eran «los médicos del Ministerio me estaban engañando» (11-1), «la primera vez hice por el Ministerio de Sanidad y Consumo ese, lo de la metadona» (2-4).

4.3.3. La segunda ruptura

La existencia de motivación personal suficiente y haber completado adecuadamente todo el proceso terapéutico, son las dos condiciones que posibilitan al drogodependiente enfrentarse con aquello que constituye el verdadero reto para su reinserción: superar la crisis que se produce por tener que abandonar la C.T.D., dicha crisis sin duda tiene mucho que ver con el abandono de un sistema cotidiano de referencias, subsistencia y constituyendo un salto al vacío tan importante como el propio abandono de las drogas (Funes-Romani, 1986).

En un primer momento el vacío de dejar la heroína se suple por la dinámica interna de la C.T.D., «la heroína cuando la dejas... te pasa una temporada que estás vacío, porque si estás acostumbrado a meterte algo, cuando lo dejas no te llena nada, sientes un vacío, ni la amistad, ni una mujer, ni nada... entonces al encontrar un sitio y gente que realmente me está brindando su calor» (24-3), pero al dejar la C.T.D. el vacío reaparece «el escalón que hay desde que sales de la comunidad, hasta que te reinsertas es un bache de la hostia. Es tan fuerte como cuando entras, el cambiar una vida de toxi a una vida normal es tan fuerte como volver de la granja» (38-3) ello es debido a que en la C.T. las contradicciones y problemas simplemente no existen.

Por tanto y a pesar, de todo estar bien en la C.T.D. no significa nada, los que estaban allí mejor han recaído. Esta situación produce una profunda angustia porque el riesgo a recaer permanece a pesar de haber cumplido con todas las condiciones previstas, lo que da lugar a una serie de opciones que la eviten. Una de las opciones es sin duda permanecer en la C.T.D., pero está racionalizado como no-solución, por lo que la reivindicación se limita a demandar un mecanismo automático que permita la reintegración inmediata en la misma en caso de recaída.

4.3.4. El reto de la abstinencia

Sin embargo la realidad se sitúa en la calle, a la que hay que enfrentarse en pleno salto al vacío y desde la angustia a la recaída. Este enfrentamiento se vive como un reto que se superará con nuevas condiciones.

Y desde la demanda de tales condiciones se hace menos hincapié en el trabajo, ya que sólo importa para subsistir, «el trabajo no lo es todo, ... no lo es todo, pero yo no puedo vivir del aire, ni me van a llover los billetes» (21-3), «el problema del trabajo, hoy lo tiene todo el mundo, y lo que pasa es que los toxicómanos salen y lo quieren todo ya» (4-3), ya que lo verdaderamente importante es tener PUNTOS DE

REFERENCIA, es decir un conjunto formado por la posibilidad de poder desarrollar actividades sociales, ocupar el ocio, divertirse, tener amigos y finalmente «un trabajo y alguien que te quisiera» (26-2). Se trata esencialmente de organizar el tiempo a través de actividades significativas.

Se reconoce que faltan oportunidades de trabajo para los exdrogo-dependientes, pero el tema del trabajo ocupa un lugar secundario en el discurso, frente al de los puntos de referencia cuya formulación más frecuente se realiza a través de una reflexión permanente sobre la SOLEDAD SOCIOCULTURAL «uno de los problemas de la gente es la soledad, cuando vuelves, como no puedes volver con la gente porque está claro que cuando vuelves, no puedes ir con esa misma gente» (39-3), «es muy difícil con 23, 24, 25 o 30 años volver a hacer amigos» (21-3), y en sí misma, ésta es una de las situaciones de riesgo más clara para los exdependientes «los amigos que yo por ejemplo todos los amigos míos han sido yonquis, y son yonquis o sea que vuelves al mismo barrio, vuelves a la misma gente a todo y ves a gente que un día tiene dinero, otro día te traen chocolate, otro caballo, te traen de todo y los ves y dices y yo aquí sin una puta cala, sin tabaco, sin poderte tomar nada y mandas a la mierda todo y vuelves a caer o si sales a robar,...» (5-2).

Y este problema es vivido desde una perspectiva muy personal, ya que la condición de exdrogo-dependiente pesa mucho e impide actuar como un sujeto normal «nosotros tampoco somos gente de un trabajo y los domingos con la novia a jugar al parchis» (30-3). Al rechazarse como auténticos y posibles amigos a los drogodependientes y a los normales por lógica exclusión el ex se queda sólo con otros exdependientes, «lo que está claro es que el toxicómano necesita de gente ex-toxicómana» (5-3), «estar con una gente que sean ex-toxicómanos, que han pasado por tu problema y son los que realmente te entienden» (7-3).

Aunque también queda otra posibilidad: no salir de casa con lo que ello implica desde una perspectiva psicoterapéutica, «meterme en mi casa y no salir que no sé hasta que punto es positivo, y muy mal yo por ejemplo, este fin de semana, no he salido, bueno, yo muchas veces no salgo porque verdaderamente no me siento.... hay días que yo estoy con mi hermano y vamos a tomar una copa por ahí, pero es que hay días que no puedo estar con nadie, y doy vueltas y claro no voy a ir adonde estaba antes siempre,...» (43 y 44-3).

En este sentido el rol de los padres se considera importante ya que el apoyo de la familia se cita frecuentemente como algo positivo, «la actitud de mi familia ha sido importante y han cambiado las cosas, pero al mismo tiempo ambiguo, mi padre me quería ayudar pero es que no podía, porque no sabe como ayudarme» (41-3), quizás porque como veremos en su propio discurso los padres mantienen una permanente des-

confianza hacia la abstinencia de sus hijos «yo cuando llegué me querían pagar el billete otra vez» (43-3).

Se comprende así la reivindicación de la propia familia nuclear, «una seguridad en la calle, tu mujer, tu hijo» (26-2), los varones quieren casarse y tener hijos porque en esta situación tendrán algo que hacer, sin embargo las mujeres rechazan esta perspectiva, la experiencia del colectivo es que pueden solo quedarse embarazadas con la carga del hijo y solas.

En resumen, hay miedo a la calle que se percibe como un ambiente lleno de tentaciones que ofrecen los antiguos colegas, «te encuentras con que todo está igual que cuando te fuistes y con la misma gente que te está ofreciendo» (5-3), y este miedo se manifiesta como posibilidad de recaer, una posibilidad temida, porque tras la próxima recaída ya no hay salvación posible «mira yo te soy sincero, si yo ahora me doy un chute, mañana me doy veintisiete, yo si caigo, vamos, caigo total» (20-3), - «La gente que vuelve a recaer, cada vez es más difícil salir. Cada vez más difícil. - Hasta que se muere» (6-2), afirmaciones que se contraponen radicalmente a la idea de tocar fondo y obtener así la suficiente motivación y que sólo pueden comprenderse desde una implicación extraordinariamente significativa: LAS CONDICIONES REALES DE REINSERCIÓN IMPORTAN MUCHO MENOS QUE LA ABSTENCIÓN ABSOLUTA, que define el status de uno: drogodependiente o exdrogo-dependiente.

Pero no sólo esto, la abstinencia al ser el criterio diferenciador, es al mismo tiempo fuente de autoridad, los que la consiguen obtienen una superioridad moral que les posibilita el embroncar y despreciar a los no abstemios. Es tal la presión de la abstinencia que, y aparecerá mas explícitamente en el grupo de drogodependientes, se desconfía de la abstinencia del otro o de la posibilidad de que la mantenga, -«Yo llevo cuatro años. - ¿Cuatro años? yo es que he visto ponerse a gente que llevaba ocho años sin ponerse» (16-2), con lo que se le retira parte de esta autoridad moral cuya presión resulta agobiante. Entre los colectivos de exdrogo-dependientes que mantienen contacto entre si aparece una especie de obsesión paranoide por controlar el cumplimiento del compromiso de la abstinencia de cada cada cual que será explicada porque «yo de un yonky no me fío» (20-2) «a nosotros no nos engañas» (20-3).

4.3.5. La militancia como alternativa

Adquiere así sentido el planteamiento de militar en las organizaciones antidrogas como una fórmula de defensa y una salida a la situación, se ocupa el tiempo libre en una actividad significativa y se lu-

cha contra la contaminación social de las drogas, «la mejor manera de no ponerte es luchar contra la droga» (19-3), «yo creo que una de las mejores maneras para salir es seguir desarrollando ese trabajo y seguir luchando contra la droga» (20-3), «yo entré mal y salí bien, pero salí bien también porque yo he querido, y he llegado a Madrid, de donde salí, y bueno me he estado buscando una dinámica, el hacer algo, el luchar contra esto, la droga, y ponerme en contra totalmente» (40-3), «si yo no he recaído es en parte porque ha sido que he estado con otra gente que me ha dado fuerzas y que he visto que la lucha es para algo» (19-2).

Las organizaciones formales o informales se utilizan además como una fórmula de mutuo control y autocontrol con mejores posibilidades de mantenimiento de la abstinencia. Aunque desde una perspectiva objetiva dudamos que esta presión sea terapéuticamente beneficiosa y útil en el caso de recaída, debido en parte al dogmatismo del discurso de la salvación y en parte al ambiguo status de autoridad que se obtiene mediante la abstinencia y al que nos hemos referido antes, «no nos podemos andar con milongas... no nos podemos mantener en el diálogo absurdo, y decirle: ay pobrecillo has vuelto a recaer; sino que tienes que decirle, mira tío, te enrollas, si quieres bien y sino te vas a la calle y si te quieres morir». (35-3).

4.4. El seductor discurso de la fatalidad

El grupo de padres y el de drogodependientes realizaron el mismo discurso, un discurso que se estructura sobre unas bases comunes a las que ya nos hemos referido. Debemos señalar sin embargo nuestras dudas derivadas del hecho de que si bien el grupo de padres era mixto, quizás el discurso de la fatalidad se impuso porque arrastra, por causas y razones expresivas, a todos los padres. En el caso de un Grupo de sólo padres de exdrogodependientes con un cierto tiempo de abstinencia el resultado podría haber sido diferente, y aunque ésta no sea en absoluto nuestra hipótesis queremos dejar constancia de la duda metodológica.

Tomando el discurso conjunto no cabe duda que las coincidencias son múltiples, pero hemos preferido diferenciar ambos discursos porque los contenidos concretos varían en cada caso y en ciertos puntos, aunque, como se verá, tales variaciones refuerzan mutuamente las actitudes de ambos grupos. Se nos ofrece la paradoja de que desde este nivel cognitivo, padres e hijos drogodependientes comparten y compiten por un mismo espacio ideológico, son las dos caras de una misma moneda, mientras los exdrogodependientes pertenecen a un mundo ajeno al de los padres (y quizás del resto de la sociedad).

Nos cabe finalmente señalar que en este discurso abundan las críticas concretas a diferentes C.T.D. y en especial, por las mismas razones sociológicas con las que antes justificábamos su sobrerrepresentatividad, a la Red El Patriarca, lo cual resulta lógico si pensamos que aquí trabajamos sobre el fracaso, y en este sentido, de la misma manera que no nos hemos hecho eco de los elogios, tampoco lo haremos de las denuncias, que creemos pertenecen a otras instancias.

4.4.1. El discurso de los padres

4.4.1.1. Sacrificio, ambigüedad y rechazo

Los padres hablan de sí mismos y de su historia y situación en relación a sus hijos drogodependientes, y en este sentido adoptan el rol de padres dispuestos a sacrificarse por sus hijos, pero la realidad objetiva impone unas relaciones ambiguas que conducen a la toma de actitudes muy reactivas una de las cuales es la demanda de internamiento en la C.T.D.

Esto puede explicarse porque entre los padres predomina el resentimiento por *todas las pirulas que me ha hecho* y las C.T.D. al menos se los quitan de en medio, porque si no *no saben lo que serían capaces de hacer* (13-1). Este resentimiento aparece ligado a una desconfianza radical hacia sus hijos que se vincula con la demanda de internamiento y al rechazo a las terapias ambulatorias, *les deseas la muerte, deseas verte libre de ellos, deseas..., yo qué sé; porque ese que necesitas descansar porque te están enterrando a tí... entonces se lo llevan allí, y está un año, y dices: Bendito sea Dios. Y descansas* (13-1). *Pues que se vayan los dos con el niño a la granja, mira y os libráis de ellos* (21-1).

Este resentimiento es el fruto de una larga y compleja relación, en la que los padres se han sentido desbordados, descalificados y en la que se ha producido peleas, expulsiones de casa, negativas a darles de comer..., (25, 26, 27-1).

Especialmente significativa es la cuestión del dinero, que sin duda provocó las mayores crispaciones de la Reunión, sus hijos les están costando mucho dinero, pero además les han robado, les han vendido objetos de la casa, y nadie les está compensando por ello, AUNQUE SE CUREN. *Las mantelerías, las sábanas* (22-1), *las patatas, los huevos y todo lo que pillaba* (23-1), *me ha dejado sin blanca la casa* (14-1), *a mí me dejó sin ná* (34-1), *yo tenía mucho dinero en el banco que puedo presentarlo en cartilla de papel y a mí mi hijo me ha arruinado* (4-1).

El conflicto sistémico se resuelve a través de una demanda de separación permanente y radical, *llevarles al quinto pino, llevarles fuera de Madrid, a los Picos de Europa, a Santander* (27-1), siendo preciso

crear para ello instituciones de internamiento permanentes convertidas en unidades autosuficientes de producción, en las que puedan sobrevivir autónomamente y alejados de la tentación de las drogas, *quitarlos de aquí, llevárselos, quitárselos de este ambiente de aquí y llevárselos por ahí... para siempre, que si vuelven nada... que se los llevaran, que les hicieran ver que la vida es de otra manera* (28-1).

Estas C.T.D. deberían ser públicas, *tendrían que ser granjas estatales* (28-1), y así serían gratuitas, *algo que sea del estado donde los padres no tengamos que pagar* (28-1), tendrían a profesionales, *con psicólogos, con gente que hiciera terapias de grupo* (28-1), buenos servicios y buena comida.

4.4.1.2. Una crítica inmadura

Los padres hablan mal de las C.T.D., pero no porque no hayan resuelto los problemas de sus hijos, sino por algo que hemos venido en llamar *complejo de la mili*, ya que sus críticas a estas instituciones no se refieren nunca a aspectos terapéuticos, ni siquiera a los derechos elementales de las personas como tener capacidad para poder abandonar el centro, sino exclusivamente a cuestiones como *ropa, comida y lo que a ellos les gusta de vez en cuando* (1-1). Por lo que parece en todas las C.T.D. de todas las Redes se come poco y muy mal, no se deja fumar, hay que levantarse temprano, se trabaja, no dan ropa, no hay calefacción, se reparten los paquetes entre todos, etc...

En este sentido se asumen acríticamente las anécdotas que les han contado los hijos como *canalones de cinco años pasados, yogures con moho*, (8-1), o *están todo el día con el pico y la pala mientras otros mirando y fumándose los chismes de los demás* (17-1), y se habla con conmiseración del *pobre hijo* que ha tenido que soportar tantas desgracias. Se mencionan además una serie de malos tratos físicos, pero lo que resulta más significativo es que bajo el concepto de *malos tratos*, se engloban situaciones que podrían ser calificadas como tales, con las normas y obligaciones terapéuticas, la normal disciplina interna e incluso la obligación de participar en los rituales sociales presentes en las C.T.D.

Esta tolerancia hacia los hijos contrasta tanto con el rechazo que describíamos en el epígrafe anterior como con la gran cantidad de referencias que se hacen a los tratos que ellos mismos *se han visto obligados* a darles.

Tal duplicidad aparece concretada a otro nivel: TODOS parecen reconocer que han ido a comprar Heroína en una o más ocasiones porque sus hijos la necesitaban, *yo he tenido que coger a las dos de la mañana un taxi con él... —e ir a por ello. —...por dos veces. —Yo tam-*

bién. —Yo también (25,26-1), *yo iba un día a comprar droga para mi hijo* (35-1), pero al mismo tiempo exigen la toma de medidas contra el tráfico, están en contra de la liberalización del consumo, contra la Metadona..., y como veremos critican el exceso de tolerancia de la Administración e incluso de los profesionales que no *controlan* adecuadamente a sus hijos cuando están en algún programa terapéutico y recaen.

En resumen no hay una crítica mínimamente racional a las C.T.D., quizás porque siguen siendo la única alternativa posible, pero por otro lado hay que justificar el fracaso de los hijos, por lo que se acude a una serie de anécdotas y lugares comunes, aunque entren en contradicción con sus propias actitudes.

4.4.1.3. Cuando no hay nada que hacer queda sólo la rabia

No hay una demanda explícita de Reinserción, porque existe una desconfianza absoluta a la curación, *y parece ser que no ha vuelto pero nosotros tenemos la duda. —Sí, sí, todos. La duda, el recelo.* (5-1), lo que se trata es de resolver provisionalmente el caso, después nadie lo sabe o quizás se sabe ya, *alguno se salva pero... la mayoría. —No ninguno se salva* (33-1), *que no lo cojan más, pero los que lo tienen creo que los tenemos perdidos* (33-1).

Todo el mundo comprende las recaídas de los hijos de los demás porque la recaída es el estado natural, *ya están bien, ya están bien, y al día siguiente...* (33-1), por mucho que se haga, *este chico se salió (muy bien) y su madre se cambió de piso. Vivían en C.L. y se fue a A. y el mismo día que salió de la granja se fue otra vez a comprar en su barrio y se volvió a enganchar.* (34-1), se genera así un ámbito de solidaridad implícita que el Director de la Reunión percibe con claridad aunque no se verbalice. Y es justamente en este punto donde la solidaridad del colectivo se articula más profundamente: en la falta de esperanza y no en las posibles alternativas. Un caso de SIDA citado como *neumonía* pero quizás irrecuperable e internado en un cierto hospital, produce un rápido intercambio de miradas y gestos de comprensión.

La recaída es inevitable y ninguna psicoterapia puede cambiar las cosas porque *Estos chicos no son normales* (17-1), *el cerebro lo tienen tarado... ya no rinde. —No son capaces, no...* (32-1), *están intoxicados de todo. Son una porquería* (35-1).

En tal contexto se libera incluso una opción desesperada que lo resolverá todo, *los conozco a todos. Yo les miro a los chicos a la cara y conozco lo que son, y claro, van como moscas por la mañana. Ayer había 15 tomando el sol y les dije: si tuviera una metralleta os liquidaba*

ahora mismo a todos. Juro por Dios que los habría liquidado. Ala, 15 menos. (38-1), incluso para el propio hijo (le dije) mira V. vete a la calle y muérete de una vez y no vuelvas más por aquí (y le echa) (41-1).

Pero al mismo tiempo existe un culpable claro, no sólo de la situación sino de que ésta no se resuelva, *Hay muchos chorizos, pero yo me pongo que toda la culpa de esto la tiene el gobierno* (19-1), *no hace nada el gobierno con nuestros hijos* (4-1), culpa compartida por la sociedad también, *no es culpa sólo de los padres, porque yo no le he hecho nada pa que mi hijo sea drogadicto* (27-1). Y a ambos culpables, al gobierno y a la sociedad, se les exige entre otras cosas una respuesta en forma de una institución cerrada, aislada y permanente, *en una de estas, ¿cómo se dice?... una Fundación de aquéllas que se daba para... pues el que tuviera dinero pues que lo invirtiera ahí y luego que eso, que se los llevaran* (28-1).

No es de extrañar que ante un pesimismo tan radical se manifieste la envidia hacia los abstemios o reinsertados activos, *los niños bonitos* (37-1). Son los que acceden a los recursos, y generan una clara desconfianza, tanto por el status de autoridad que como ya hemos dicho proporciona la abstinencia, como porque, compartiendo la visión de los hijos drogodependientes, consideran que la abstinencia de los *ex* puede ser simulada, incluso la de aquellos que se someten a controles dentro de un Programa de Seguimiento, *se meten todos en el baño y hacen y deshacen. La (nombre de mujer) no hace pis...* (40-1).

4.4.2. El discurso de la recaída

4.4.2.1. Un formato peculiar

El discurso del dependiente se caracteriza por su extensión y falta de hilazón: es a la vez largo y confuso por lo que se resiste a ser sintetizado o resumido, aunque luego veamos que contiene muy poca o escasa información. La razón podría estar en que no hay nada que decir salvo autojustificar el deseo de la droga o drogas causantes de su dependencia, pero además el deseo supone el logro de un objetivo concreto: obtenerla; y para alcanzarlo se recurren a fantasías y a variadas historias muy bien elaboradas pero que nunca acaban de convencer porque cualquier oyente que esté informado de la condición del dependiente sabe que no hay historia sólo necesidad y si cede es porque el deseo le impresiona o le asusta.

El lenguaje del adicto busca una relación inefable con el oyente, persigue la solidaridad, intenta seducir para obtener un resultado sin comunicar nada porque nada hay que comunicar. De ahí que el discurso del dependiente simplemente no exista y se construya a partir

del discurso del receptor, del oyente, de lo que dice, o de las expectativas que el dependiente cree adivinar en él. Se trata siempre de un discurso confirmatorio que tiene como única finalidad reforzar al interlocutor, con independencia del contenido del refuerzo, para alcanzar sus objetivos.

Planteadas así las cosas ¿qué información podemos extraer de un discurso de tales características? Pues la misma que en cualquier otro discurso si pasamos del plano de las apariencias al plano de lo que el lenguaje oculta o traiciona desde el *preconsciente* que lo constituye (Orti, 1986). Incluso en el caso del dependiente podemos llegar a acceder a un cierto discurso, porque una vez puesta en evidencia su unidireccionalidad podemos desnudar lo expresado sin los aditamentos y cierres que la intención coloca tras las palabras. Además el lenguaje que conforma tal discurso ha sido adquirido y aprendido a través de una historia personal que es al mismo tiempo una historia toxicológica, por lo que su análisis posibilita acceder a un conjunto de significantes que poseen información con posible aplicación terapéutica (Agar, 1987).

Reproducimos un párrafo muy ilustrativo de tal formato para entrever sus posibilidades: *yo no quiero tener el dinero, no quiero tener na, no quiero ver a mis amigos, no quiero ver nada, tampoco quiero estar en casa, tampoco quiero estar con vosotros to el día encerrado, entonces ¿qué es lo que quieres?, o sea no quieres estar con nosotros, pero tampoco quieres estar con esos, o sea no quieres estar en la calle pero tampoco quieres estar en casa, yo qué sé, yo no sé ni lo que quiero, por eso mismo me pongo y no sé ni porqué me pongo, y la verdad es que no sé ni porqué me pongo, porque es que cada vez me doy más cuenta, cada vez que me pongo, cuando me pongo un poco, que pa ponerme un poco me tengo que poner por lo menos mil duros, y ya ni esto porque el burro que hay es una mierda, o sea ya ni eso, pero luego cuando me pongo digo joder, o sea me engancho de tan bobo como estoy, y porque tengo que llegar, y me pongo otro poco por la tarde, llegan las ocho o las nueve, digo, hostia ¿cómo voy a ir así a mi casa? tío, lo que le faltaba a mi viejo, cuando... me pongo un poco, me mosqueo porque... me he puesto un poco, y cuando no me pongo, me mosquea porque no me he puesto, o sea que no sé ni lo que hago o sea no sé ni pa que me pongo porque... por que te lo juro cuando más tranquilo me encuentro es cuando no me pongo, lo que pasa es que cuando no me pongo estoy en mi casa, y sino....* (45,46-4). Un aparente discurso existencial, espontáneo y sincero, pero que ha sido repensado y persigue (y consigue) su finalidad: seducir al oyente.

4.4.2.2. El rechazo terapéutico

Lo más llamativo del discurso de los drogodependientes (especialmente si lo comparamos con el discurso de los ex) reside en la generalización crítica a toda intervención terapéutica del tipo que sea, y en especial a las C.T.D. El rechazo implica a una serie de C.T.D. y Redes en concreto, a las que citan, pero también al concepto de C.T.D. en un sentido abstracto, y lo caracterizan a través de una denuncia a cuestiones tales como:

1) La incompetencia de los equipos.

— si hay profesionales no entienden nada.

— si los responsables son extoxicómanos son unos cara duras y faltan los profesionales, *no hay ni médico* (37-4).

2) Mala comida y condiciones de vida, *todo recuperado* (3-4).

3) En las que hay chicas y se admiten relaciones sexuales hay injusticia en el reparto de chicas, *todo el día con la cubanita pa allá, llevándose a la niña de vez en cuando, y eso no lo veía yo justo* (5-4).

4) La gente (y los responsables si son extoxicómanos) se sigue poniendo, *resulta que era el camello más grande que había en S. B. ...estabas allí y te decía el tío con un pedo muy gordo que nos teníamos que curar* (17-4).

5) No se aceptan las condiciones y normas terapéuticas porque *no te servía para nada, las cosas que hacías allí no te servían para nada* (3-4), entre tales normas ocupa un lugar destacado el tema del tabaco, sobre el que parece existir una auténtica obsesión, ya que dos de los asistentes a la Reunión señalaron que se habían escapado de distintas C.T.D. por no poder fumar, uno incluso de una C.T.D. privada de alto standing porque le permiten, *sólo un paquete al día* (15-4).

6) El rechazo se extiende a toda norma de convivencia, y no se entiende que hay que ir a las asambleas o realizar ciertas actividades, *la moto, unda que me van a mandar limpiar la moto* (8-4), *yo no he ido allí a fregar, hay allí mujeres pa que frieguen, que frieguen ellas, no voy a fregar yo los cacharros* (8-4).

7) Incluso se rechazan las propias normas de internamiento y se afirma: *si quieres ir a la discoteca (con otros internos) es que no te dejan* (2-3), realizar compras en los pueblos vecinos con su dinero, recibir paquetes del exterior sin controlarlos, giros por cualquier cantidad que puedan ellos administrar, etc...

8) Frente a todo esto el tema de los malos tratos, que casi todos mencionaron, al contrario que los ex, pero se rehúye el explicitarlos demasiado e incluso se duda de ellos, *yo no sé, pero eso no lo he visto,*

eh (13-4), siendo fácil en cambio confundir estos malos tratos con la propia terapia que se aplica en ciertas Redes, *te hacían andar 30 km, y me han bajado a filtrar y me han puesto de hijo de puta* (13-4).

Este conjunto de críticas, tan anecdóticas como las de los padres (a fin de cuentas son ellos los que se las han proporcionado), presuponen la existencia de una SOBREALORACION DE LA INDEPENDENCIA PERSONAL FRENTE A CUALQUIER OBLIGACION TERAPEUTICA, indudablemente resulta paradójico que un dependiente valore su *independencia personal* por encima de aquello que le permitirá lograr un status de no dependiente, pero esto adquiere sentido si consideramos que el colectivo considera que la independencia personal es uno de los valores sociales más importantes en nombre del que se puede justificar la adopción de cualquier actitud. Indudablemente este argumento se utiliza porque la independencia personal es uno de los mitos más queridos de la actual *cultura juvenil* de consumo, y los drogodependientes saben que *serán comprendidos* al utilizarlo. De ahí que además tengan la necesidad de afirmar que ellos no dependen de las drogas y podrán dejarlo cuando quieran y por su cuenta, apareciendo entonces extravagantes mitos en torno a la posibilidad de dejarlo solos, y *se había encerrado en su casa...* y a los cuatro días nos llamó de que fuéramos a su casa, y nosotros dijimos: *este hijo puta se ha puesto toda la mierda; y dijo: mira, abrid esa mesita; y ahí estaba el medio gramo sin tocarlo ¿no?, y lleva dos años sin ponerse todavía, y no ha ido ni a granja ni poyas* (42-4).

Sostenemos la hipótesis de que también los drogodependientes asumen la *necesidad de castigo*, y por tal razón insisten en el tema de la libertad individual, quizás porque no están dispuestos a aceptar aquello que consideran inevitable para superar la drogodependencia y sobre lo que fantasean exagerando sus tremendas consecuencias. Se explica así que les parezcan mal las C.T.D. públicas porque son más *blandas*, *si a mí me hubiesen dicho, oye pues no te damos papel... y me atan un poquito más, yo me hubiese quedado, lo que pasa es que dije dame los papeles y me dijeron toma* (37-4). Lo que equivale a reivindicar aquello que no se está dispuesto a aceptar.

Pero hay algo más, y que podemos definir como el *Síndrome del Pintor de Cuadros*, rememorando a un participante drogodependiente que se había *colado* en la Reunión de ex y al que se había puesto en evidencia con algunas de sus críticas anecdóticas. Uno de los ex estaba realizando un discurso muy estructurado sobre las condiciones de la Reinserción Social y el papel del asociacionismo cuando el drogodependiente le interrumpió:

— Oye, una pregunta ¿yo podría allí pintar cuadros?

— ¿Cómo pintar cuadros?

— Sí, pintar cuadros. (23-2).

4.4.2.3. La calle como riesgo insuperable

La calle es para este Grupo un riesgo insuperable del que nadie escapa, así afirman que no existen exdrogodependientes verdaderamente abstemios, *yo no conozco a ninguno* (41-4), *yo querría ver a los desenganchados a los que llevan ya desenganchados siete u ocho meses. —Ya me gustaría verlos. —Sí, yo también me gustaría verlos* (20,21-4) y que todos se ponen como trucos que sólo ellos conocen.

En apariencia además, si no hay Heroína sólo hay VACIO, se necesita algo que la sustituya, no hay alternativas ajenas a esta ecuación, *tenemos un vacío, que no te llena nada* (23-4), por tanto, si no existen estas alternativas no hay posibilidad de superar el vacío y la oferta que existe en la calle.

¿En qué consistirían estas alternativas? Pues contrariamente al discurso de la salvación aquí el trabajo adquiere un rol primordial y las condiciones personales pasan a un segundo término, aunque la reivindicación de un puesto de trabajo, que es insistente y agobiante se realiza en una forma peculiar: *¿la solución?, un puesto de trabajo* (32-4), *trabajo para que te den un sueldo* (24-4), *me cago en d... si tuviera la suerte de encontrar un curre* (43-4), *por lo menos tener algo* (20-4), *algo, algo, joder que es poco, o sea joder algo, y encima a uno le dan cuatro o cinco y a los demás nada* (17-4), *algo, a ver si me entiendes algo, algo, algo, algo..., joder que te den algo* (16-4).

Claro que el trabajo también da dinero y si tienes dinero corres ciertos riesgos, *si me sigo poniendo teniendo trabajo, es porque soy gilipoyas* (33-4), (y por lo que parece está trabajando y gastando el dinero en Heroína), porque lógicamente como todos los del Grupo, manejan la idílica posibilidad de trabajar y ganar lo suficiente para ponerse sin problemas. Aunque esto tampoco es lo ideal porque el objetivo sigue siendo la abstinencia.

La única posibilidad sería la de mantenerse permanentemente en una C.T.D., que es la misma reivindicación que los padres, aunque en su caso piensan que para ello se necesitaría una C.T.D. muy rígida, que son justo aquellas cuyas características concretas rechazan, por lo que reivindican una C.T.D. que sea a la vez de extoxicómanos y profesionales, eficaz y libertaria, pública y privada.

Uno de los sujetos expone una historia reciente que los demás comprenden: se decide a dejarlo por *su piba*, por lo que se va con esta a un chalet de los padres (40-4), y durante tres meses se junta con una panda de amigos de la chica *limpios*, no se pone y está muy bien, aunque en otro contexto señala que esta gente *serán muy sanos, serán muy auténticos pero yo no me hago a estar con ellos* (44-4). Vuelve a Madrid y se pone de nuevo.

Así frente a la calle no hay nada más, y en la calle están los drogodependientes que *son amigos de toda la vida* (44-4), no pudiendo además encontrar otros, *vienes aquí y te encuentras con que todos tus amigos siguen igual y que no tienes a nadie más, na más que a tus colegas, o sea que no se queda ninguna gente de decir: esta gente no está enganchada y puedo ir con ellos* (29,30-4).

La calle además pertenece al ámbito de la contaminación total, *llegas a la plaza y todo el mundo con el burro en la boca* (41-4), no pudiéndose dar dos pasos sin encontrar la oferta, que en las ocasiones más inesperadas e inadecuadas es fantásticamente gratuita, *el otro día llevaba yo quince días sin ponerme un pico, resulta que acompaño a uno a pillar a los gitanos, me llega un gitano y me dice: ¿sabes hacer papelinas? dice, si me haces dos papelinas te pongo un pico, digo, bueno, pues ya está* (46-4), y esto además sólo ocurre cuando uno lo ha dejado, y *luego no te quieres poner y te encuentras con un colega y dice, mira te voy a picar* (47-4), *a veces cuando estoy enganchado que estoy a lo mejor con mis colegas no me invita ni dios, y a lo mejor días que digo voy a salir a dar una vueltecita pero a ver si paso de ponerme es cuando llega alguno, vente que te invito* (47-4).

4.5. La demanda social y el complejo de fracaso

El fenómeno de las Comunidades Terapéuticas para Drogodependientes puede, y debe, comprenderse desde la perspectiva de las actitudes sociales, incluidas las actitudes del colectivo de afectados demandantes, no como un recurso terapéutico más o menos válido, sino como un elemento indistinguible del conjunto de factores que integran la *carrera del drogodependiente*. En este sentido *ir a la granja* es como *ponerse el primer pico, cometer el primer atraco*, y pensamos que quizás *coger el SIDA*, es decir anécdotas que configuran un proceso que es vivido como inevitable, autodestructivo y socialmente condicionado.

Existen otras actitudes que lógicamente no podemos cuantificar porque la metodología empleada no implica criterios muestrales de representatividad, pero que en cualquier caso son minoritarias. Serían esencialmente las que mantienen los exdrogodependientes que, como hipótesis a este nivel, dividiríamos en: a) abstemios tras pasar por una C.T.D., b) abstemios por la vía de un programa ambulatorio, c) abstemios por cuenta propia; también algunos familiares y amigos de estos abstemios y posiblemente una parte importante del colectivo de profesionales que trabaja en servicios de deshabituación y rehabilitación. El resto, la inmensa mayoría, tanto los afectados como la sociedad, percibe la drogodependencia en las condiciones de inevitabilidad que hemos señalado.

Incluso el discurso de la salvación, que es un discurso que se refiere a sí mismo, que se articula sobre las propias expectativas de mantenimiento de la abstinencia, como ya hemos visto es también el discurso de la desconfianza hacia la abstinencia del otro y maneja una visión sociológica también inevitable de la drogodependencia, *por desgracia recaen el 80 o el 90% de los que salen bien de las granjas (5-2), no somos muchos, vamos gente rehabilitada muy poca (4-3), salen de la granja y se han reinsertado un 2 ó 3% porque yo hace mucho que estoy en la droga y conozco a mucha gente y veo que vengan de donde vengan, hayan estado en un sitio o en otro, hay poca gente que esté reinsertada (4,5-3)*. Argumentos que refuerzan, por proceder justamente del otro discurso, la conciencia de la inevitabilidad presente en el discurso central.

Indudablemente esta conciencia es mucho más dialéctica y admite *ciclos de esperanza* que podrían servir para cambiarla, pero el problema reside en que los feed-back que recibe el colectivo de afectados por parte de los diferentes recursos implicados en la atención, hasta ahora, básicamente la refuerza, quizás no tanto por los recursos en sí mismos como por las dificultades ligadas a la Reinserción Social sobre las que reflexionaremos en el capítulo XIII.

Y es en esta conciencia permanentemente reforzada, aparte de los problemas de la Reinserción Social, donde se ubica la principal dificultad terapéutica, ya que constituye un mecanismo cultural y psicosocial que recorta sensiblemente las posibilidades terapéuticas, y nos permite comprender las normas de admisión y las condiciones de selección que se aplican y que veremos más adelante.

En el seno de dicha conciencia de inevitabilidad es donde aparece y se articula la demanda de C.T.D., como una demanda real de abstinencia temporal y una esperanza de abstinencia definitiva. Una C.T.D. concreta podrá por medio de técnicas y procesos adecuados modificar esta conciencia, e incluso posibilitar una verdadera Reinserción Social en vez de una simple abstinencia. Pero esto que puede significar mucho para un individuo concreto, quizás no posea ningún valor para modificar el discurso global de los afectados e incidir positivamente sobre las dificultades terapéuticas.

De ahí la importancia de abrir al conocimiento social los procesos de tratamiento de las drogodependencias, de la misma manera que están en nuestro país abiertos al conocimiento social el parto, el trasplante de órganos, las necesidades de los diabéticos o la existencia de la ceguera y el comportamiento hacia los ciegos en la calle y los medios de transporte público. La sociedad y los afectados conocen y saben de los mecanismos y las normas, que les parecerán bien o mal, que practicarán o no, pero que no podrán ignorar.

Y aunque el fenómeno de las C.T.D., salvo para casos particulares, sea básicamente un producto de esta demanda y conciencia sociales, ellas mismas, por ser el lugar donde se producen los procesos, deberían plantearse abiertamente como lugares de cambio de conciencia, o al menos que alguna de las Redes realizara esta función, para romper el círculo vicioso entre expectativa de fracaso y fracaso realizado. Obviamente tal planteamiento sólo es posible en el contexto de las *condiciones amplias* a las que se hace referencia en el capítulo XIII.

5. PERFIL SOCIOLOGICO DE LOS ATENDIDOS

5.1. *La recogida de datos*

Para poder realizar un perfil sociológico válido de los internos en C.T.D. se precisa un trabajo con metodología específica, a través de un sistema estadístico de notificaciones que permita a la vez realizar un análisis de cohortes y elaborar evaluaciones sincrónicas para períodos determinados. La puesta en marcha de mecanismos como estos, cuya viabilidad se discute mas adelante, está lejos de nuestras actuales posibilidades, por lo que, intentando una primera aproximación al tema incorporamos al Cuestionario, una serie de preguntas que implicaban la existencia de un sistema de datos primarios en cada C.T.D., con el fin de reelaborarlos posteriormente.

En cuanto a la información recogida hay que comenzar por señalar que la Red El Patriarca no precisa la estructura sociodemográfica de sus internos, aunque esto se ha compensado por un alto nivel de respuesta en el resto de las C.T.D. (un 79,4%) sin que existan diferencias significativas en lo que se refiere a la proporción de respuestas recibidas entre las distintas Redes. En algunos de los apartados ha sido necesario anular parte de las respuestas, ya que detectamos irregularidades de consistencia interna, pero a pesar de ello, las preguntas relativas a estructura sociodemográfica de los atendidos, que habian sido propuestas con cierta inseguridad metodológica nos han ofrecido una serie de resultados muy válidos. En primer lugar nos permiten constatar, que más de dos terceras partes de las C.T.D. (si excluimos la Red El Patriarca, que por otra parte, nos consta que también posee un sistema estadístico de notificación de datos a un organismo central) disponen de sistemas de registro que les permitieron contestar adecuadamente a las preguntas.

Sin embargo, conviene realizar ciertas precisiones relativas a la interpretación de los datos que proporcionamos y que hay que considerar en terminos muy relativos, ya que la falta de un manual de instrucciones, o un cuaderno de carga, comunes, e inviables en un Cuestionario tan general, impiden asegurar que las distintas respuestas se corresponden exactamente con los mismos conceptos. En cualquier caso, las respuestas fueron dadas en términos absolutos, lo que nos ha permitido que todos los porcentajes que indicamos en los apartados 5.1 a 5.6 sean medias ponderadas.

Todos los datos se refieren a dos etapas distintas, el año 1985 y los seis primeros meses de 1986. La comparación entre ambos períodos nos permite observar si los comportamientos estadísticos coinciden y por tanto asegurar nuestras conclusiones, aunque las mismas se hallen, también, limitadas por la falta de datos sistemáticos, con la misma estructura y correspondientes al total de la población dependiente, o al

menos, en función de las hipótesis que vamos a manejar, para poder comparar con los programas asistenciales urbanos o ambulatorios.

5.2. Estructura de edades

Observamos una total coincidencia en ambas series de datos y una concentración absoluta de los mismos en el grupo de edad 22-30 años. Hay que tener en cuenta a la hora de valorar estos datos que una mayoría de C.T.D. no admiten menores de 18 años (ver capítulo VII).

Edades	1985	1986
Menos de 14.....	—	—
de 14 a 16.....	—	1,1%
de 17 a 21.....	17,7%	18,8%
de 22 a 30.....	73,2%	74,9%
Más de 30.....	9,1%	5,2%

Estos datos se verían en parte modificados de poder integrarse al mismo nivel los procedentes de la Red El Patriarca de los que disponemos de una tipología correspondiente a los admitidos en el período enero-octubre 1986, (Le Patriarche, 1986x) con otra división por edades procedente de la propia fuente:

Edades	
Menos de 14.....	0,4%
de 14 a 16.....	1,7%
de 16 a 18.....	3,6%
de 18 a 20.....	10,2%
de 20 a 22.....	17,0%
de 22 a 25.....	32,4%
Más de 25.....	34,4%

La Red El Patriarca ha creado cuatro centros especializados en menores (CT-52, CT-54, CT-25 y CT-41) en los que aparece un importante núcleo de menores residentes, la mayoría entre 14 y 16 años, por tanto más significativa que las admisiones reflejadas arriba, quizás porque estos menores (un 60% de los cuales han sido obligados por las familias o emplazados judicialmente) permanecen más tiempo o con mayor estabilidad en las C.T.D. de esta Red (Le Patriarche, 1986).

En todo caso, el resultado final global corresponde a una población juvenil, pero con edades elevadas, debido a que, como veremos

más adelante, las C.T.D. recogen una población con un prolongado historial de dependencia.

5.3. Estructura por sexos

La proporción entre varones y mujeres internos en las distintas C.T.D. confirma las apreciaciones sociológicas sobre composición sexual del uso y dependencia a las drogas (Comas, 1985), aunque sorprende el número total de mujeres, si tenemos en cuenta que muchas C.T.D., como veremos mas adelante, son prácticamente masculinas, pero las cifras se encuentran compensadas por una alta proporción de mujeres en la Red del Proyecto Hombre.

	1985	1986
Varones.....	71,2%	78,1%
Mujeres.....	28,8%	21,9%

5.4. Hábitat

Los datos relativos al hábitat de procedencia resultan muy llamativos, aunque ello pueda ser debido a una mala interpretación del concepto *rural*, pero de nuevo estos datos nos confirman los resultados de los estudios sociológicos sobre uso y dependencia, en los que no aparecían diferencias importantes entre los distintos hábitats.

	1985	1986
Rural.....	20,9%	22,8%
Urbano.....	79,1%	77,2%

A pesar de la subjetividad que en este caso se puede atribuir al término *rural*, entendemos que las personas que han cumplimentado los cuestionarios se han querido referir a aquellos casos que proceden de *pueblos*, lo que guarda relación con la estructura rural/urbana española, ya que la población que vive en municipios de menos de 20.000 habitantes no llega al 25%, esto significa que no hay disparidad entre los internos procedentes de uno u otro medio.

5.5. Nivel socioeconómico

El mismo grado de subjetivismo puede atribuirse a los datos procedentes de las respuestas a la pregunta sobre clasificación de los internos en tres niveles de procedencia socioeconómica: Clases alta, media y baja. Pero a pesar de ello resulta bastante sorprendente constatar que, excluidos los desconocidos datos de El Patriarca, las C.T.D. se configuran como un recurso correlacionado positivamente con niveles de renta elevados, si consideramos la estructura socioeconómica de nuestro país.

	Alta	Media	Baja
Datos 1985:			
Todas	22,6%	46,7%	30,7%
Públicas	24,7%	47,3%	28,0%
P. Hombre	19,2%	18,0%	62,8%
Datos 1986:			
Todas	19,3%	48,6%	32,0%
Públicas	18,5%	36,2%	45,3%
P. Hombre	6,0%	47,6%	46,4%

Sin duda estos datos, de nuevo confirman las previsiones sociológicas sobre niveles de consumo de drogas y, de nuevo, desmienten el estereotipo de *la droga de los pobres*, aunque pensamos que el asunto es más complejo.

Los datos sobre estructura socioeconómica de los atendidos nos llevan a proponer como hipótesis, que las C.T.D. globalmente consideradas atienden a un tipo de población que coincide poco con los grupos marginados, o que al menos en las mismas no son mayoría. Incluso si observamos los datos de la Red Pública, gratuita, encontramos una estructura desequilibrada y similar a la media. El desequilibrio aumenta, obviamente, en el caso de la Red Narconon, pero también en las C.T.D. de la Red Privada, aunque con grandes diferencias individuales, aún en aquellas que trabajan esencialmente en régimen de convenio y reciben la mayoría de los casos de los Servicios Sociales de Ayuntamientos, Diputaciones y CC.AA. El caso en el que aparece una mayor proporción de nivel socioeconómico bajo es el de la Red Proyecto Hombre, pero incluso esta proporción no se corresponde con las expectativas de una población esencialmente marginada.

Lo cierto es que ciertos grupos marginados no acceden a las C.T.D. e incluso uno de ellos ha creado su propia C.T.D. (CT-15), aunque quizás por razones más complejas. Hemos podido constatar incluso que

existen quejas entre el colectivo de afectados por la *desigualdad de oportunidades* a la hora de *ir a las granjas*.

Tales datos nos llevan a preguntarnos por la función social real de las C.T.D. y, también como hipótesis de trabajo, a plantearnos que el fenómeno de las C.T.D. responde a las necesidades de sectores sociales QUE ESTAN EN CONDICIONES CULTURALES DE UTILIZAR UN RECURSO DE LARGA DURACION Y ALEJADO DE LAS NECESIDADES COTIDIANAS DE UN GRUPO MARGINAL, evidentemente la presencia minoritaria de individuos muy marginalizados, desestructurados y sin ninguna relación sistémica en las C.T.D. refuerza esta hipótesis, y de nuevo nos coloca en el problema de lo que quieren ser y lo que son las C.T.D.

5.6. Antecedentes judiciales

Aproximadamente la mitad de los internos poseen antecedentes judiciales, es decir es una población criminalizada con los efectos que a todos los niveles se pueden derivar de este hecho, sin embargo hay que tener en cuenta que como vamos a ver, la mayoría de las C.T.D. no admiten casos con problemas jurídicos pendientes, lo que supone que en caso de ser admitidos estas cifras podrían incrementarse considerablemente.

	1985	1986
Con antecedentes	47,3%	53,0%
Sin antecedentes	52,7%	47,0%

Para completar estos datos conviene señalar que en el periodo enero-octubre 1986, la Red El Patriarca, que sí admite individuos con causas Judiciales pendientes, tuvo 1.441 admisiones de las que un 35,1% de los casos se encontraban en esta situación (Le Patriarche, 1986), lo que nos lleva a plantearnos que las C.T.D. que introducen el criterio de *sin causa judicial pendiente* están realizando una selección muy drástica de la posible población a atender.

5.7. Familia estable

Al preguntar sobre si los internos poseían una familia estable de referencia se pretendía, al igual que con las preguntas anteriores, contrastar si las C.T.D. trabajaban con aquella población sobre la que justificaban su especificidad terapéutica: la inexistencia de familias esta-

bles de origen que pudieran integrarse en un programa ambulatorio. Veamos los datos globales.

	1985	1986
Con familia estable	78,8%	77,0%
Sin familia estable.....	21,2%	23,0%

La proporción de internos sin familia estable es bastante baja, lo cual confirma los datos de nivel socioeconómico, y reitera la imagen de las C.T.D. como recurso para los que saben utilizarlo, desmintiendo en parte la autopercepción de que son recursos para ciertos casos con diagnóstico psicosocial de complicación sistémica. Pero a pesar de ello, y aún sin disponer de datos que, procedentes de programas ambulatorios o servicios de urgencia, nos permitirían realizar un análisis comparativo, las cifras reflejadas arriba creemos que muestran un mayor nivel de casos de inestabilidad familiar que aquellos que corresponden al conjunto de la población dependiente, cuando tengamos estos datos podremos establecer conclusiones a este nivel.

Queremos señalar que la Red Pública, en la que se supone que por su gratuidad y origen de los casos que recibe, deberíamos encontrarlos con un mayor número de casos de familias desestructuradas nos encontramos con el fenómeno contrario, ya que para 1985 sólo un 13,7% y un 26,2% para 1986 pertenecían a esta categoría.

No podemos olvidar el hecho de que las C.T.D. son el recurso terapéutico mas demandado por las familias, según se ha mostrado en el capítulo IV, lo que implica que justamente la presión familiar es la que produce, directa o indirectamente a través de los servicios de atención amplios, el ingreso en la C.T.D. y evidentemente aquellos que carecen de una familia estable se encuentran en peores condiciones para realizar esta presión aún en los casos en los que los recursos a aplicar son públicos o gratuitos. Si nos fijamos en la situación de las restantes Redes las cosas están todavía más claras.

5.8. Tiempo de dependencia

Los perfiles de esta respuesta coinciden con aquellos que nos señala la literatura internacional y en este sentido confirman que nos encontramos con un sistema de recursos y población *maduro*. Los datos son muy claros.

Años	1985	1986
Menos de 1	4,6%	2,6%
de 2 a 3	29,2%	26,0%
de 4 a 8	56,2%	58,7%
Más de 8.....	9,9%	12,6%

Tales datos apuntan en el sentido de la *Teoría de la Maduración Objetiva*, pero también sostienen la hipótesis contraria a esta teoría, por la que las C.T.D. aparecen como recurso asistencial sólo a partir de un cierto grado de deterioro de la situación sistémica individual y ante la presión ambiental. Volveremos a tocar este tema ampliamente en el capítulo VII al hablar de Motivación.

5.9. Tipo de droga consumida

Los datos sobre tipo de droga consumida tienen un valor muy relativo, en primer lugar porque los criterios de diagnóstico de droga causante de la dependencia no han sido nunca correctamente establecidos y por tanto cada equipo proporciona datos que contienen informaciones distintas, por ejemplo hay quien considera que todo politoxicómano que consuma heroína, con independencia de la cantidad y la frecuencia, es un heroínómano, en cambio hay quien sólo ha valorado esta situación cuando el individuo es un consumidor diario de heroína por un período mínimo de cierto número de meses, que varía según distintos criterios.

En segundo lugar el Cuestionario preguntaba por los valores porcentuales y como desconocemos la población que entraba en la estadística no hemos podido elaborar medias ponderadas y nos tenemos que conformar con medias de porcentajes. Para intentar soslayar esta carencia indicamos los valores máximo y mínimo en cada caso.

Asimismo para unificar los criterios se ha incluido en la categoría de *consumidores de heroína* a todos aquellos Politoxicómanos usuarios de dicha droga. Somos conscientes de que ello supone una gran falacia y desde siempre nos hemos opuesto a esta *heroínomanía técnica*, pero a efectos de obtener resultados comparativos facilitamos los datos desde dicha perspectiva, que a su vez se corresponde con la mayoría de las respuestas.

Los porcentajes del cuadro corresponden a los seis primeros meses de 1986, en la primera columna indicamos los resultados del Informe de la Red El Patriarca y en el segundo bloque los resultados de los cues-

tionarios, con la media, la máxima y la mínima. Los porcentajes de la segunda columna no suman 100 por ser respuesta múltiple.

	El Patriarca	Todas las demás		
		Med.	Max.	Min.
Heroína	—	95,8%	100%	85%
Politox.	98,1%	62,8%	100%	12%
Fármacos	0,6%	1,7%	10%	1%
Alcohol	0,4%	4,6%	20%	1%
Otros	0,9%	4,7%	30%	0,17%

Resulta evidente, en todo caso, que las C.T.D. se orientan casi exclusivamente hacia sujetos Politoxicómanos que son siempre consumidores de Heroína, aunque aparecen casos aislados de otros dependientes. En el capítulo *otros* todas las referencias nos remiten a inhalables. En cualquier caso, frente al panorama de la distribución socioepidemiológica del consumo de drogas en nuestro país, resulta evidente que las C.T.D. nos remiten a una especialización del tipo de consumidor que se corresponde con la expectativa social de que todos los problemas de drogas son únicamente problemas de Heroína.

5.10. Causas de internamiento

La pregunta sólo diferencia como causa de internamiento las causas *voluntarias*, de las *judiciales*, y de nuevo nos encontramos con que no podemos realizar medias ponderadas porque las respuestas vienen en porcentajes, aunque esto no nos impide establecer los siguientes resultados.

- 1) La mayoría de los internos en los seis primeros meses de 1986 lo han sido voluntarios, en concreto el 94,2% de las medias sin ponderar, en prácticamente todas las C.T.D. han sido el 100%, incluida la Red Pública completa. En el caso de la Red El Patriarca es el 96,54%. Las mayores desviaciones corresponden a Comunidades de la Red Privada con muy pocas plazas, pero que han tenido dos o tres plazas de no voluntarios.
- 2) Los internamientos judiciales suponen el 3,46% en la Red El Patriarca (la mayoría de ellos menores), un 10% en CT-11 (Red I. Evangélicas), un 5% en CT-15, un 2% en CT-26 (Red Privada), excluyéndose algún caso con pocas plazas.
- 3) En el apartado de *otros* aparecen cuatro C.T.D. que indican con altos porcentajes, el 30%, 10%, 55% y 40%, que específicamente el motivo de internamiento han sido las presiones fa-

miliares. Tres de ellas pertenecen a la Red Privada y una a la Red I. Evangélicas, y como se trata de cuatro cuestionarios muy bien completados, en dos de los cuales aparece, a partir de una pregunta cerrada un desarrollo explícito del tema de la motivación, debemos concluir, que la respuestas que indican que el internamiento fue voluntario, entremezclan casos en que esto es cierto, con casos en los que la voluntariedad es meramente formal.

La cuestión de la voluntariedad va a ser tratada más ampliamente en el apartado correspondiente del capítulo VII.

6. ESPACIO, SITUACION Y CONDICIONES MATERIALES

6.1. *Distribucion geográfica*

El hecho de que las C.T.D. constituyan un fenómeno desarrollado en forma espontánea, ha implicado que su distribución geográfica no responda a ningún criterio de planificación, existiendo ámbitos geográficos y Comunidades Autónomas que concentran un gran número de C.T.D., mientras otras carecen absolutamente de las mismas.

El listado del anexo b muestra, por Comunidades Autónomas, la irregularidad en su distribución geográfica.

Sin embargo, la espontaneidad no significa que la ubicación de las distintas C.T.D. no carezca de algún sentido, y desde una perspectiva sociológica, detectamos la presencia de diversos factores que han venido sufriendo modificaciones a lo largo del tiempo.

En una primera fase, las C.T.D. se ubicaban en ámbitos puramente rurales y dentro de los mismos se intentaba que estuvieran en parajes aislados y solitarios, quizás porque se concebía que este aislamiento poseía por sí mismo un cierto valor terapéutico. La idea de la naturaleza como fuerza descontaminadora conducía a que las C.T.D. se ubicaran en parajes bucólicos y alejados de otros emplazamientos humanos. Esta tendencia, venía sin duda reforzada por el hecho de que las primeras C.T.D. se situaban en condiciones de precariedad extrema por lo que sólo se podían ubicar en lugares de coste marginal, pero al mismo tiempo, esta ubicación aparecía corregida por las condiciones reales de cada proyecto que imposibilitaban el excesivo alejamiento del centro del que se dependía, e incluso la disponibilidad física de fincas por parte de algún miembro del equipo o una persona vinculada al mismo. El exceso de alejamiento y de *inmersión en la naturaleza* podrían explicar algunos fracasos y cierres de la primera época.

A partir de un cierto momento la tendencia se invierte, y se mantiene sólo la idea del alejamiento del sujeto de su medio, pero las C.T.D. comienzan a ubicarse más cerca de los núcleos urbanos e incluso muchas de ellas se integran dentro de algún núcleo urbano. En la actualidad, un 33,9% de las C.T.D. de nuestro censo, se ubican en los municipios de poblaciones de más de 50.000 habitantes, lo que implica que están al menos en parajes semiurbanos.

Este cambio de tendencia vendría propiciado por varios factores como son: mayores disponibilidades económicas por parte del conjunto de C.T.D. y en especial ciertas Redes, una cierta crisis en cuanto a la importancia terapéutica del bucolismo y la experiencia de la dificultades materiales producidas por un exceso de aislamiento, y en tercer y más importante lugar, porque se ha producido una transición entre un modelo que hacía hincapié en las condiciones de aislamiento

como factor terapéutico a otro modelo que se preocupa más por las condiciones de la Reinserción Social. Así, no es extraño que algunas de las C.T.D. cercanas o ubicadas en el entramado poblacional, manejen la idea de que el alejamiento real no es necesario si se crea entre los internos un sentimiento de alejamiento figurado o simbólico.

En cualquier caso, se trata de un cambio de tendencia muy gradual y siguen existiendo proyectos y abriéndose algunas C.T.D. en las que aun pervive la idea bucólico-ruralista.

Desde esta perspectiva diacrónica, hay que comprender los datos relativos al lugar donde se adquieren los bienes y servicios para el funcionamiento de la C.T.D. y que van desde el propio municipio en el que estan ubicados, porque allí se pueden cubrir todas las necesidades, hasta casos en los que las compras se realizan en municipios situados hasta a 75 Kilómetros de la C.T.D., ya que otros más cercanos no disponen de recursos adecuados.

La media de distancia entre la C.T.D. y el núcleo urbano donde se adquieren los bienes y servicios es de 13,26 kilometros, dato que se correlaciona con el hecho de que la totalidad (100%) de las C.T.D. dispongan de algún medio de transporte propio, - en ocasiones la propiedad corresponde a algún miembro del equipo-, siendo el más frecuente los turismos (91,4%), furgonetas (45,7%) y microbuses (14,2%). Aparte, la Red El Patriarca dispone de una flota de vehículos que incluye turismos, furgonetas, microbuses y camiones, que en 1986 superaba las setenta unidades y que sirve, tanto para las necesidades propias de cada C.T.D., como para la permanente conexión entre las distintas C.T.D. de esta Red en España y fuera de ella.

Por otro lado, existe una tendencia a adquirir ciertos bienes y servicios a través del organismo del que depende la C.T.D., siempre que este exista o no esté excesivamente alejado. La media de distancia entre la C.T.D. y el organismo del que depende es de 42,8 kilómetros con casos extremos de 300 kilómetros, excluyendo la Red El Patriarca que ha calculado todas las distancias de sus centros a la sede de la Asociación en Pamplona.

Otro dato significativo sería la distancia entre la C.T.D. y el ambulatorio de la Seguridad Social más cercano, con una media de 13,9 kilómetros (suele coincidir con el municipio donde se adquieren los bienes y servicios), y una distancia máxima de 70 kilómetros.

6.2. Características físicas de los centros

La mayoría de las C.T.D. de todas las Redes se han ubicado en edificios pre-existentes, sólo 4 centros, de un total de 62 que nos infor-

man sobre este punto, han sido ocupados directamente por la C.T.D., y sólo uno de ellos ha sido construido especialmente para albergar una C.T.D.. El resto son adaptaciones más o menos afortunadas de viejos edificios entre los que destacan: uno del siglo XIV, otro del siglo XVII, dos del siglo XVIII y cuatro del siglo XIX.

El destino anterior de tales edificios queda reflejado en el cuadro siguiente:

Destino anterior	
Vivienda.....	29,8%
Casa de campo	29,8%
Iglesia	14,0%
Hotel o Residencia	12,2%
Edificio abandonado	10,5%
	3,5%

Resulta evidente que la expansión de las C.T.D., se ha articulado en un aprovechamiento de edificios ya existentes y que en la selección de los mismos ha primado la variable coste-oportunidad que ha conducido a la adaptación de edificios de la mas diversa categoría y estructura. Adquiere así sentido la actividad de *reconstrucción*, que como veremos en el capítulo X, absorbe muchas energías, tiempo y preocupaciones en las C.T.D.. En casi todas las C.T.D. de todas las Redes, el trabajo de reconstrucción, ha sido posible gracias a la mano de obra de los propios internos, cesiones gratuitas de materiales y un mínimo de apoyo profesional exterior, sólo alguna C.T.D. pública, una del Proyecto Hombre, un par de privadas y la Red Narconon escapan de esta regla.

La forma en que se ha obtenido el mobiliario en la mayoría de las C.T.D. confirma estas apreciaciones, ya que en respuesta múltiple y excluida la Red El Patriarca, nos ofrecen los siguientes resultados:

Modo de obtención del mobiliario	
Donaciones y cesiones.....	82,8%
Hecho por los propios internos	65,7%
Originales vivienda y restaurados	45,0%
Comprados	31,4%

Sólo 6 C.T.D. (3 Públicas y 3 Privadas) que representan un 17,2% de las que nos han facilitados datos a este nivel, han adquirido su mobiliario EXCLUSIVAMENTE POR COMPRA. En cuanto a la Red

El Patriarca que, no nos ha ofrecido estos datos, nos consta que su nivel de compra es bastante bajo.

Se obtuvieron además 19 planos de otras tantas C.T.D., tres de ellos los planos arquitectónicos del edificio y en los 16 restantes planos alzados de diferente calidad que reflejan estructuraciones del espacio totalmente diferentes en función de las estructuras pre-existentes, aunque en cualquier caso aparece una evidente preocupación por separar tres ámbitos distintos: Las habitaciones de los internos, la zona de talleres o actividades y la zona social (cocina, comedor y salón de reuniones). La diferenciación de tales ámbitos, han producido la mayoría de las obras de reforma estructural, siendo mucho menos frecuente encontrar espacios habilitados adecuada y expresamente para un área terapéutica, administrativa o de exclusividad. Sin embargo, en una serie de nuevos proyectos a los que hemos tenido acceso, estos últimos espacios se van convirtiendo en el eje central de las reformas, lo que refuerza la idea de transición entre un modelo convivencial que buscaba la diferenciación entre áreas de actividad y fijaba reglas de circulación y permanencia en ellas, y un modelo más terapéutico que se plantea un área de *internado, servicios y actividades* frente a una área técnico-terapéutica.

En cualquier caso, la mayoría de las C.T.D. resultan claramente disfuncionales, siendo además el tema del espacio una de las permanentes obsesiones de los distintos responsables de las C.T.D. de las distintas Redes, que se encuentran constantemente constreñidos por las limitaciones de unas instalaciones que no habían sido previstas y no se adaptan a los fines de las C.T.D., ni tienen la adecuada flexibilidad para adecuarse a los distintos cambios en los programas. Por otra parte, la suma de dificultades y de imaginativas soluciones adoptadas, constituye un rico catálogo de experiencias a tener en cuenta a la hora de diseñar cualquier espacio para una C.T.D.

La superficie total de las C.T.D. que nos aportan este dato (56) es de 43.323,2 metros cuadrados, lo que nos proporciona una media de 773,6 metros cuadrados por cada una de ellas, y un espacio de no más de 17 metros por cada interno, lo que resulta bastante inferior a lo adecuado, teniendo en cuenta que en tal espacio se incluyen las áreas de actividad. En cualquier caso, las diferencias son notables y los mayores niveles de hacinamiento se producen en la Red El Patriarca que dispone de apenas 15 metros por plaza, y los menores en la Red Pública en la que supera los 25 metros.

En cuanto a las fincas, se ocupa un total de 2.231.650 metros cuadrados, lo que representa una media de 35.994 metros cuadrados, con un reparto muy desigual ya que existen tres macrofincas de 35, 20 y 17 hectáreas respectivamente y varias que están por debajo de los 1.500 metros cuadrados. Sin duda estas 223 hectáreas son excesivas para todo

el subsector, —representan casi mil metros cuadrados por plaza—, y contrastan dramáticamente con la insuficiencia de los espacios habitables, pero tal contradicción es sin duda el resultado de los ya mencionados orígenes ruralistas de las C.T.D.

Aparte de la construcción principal un 77,9% de las C.T.D. afirma tener otras construcciones auxiliares cuyas funciones son las siguientes:

Naves industriales y talleres.....	25,4%
Establos y cuadras.....	23,7%
Lavandería.....	6,7%
Despachos.....	6,7%
Capillas.....	5,0%
Invernaderos.....	3,3%
Pabellón actividades (Gimnasia/grupos).....	3,3%
Garaje.....	3,3%
Despensas.....	3,3%
Cocina.....	1,6%

Siendo la mayoría de tales edificaciones auxiliares de nueva construcción, ante la imposibilidad de desarrollar las funciones o actividades previstas en los mismos, en el edificio central de la C.T.D.

6.3. Servicios e instalaciones

El nivel de servicios de las distintas C.T.D. varía en función del tipo de servicio al que hagamos referencia, ya que sobre 60 C.T.D. que nos han proporcionado este dato, se obtienen los siguientes resultados en relación a lo que hemos llamado SERVICIOS IMPRESCINDIBLES.

Agua corriente.....	96,7%
Agua caliente.....	91,6%
Teléfono.....	43,8%
Gas (Butano siempre).....	87,7%
Luz Eléctrica.....	93,2%
Alguna calefacción.....	90,0%
Frigorífico.....	100,0%
Cocina.....	100,0%
Lavadora.....	54,7%

Evidentemente el déficit del teléfono puede entenderse en función de las condiciones de aislamiento que se buscaban en su origen y la

dificultad para instalarlo posteriormente, y aunque seguimos considerando un servicio imprescindible para una C.T.D., podríamos justificar situaciones de provisionalidad que deberían resolverse mediante emisoras o un teléfono cercano, pero resulta absolutamente injustificable la existencia de C.T.D. que no dispongan de los otros servicios mencionados, salvo el tema de calefacción en algunos ámbitos climáticos.

En cualquier caso tales déficits se concentran casi exclusivamente en tres Redes, El Patriarca, Iglesias Evangélicas y Privadas y contrastan con la notable presencia de SERVICIOS COMPLEMENTARIOS en otras Redes tal y como se observa en el cuadro siguiente.

Piscina	25,0%
Congelador	51,6%
Equipo de música.....	38,3%
Televisión	88,3%
Video.....	45,0%

Una cierta polémica en torno a, si es mejor utilizar exclusivamente el vídeo para poner películas seleccionadas por el equipo o si es mejor utilizar sólo la televisión, porque el vídeo es un aparato de lujo que no cuadra con las exigencias de la necesaria austeridad que debe reinar en las C.T.D., nos pone de nuevo en la pista de la tensión que se está produciendo entre el modelo convivencial y el terapéutico en las distintas C.T.D.

Otro elemento importante, lo constituye la distribución del número de habitaciones para los internos y su capacidad, que es el siguiente:

	Habitaciones	Plazas
Individuales	342	342
Dobles.....	255	510
Triples.....	91	273
Cuádruples	116	464
Colectivas.....	183	1.179

El número de plazas en habitaciones colectivas se ha calculado a partir del número de plazas que les correspondían en cada C.T.D. de las que nos ha aportado los datos completos, lo que nos permite llegar a la conclusión de que tales habitaciones tienen una media de 6,4 ocupantes y que casi la mitad de los internos en C.T.D. (un 44%) permanecen en habitaciones colectivas, lo que vendría a confirmar la idea apuntada más arriba de hacinamiento en las C.T.D.

En cuanto a la diferencia en la distribución de las habitaciones en las distintas Redes, no sigue una regla fija, posiblemente porque la casi totalidad de tales distribuciones responden a las posibilidades del edificio, es decir, la existencia de un tipo u otro de habitaciones se corresponde al número de huecos existentes en relación a las plazas de la C.T.D. Siendo mas frecuente la formulación de distribuciones que dejan espacio diáfano, y por tanto mayor número de habitaciones colectivas, que aquellas que dividen huecos para crear habitaciones individuales o dobles, aunque esto no sea una norma general.

Además existen otras 92 habitaciones ocupadas exclusivamente por miembros de los equipos, habiendo de todo tipo, individuales, dobles, triples y colectivas, que en ocasiones son habitaciones personales permanentemente ocupadas por uno o varios miembros del equipo, —en alguna ocasión por matrimonios—, que viven en la C.T.D. y en otras ocasiones, son simples habitaciones para que puedan dormir los que se quedan de guardia una o varias noches a la semana turnándose por tanto sus ocupantes.

Las habitaciones de los internos son mixtas o no, según en la C.T.D. se admitan o no relaciones sexuales (ver capítulo 8), produciéndose, en el caso de existencia de habitaciones mixtas en C.T.D. que admiten las relaciones sexuales, curiosas combinaciones de parejas estables que comparten su espacio con sujetos de uno u otro sexo y especialmente habitaciones colectivas en las que se manifiestan diferentes formas de relación dentro del mismo espacio. En un caso extremo en una C.T.D. Privada, se comparten las habitaciones entre los miembros del equipo (que viven en la misma) y los internos sin distinción de sexos.

Otra instalación importante la constituyen los diferentes talleres que afirman poseer un 55,9% de las C.T.D. con un reparto similar en todas las Redes salvo Narconon que no posee ningún taller. En tales talleres destaca la presencia de maquinaria de carpintería (87,8%), seguida de mecánica básica (51,5%) y otras (27,2%). Aparte un 42,3% de las C.T.D. de todas las Redes salvo el Proyecto Hombre y Narconon, tienen algún tipo de maquinaria agrícola (tractores, motocultores, bombas de riego, ect...) para la realización de sus trabajos agropecuarios.

Merecería una especial atención que nos detuvieramos en los servicios sanitarios pero nos deberemos limitar a señalar que en el conjunto de las C.T.D. posee un espectacular déficit tanto de servicios como de materiales sanitarios, escandaloso incluso si lo consideramos desde la perspectiva de las patologías orgánicas asociadas al consumo de drogas. Sólo las C.T.D. de la Red Pública, y no todas, y dos casos de la Red Privada, disponen de un servicio sanitario un poco completo, aunque las notables diferencias en torno a los materiales existentes

nos indican que sigue faltando un modelo claro para el abordaje de los problemas sanitarios en una C.T.D.. Para el resto de C.T.D. los servicios y el material sanitario se limitan a la existencia de botiquines caseros, completados por algún material de exploración en aquellos casos en los que un médico o un A.T.S. forma parte del equipo, a los que hay que añadir un amplio surtido de medicamentos para las diferentes patologías de los enfermos.

Muchas C.T.D. manejan una ideología antimedicalista explícita, e incluso citan a autores como Ivan Illich o Susan Sontag para reforzarla, pero esta actitud, perfectamente lícita, no puede justificar la carencia de medios y servicios. La situación resulta en ocasiones paradójica cuando en el equipo existen profesionales de la sanidad que no pueden aplicar sus conocimientos por falta de recursos y ante la frecuente incidencia de ciertas patologías se recurre sistemáticamente al traslado del interno a centros sanitarios, medicalizándose entonces procesos que podrían haber sido perfectamente controlados, y quizás con mas efectividad, en la propia C.T.D.

6.4. Modelo de exigencias materiales y espaciales

Evidentemente la actual distribución espacial de C.T.D. es difícilmente corregible, especialmente si se cumple nuestra propuesta de limitar su crecimiento, en función de una mayor profesionalización de las ya existentes, sin embargo cualquier nuevo proyecto de C.T.D. debería articularse alrededor de las necesidades de los Programas Asistenciales Amplios y rehuir la práctica de instalarse al azar allí donde las condiciones la hacen posible.

Es a partir de las necesidades de los Programas Asistenciales Amplios como hay que concebir la ubicación, estructura y servicios de las C.T.D. , pero teniendo en cuenta, que la mayoría de los centros existentes van a seguir conformando el subsector en el futuro, queremos precisar una serie de exigencias:

En primer lugar, es preciso incrementar la superficie construída en las C.T.D. a costa de reducir las desmesuradas extensiones de algunas fincas, en cualquier caso el número de metros disponibles por plaza debe superar los 20, excluídas instalaciones agropecuarias y talleres, siendo convenientes fincas de 150 metros por plaza, a los que se pueden añadir espacios suficientes para las prácticas agropecuarias, siempre que los mismos no impliquen un exceso de actividades a este nivel.

En segundo lugar, hay que proceder a una reestructuración de los espacios internos de los edificios, mediante reformas profundas y construcción de anexos que completen la demanda de espacio. Tales reformas tienen cuatro objetivos; el primero diferenciar claramente seis es-

pacios que consideramos constituyen áreas distintas dentro de cualquier C.T.D. y que serían:

- a) espacio para el hábitat, habitaciones y servicios.
- b) espacio para actividades educativas y laborales.
- c) espacio de servicios generales como cocina, comedor, lavandería,...
- d) espacio puramente asistencial-terapéutico y administrativo.
- e) espacio de ocio, tiempo libre y actividades comunitarias lúdicas.
- f) espacio de entradas y salidas e intercomunicación.

Evidentemente en función del programa las funciones y permanencia en cada uno de los espacios deberían reglamentarse, ya sea mediante horarios de exclusión o permanencia obligatoria o mediante normas de funciones y lugares, siendo el caso más claro el espacio terapéutico-asistencial que nunca debería ser usado para otros fines y en momentos distintos a los previstos para el desarrollo de las funciones terapéuticas.

El segundo objetivo, sería incrementar las posibilidades de intimidad eliminando las habitaciones colectivas y creando habitaciones sólo individuales, dobles y triples, en número suficiente para ser utilizadas según las conveniencias terapéuticas.

El tercer objetivo, sería hacer las estructuras espaciales muy moldeables, de tal manera que los cambios en los programas, o en la estructura y características de la población atendida, pudiera ser correspondida con cambios en el hábitaculo.

El cuarto objetivo, sería el ofrecer una perspectiva arquitectónica abierta a los espacios exteriores, ya que debido a la antigüedad de los edificios que acogen a muchas C.T.D. éstas se encogen, se cierran sobre sí mismas, y el interno se siente a la vez protegido y encerrado en un ámbito opresivo, cuya aceptación simbólica no coincide demasiado con los objetivos de la Reinserción Social. Una C.T.D. concreta (CT-8) constituye un excelente ejemplo a este nivel, ya que se trata de una autoconstrucción nueva, realizada con la colaboración de los internos, al lado del viejo edificio donde comenzó a albergarse la C.T.D., y que se ha concebido como muy abierta al entorno, al tiempo que diferencia, con barreras psicológicas y físicas, las áreas internas.

En tercer lugar, y ligado con las condiciones de acreditación que mencionaremos más adelante, hay que exigir que existan la totalidad de los servicios imprescindibles señalados más arriba, más algunos otros como servicios higiénicos, con desagües o fosas sépticas en caso extremo..... que no incluimos como pregunta en el cuestionario, pero que nos hemos encontrado con que muchas veces faltan. Entre tales requisitos no hay que olvidar el material sanitario y los servicios sanitarios adecuados.

7. ADMISION Y DESINTOXICACION

7.1. Mecanismo de acceso

Se puede acceder a la C.T.D. mediante dos vías, a través de un Programa Asistencial Amplio (P.A.A.) o directamente, cada Red adopta una de las dos vías en función de sus características generales. La Red Pública y la del Proyecto Hombre reciben el 100% de sus internos desde este programa externo. Para El Patriarca, Narconon y las Iglesias Evangélicas el sujeto accede directamente. En el caso de la Red Privada la situación es mixta, ya que la mayoría de ellas reciben a la vez sujetos directamente y sujetos remitidos por un Programa exterior, una minoría se limita a recibirlos directamente.

La vía de acceso determina otra serie de características que configuran dos modelos bien distintos de mecanismo de acceso a las diversas C.T.D. y que reflejamos en el cuadro siguiente:

Redes	(1)	(2)	(3)	(4)
Pública	100%	100%	si/no	P.A.A.
Proyecto Hombre	100%	100%	no	P.A.A.
Privada	50%	25%	si	depende
Iglesias Evang.	0%	0%	si	C.T.D.
El Patriarca	0%	0%	si	C.T.D.
Narconon	0%	0%	si	C.T.D.

- (1) ¿Se tiene un historial previo del sujeto?
(2) ¿Ha pasado el Síndrome de Abstinencia?
(3) ¿Puede la C.T.D. rechazar el caso?
(4) ¿Quién realiza el prediagnóstico?

La Red Pública y la del Proyecto Hombre reciben a sujetos previamente diagnosticados por el Programa Asistencial Amplio, de los que tienen algún tipo de historial y que han pasado el Síndrome de Abstinencia, el Proyecto Hombre no puede rechazar ningún caso y en teoría la Pública tampoco, pero al no existir en muchas ocasiones ningún mecanismo de control, se rechazan casos.

Las Redes El Patriarca, Iglesias Evangélicas y Narconon, diagnostican directamente el caso, no disponen de historiales previos, los sujetos en general no han pasado el Síndrome de Abstinencia (salvo esporádica y azarosamente) y pueden rechazar los casos que quieran, para eso se definen como una alternativa asistencial completa.

La Red Privada se encuentra en una situación intermedia, algunas C.T.D. se parecen más al primer modelo y otras al segundo, pero la mayoría asume los dos tipos de situaciones, es decir recibe casos diagnosticados y casos que no, casos con historiales y sin ellos, casos de

sujetos que han pasado el Síndrome de Abstinencia y casos que no, aunque siempre se reservan la posibilidad de rechazar la demanda. De nuestros datos se desprende la curiosa constatación de que las C.T.D. de la Red Privada reciben más sujetos con historial que sujetos que hayan pasado el Síndrome de Abstinencia, dato que podría atribuirse a que desde los Servicios Sociales Generales (en especial los municipales) se les remite sujetos a los que se les hace una historia social previa pero que no pasan por ningún otro recurso asistencial para superar el Síndrome de Abstinencia.

En relación a la existencia de tales modelos, se entienden los resultados de la pregunta relativa a si el personal de la C.T.D. era el mismo que el del Programa Asistencial Amplio o si se intercambiaban los profesionales de ambos niveles. Lógicamente el modelo de C.T.D. autosuficiente no contestó a esta pregunta porque no era pertinente, y en cuanto al resto la respuesta fue clara: NINGUNA C.T.D. DE LA RED PUBLICA O PRIVADA REALIZA INTERCAMBIOS DE PUESTO DE TRABAJO CON PROFESIONALES DEL PROGRAMA ASISTENCIAL AMPLIO, en cambio esta es una forma habitual de funcionar en la Red del Proyecto Hombre.

Por otro lado la existencia de ambos modelos, o mecanismos, de acceso a las C.T.D., explicaría el hecho de que se pueda llegar para ingresar en las mismas de dos maneras, solo o acompañado, la primera posibilidad la contemplan todas aquellas C.T.D. que se consideran un recurso asistencial alternativo, es decir las Redes de El Patriarca, Narconon, Iglesias Evangélicas y parte de la Privada, en cambio para la totalidad de la Red Pública y parte de la Privada el sujeto debe incorporarse a la C.T.D. en compañía de familiares o profesionales preestablecidos. Para el Proyecto Hombre el ingreso del sujeto en la C.T.D. implica un cambio de estatus dentro del programa que se realiza en compañía de los responsables del mismo.

En todos los casos en los que se exige un acompañante, salvo algún caso puntual, es obligatoria la presencia de algún familiar responsable, en cambio no existe una norma en relación a la presencia de los profesionales del Programa Asistencial Amplio, todas las C.T.D. de la Red Privada, salvo una, no exigen la presencia del responsable, y sólo la mitad de la Red Pública establece este principio. Lo que significa que si bien estas C.T.D. han asumido su papel meramente terapéutico siguen sin considerar necesaria la presencia del Programa Asistencial Amplio en la C.T.D. y no reclaman una responsabilidad formal del mismo en el momento de la entrega.

7.2. Condiciones de admisión

Con independencia del mecanismo de acceso existen en todas las C.T.D. una serie de condiciones explícitas que de no cumplirse impiden el ingreso en la misma, de entre tales condiciones hemos seleccionado varias que por su relevancia nos permitirán entender las actitudes generales y las diferencias entre las distintas Redes, ya que como veremos posteriormente se relacionan estrechamente con los dos modelos de mecanismo de acceso, aunque muchas C.T.D. concretas manejan incongruencias en este punto.

Sin duda existen otros factores importantes que limitan la admisión en un C.T.D., siendo el más importante el de la voluntariedad, así como el tema de la participación familiar, pero estas cuestiones aunque afectan al tema de la admisión son tratadas en otros apartados, ya que su trascendencia va más allá de ser una condición para la admisión.

En cualquier caso estas condiciones de admisión formales, que son el resultado de analíticas o bien evidentes por sí mismas, se completan con otra serie de criterios más informales y no explícitos y que en los documentos que hemos utilizado se codifican con frases como: «se realizan entrevistas de valoración», «se explora el tipo de personalidad», «se valora el momento de la dinámica», etc., etc... que vendrían a significar que se somete al sujeto a una revisión para comprobar que sus actitudes primarias se ajustan a las expectativas de la C.T.D., proceso que creemos se da en todas las Redes sin excepción, salvo en los casos en los que el Programa Asistencial Amplio realiza esta labor, y que tiene una importancia fundamental a la hora de comprender los mecanismos terapéuticos internos de las distintas C.T.D.. Valdría la pena realizar un análisis cualitativo de tales procesos de selección informal en el marco de la planificación de ajustes entre la oferta y la demanda asistencial.

Global y explícitamente no existe una regla fija en cuanto a los motivos de rechazo, pero hemos podido dividir el conjunto de C.T.D. en dos grupos: Las PERMISIVAS que apuntan menos de dos condiciones de exclusión (en general alguna enfermedad infecto-contagiosa), y las RESTRICTIVAS que manejan más de tres causas de exclusión. Pues bien, sólo la Red El Patriarca pertenece al primer grupo y la Red Proyecto Hombre al segundo con claridad, en los demás casos cada C.T.D. parece adoptar criterios distintos.

7.2.1. Enfermedades infecto-contagiosas, mentales y trastornos de conducta

En relación a las enfermedades infecto-contagiosas salvo casos puntuales, —además de El Patriarca—, son consideradas motivo de recha-

zo. Los tipos de enfermedad con mayor nivel de rechazo según la respuesta de 24 C.T.D., que se posicionaron en este tema, ofrece los siguientes resultados (respuesta múltiple):

Cualquiera en fase aguda.....	45,8%
Tuberculosis.....	25,0%
Hepatitis.....	20,8%
S.I.D.A.....	20,8%
E.T.S.....	16,6%
Piel.....	4,1%

Los argumentos más frecuentemente esgrimidos en relación al rechazo de sujetos con enfermedades infecto-contagiosas se refieren al riesgo para los otros internos y a las dificultades de tratamiento ante la presencia de tales enfermedades, frente a los citados argumentos negativos se arguye que una parte importante de los drogodependientes padecen este tipo de enfermedades por lo que no puede excluirse a esta población de la alternativa de las C.T.D., sino que las mismas deben ser tratadas por la propia C.T.D.. Evidentemente si la C.T.D. se considera una alternativa terapéutica completa, es decir es una C.T.D. finalista, el argumento de que las enfermedades infecto-contagiosas deben ser tratadas en la C.T.D. es perfectamente congruente y el rechazo de sujetos que las padecen, una clara e injustificada discriminación, en cambio si la C.T.D. se considera un recurso terapéutico especializado en el contexto de un Programa Asistencial Amplio, no admitir a sujetos con enfermedades infecto-contagiosas es lo más coherente.

Esto explicaría en parte la relación de problemas sanitarios que más asiduamente aparecen dentro de las C.T.D. y que serían el resultado de la incidencia de las patologías orgánicas asociadas al consumo de drogas, corregido por las condiciones de admisión en las C.T.D.

Problemas Sanitarios más frecuentes
(Respuesta múltiple sobre total C.T.D. con respuesta)

Hepatitis.....	40,0%
Dentales.....	20,0%
Infecciones respiratorias.....	20,0%
Micosis y otros dermatológicos.....	20,0%
E.T.S.....	11,4%
S.I.D.A.....	8,5%
Lesiones deportivas.....	5,7%
Otitis.....	5,7%
Enteropatías.....	5,7%

Los mismos argumentos y situaciones aparecen en relación a las enfermedades mentales y los trastornos de conducta, siendo citadas algún tipo de las primeras por 32 C.T.D. y de las segundas por 18 C.T.D., ya que en función de la orientación teórica de cada una de ellas, ciertos trastornos de conducta son considerados enfermedad mental y a la inversa, apareciendo como es lógico términos que a veces engloban otros procesos y a veces son exclusión de los mismos. Los resultados son, en respuesta múltiple, y sobre el total de C.T.D. que se han referido a cada tipo de motivo de rechazo:

Enfermedades mentales:

Psicosis.....	28,1%
Esquizofrenias.....	15,6%
Socialmente invalidantes.....	15,6%
Psicopatías.....	12,5%
Subnormalidad/Oligofrenia.....	6,2%
Neurosis.....	6,2%
Depresiones.....	6,2%
Cualquiera aguda.....	3,1%
Esquizofrenia paranoide.....	3,1%
Delirios activos.....	3,1%

Transtornos de conducta:

Agresividad.....	50,0%
Psicopatías.....	38,8%
Sociopatías.....	27,7%
Incompatibilidad.....	16,6%

En conjunto, los motivos de rechazo referidos a la esfera psicológica son bastante confusos, e incluso algunos de ellos son síntomas de la propia dependencia, lo que nos ha llevado a sospechar que en algunos casos, por esta vía, se produce una selección de sujetos, en función de predictores de éxito ligados a las *buenas condiciones del candidato*, ofreciendo un perfil de internos relativamente estables psicológicamente, que al igual que en el tema de la existencia de estructuras familiares estables (Capítulo VI) significaría que la población atendida en las C.T.D. no se corresponde con aquella para la que constituye un recurso especializado adecuado.

7.2.2. Problemas judiciales

En cuanto al tema de los problemas judiciales, la situación es mucho más compleja: la Red El Patriarca y un 40,7% del resto de las C.T.D. admiten sujetos con problemas judiciales pendientes, frente a

un 59,3% que no. El rechazo no se establece en relación a un juicio pendiente sino a que el individuo esté pendiente de cumplimiento de condena o exista orden de búsqueda y captura, aduciéndose en ambos casos que tales situaciones impiden una continuidad en el tratamiento. Sin embargo, esto parece afectar menos a aquellas C.T.D. que se consideran un modelo asistencial alternativo y que lógicamente deberían rechazar más estos casos, cuando no es así. La única respuesta que hemos encontrado en relación a situar las diferentes posiciones es que un amplio porcentaje de las C.T.D. que admiten sujetos en tales situaciones, se consideran también alternativas al sistema judicial, o al menos a las instituciones penitenciarias. En cambio aquellos que no los admiten se consideran meros recursos terapéuticos especializados.

7.2.3. Vecindad, edad y sexo

Existen limitaciones en cuanto a la vecindad de los internos en todas las C.T.D. de la Red Pública y algunas de la Red Privada. Para la primera sólo se admite a los vecinos del Municipio, de la Provincia o de la Comunidad Autónoma según sea su dependencia del municipio, de la diputación o de la comunidad, a veces como norma estricta, otras veces como simple prioridad. En el caso de las Privadas que se hallan sometidas a un régimen de convenio o subvención más o menos exclusivista, la situación es la misma.

Aparece otra limitación, en sentido contrario, en bastantes C.T.D. de la Red Privada que no admiten a sujetos procedentes del ámbito geográfico inmediato (en general la comarca y en un caso toda la provincia), que se justifica tanto por lo que significa de falta de alejamiento como por la necesidad de controlar vínculos interpersonales con otros drogodependientes.

Existe por otra parte, un cierto condicionamiento en cuanto a la vecindad en aquellas C.T.D. de la Red Privada que aparecen vinculadas a alguna asociación o grupo ciudadano de *lucha contra la droga* y que informalmente priorizan a los afectados del área geográfica donde la asociación o grupo actúa. El ejemplo más claro de esta situación serían las C.T.D. de la Red del Proyecto Hombre.

De nuevo observamos que tales limitaciones aparecen vinculadas al modelo de C.T.D., para las que son sólo recursos terapéuticos, hay algún tipo de condición de vecindad para el ingreso y que se corresponde con el área de actuación del Programa Asistencial Amplio, en cambio para el resto de C.T.D. estas limitaciones no tienen sentido. El hecho de que las Redes de El Patriarca, Narconon y las Iglesias Evangélicas no antepongan ninguna condición de vecindad a sus ingresos, implica que actúan *sin competencia* en aquellas áreas geográficas

en las que no existen Programas Asistenciales Amplios que incluyan el recurso C.T.D.

En cuanto a la edad mínima de admisión, hay que señalar que la Red El Patriarca admite sujetos de todas las edades y que incluso se plantea y especializa ciertos centros para menores de edad. Sólo otras tres C.T.D. (dos privadas y una de una Iglesia Evangélica) admiten menores de 16 años. Sin embargo la mayoría de las C.T.D. de la Red Pública, así como parte del Proyecto Hombre admiten sujetos entre 16 y 18 años. El resto sólo admiten mayores de 18 años. Algunas C.T.D. citan una edad máxima de admisión (entre 30 y 40 años) basándose en el argumento de que los sujetos de cierta edad no pueden convivir con los jóvenes drogodependientes, afirmación que nos resulta muy sorprendente si pensamos que se está hablando de drogodependientes por el mismo tipo de drogas.

En cambio en cuanto a la admisión de sujetos de ambos sexos o no, el esquema adquiere otro sentido. Todas las C.T.D. de la Red Pública (en teoría), las de Narconon y las del Proyecto Hombre son mixtas, pero ninguna admite parejas y tampoco hijos. La Red El Patriarca es mixta y admite hijos y parejas, aunque por regla general las separa al menos un tiempo. Las otras dos Redes (Evangélicas y Privadas) nos ofrecen un variado surtido de situaciones ya que se dan casos de C.T.D. que admiten sólo varones, otras parejas estables, a veces con hijos y a veces no y, en otras ocasiones mujeres con hijos solas, y existe un proyecto de C.T.D. para mujeres solas.

Para la Red Pública y la del Proyecto Hombre, el ser mixtas tienen que ver con los Programas Asistenciales Amplios que lógicamente atienden a toda la población con independencia de su sexo. Para el resto de C.T.D. el ser mixtas o no, admitir parejas e hijos depende de su perspectiva terapéutica y se realiza desde argumentos de si resulta terapéuticamente positivo o no excluir a las mujeres o imposibilitar las relaciones sexuales estables o inestables, aspecto que será retomado en el punto 8.3.

En cualquier caso puede observarse que la admisión se refiere a mujeres si, o mujeres no, quizás por lo que decíamos en 4.2, lo que implica que las drogodependientes tienen mayores dificultades para acceder a los recursos asistenciales, razón que quizás también explique la aparición de C.T.D. exclusivamente para mujeres (Mandel, 1979).

7.3. Programa de desintoxicación

Del total de C.T.D. de nuestra muestra, un 70% realiza directamente la desintoxicación física frente a un 30% que no la realiza, re-

presentando este 70% de C.T.D. alrededor del 80% de las plazas disponibles en el conjunto de C.T.D., por lo que si suponemos que en 1986 alrededor de 8.500 sujetos ingresaron en C.T.D. (capítulo VIII, apartado 3), más de seis mil sujetos han pasado este año el Síndrome de Abstinencia en una C.T.D.

Por Redes se configuran dos grupos perfectamente claros: por un lado la Red Pública y la del Proyecto Hombre, **NUNCA REALIZAN LA DESINTOXICACION FISICA**, frente a las Redes de Narconon y El Patriarca que **SIEMPRE REALIZAN LA DESINTOXICACION FISICA**, la Red de las Iglesias Evangélicas la realiza en un 75% de las C.T.D y la Red Privada en un 71,4% de ellas. En los casos en los que la C.T.D. realiza la desintoxicación, muy esporádicamente aparece algún sujeto ya desintoxicado, pero todas ellas nos han informado que esta situación es poco frecuente y algunas incluso repiten el programa de desintoxicación.

Las características del Programa de Desintoxicación física dependen de cada Red. En el caso de Narconon se trata de la primera fase del Recorrido de Purificación que en las primeras 72 horas se limita a vitaminas (un producto llamado *Niacina* en concreto), aceite, minerales y una bebida llamada *Cal-Mag*, y control permanente por parte de los especialistas internos, para completarse a partir del tercer día con un progresivo uso de la sauna y realización de ejercicio físico y especialmente los «ejercicios de comunicación». A partir del día 10 comienza el programa terapéutico Narconon. Hay que comprender que este programa es en su conjunto un programa de desintoxicación física porque la sauna tiene como finalidad primordial eliminar los depósitos grasos en los que, según su particular punto de vista, se acumulan los restos de drogas y que hasta no ser totalmente eliminados producen flashes y Síndromes de Abstinencia recurrentes.

Para El Patriarca, la desintoxicación física es un periodo no determinado, depende de la droga, el tiempo, el tipo de consumo y la personalidad del sujeto, y que bajo el concepto de *Sevrage Bloc* se resuelve por medio de un proceso standar en el que interviene la Fitoterapia, Quiroterapia, Balneoterapia y actividad psicomotriz, todo ello bajo la vigilancia permanente de dos exdrogodependientes, los *velas*, que atienden y controlan al sujeto con una tenaz perseverancia.

El resto de C.T.D. que realiza la desintoxicación física utiliza dos métodos distintos, para algunas privadas y una evangélica es un proceso idéntico al que se puede realizar en una unidad de desintoxicación hospitalaria y se realiza esencialmente con fármacos y vigilancia médica. Para la mayoría de las Privadas y Evangelicas, los fármacos están contraindicados y se recurre a la Fitoterapia, masajes, actividad física y es muy frecuente la utilización de placebos para calmar las demandas de los internos.

Resulta cuanto menos curioso constatar que la práctica totalidad de las C.T.D. que realizan el Programa de desintoxicación física señalan la misma cifra de abandonos durante esta fase, concretamente, salvo dos excepciones, el 10% de los ingresados abandona en esta fase.

La existencia o no de un programa de desintoxicación discrimina la fórmula de entrada en la C.T.D. (es decir las primeras 24 horas) que se realiza de acuerdo con tres modelos:

El primero, es el de **INTEGRACION INMEDIATA** en las actividades normales y es típico del Proyecto Hombre, aunque también lo practican ciertas C.T.D. Públicas y Privadas.

El segundo, es el de inclusión en el Programa de Atención al Síndrome de Abstinencia, es decir la puesta en marcha de la **DESINTOXICACION FISICA**, que es típica de El Patriarca y de las otras C.T.D. que realizan este proceso salvo Narconon.

El tercero es el de **PROGRAMA ESPECIAL DEL PRIMER DIA** que se aplica en Narconon y en la mayoría de las Públicas y alguna Privada, y que tiene como finalidad dar una explicación de las reglas, presentar a los otros internos y miembros del equipo, leer y firmar el contrato terapéutico, hacer entrevista clínica, analíticas, visitar las instalaciones, etc., etc... En el caso de Narconon con una cierta intensidad para desviar la atención de los primeros síntomas del Síndrome de Abstinencia. En el caso de esta Red, al día siguiente se pasa al programa de desintoxicación mientras en las otras C.T.D. se pasa a la integración normal en el programa.

Hay que tener también en cuenta que las características de la desintoxicación previa condicionan el ajuste del sujeto a la C.T.D. en los primeros días; por ejemplo no es lo mismo el caso del drogodependiente que ha pasado el Síndrome de Abstinencia en una unidad hospitalaria, que aquel que ha utilizado como método, o el caso que se desintoxica teniendo una plaza ya asegurada, que aquel que comienza a buscarla una vez superado el síndrome.

7.4. Voluntariedad y motivación

La absoluta totalidad de las C.T.D. exigen como condición previa al ingreso en la misma la voluntariedad del sujeto, tanto en lo relativo al ingreso en sentido estricto como a la aceptación de las normas que rigen la vida de la C.T.D.. Sólo el ingresado voluntariamente es aceptado y en ocasiones se señalan como causas de exclusión la existencia de factores externos que mediaten esta decisión.

Sin duda hay una cierta gradación en cuanto a lo que se entiende por voluntad, en un extremo del cual se situaría la Red El Patriarca,

así como algunas C.T.D. privadas que admiten una serie de fórmulas de presión externa como incitadoras de la decisión (presiones y amenazas familiares, judiciales, sociales o ambientales en general) y en el otro la Red del Proyecto Hombre para la que la fase previa a la C.T.D. ha sido una permanente demostración de voluntariedad, y motivación, por parte del candidato, y que si no ha superado, es decir ha recaído, no puede ingresar en la misma.

El hecho de que la C.T.D. realice la desintoxicación física o el sujeto ingrese ya sin Síndrome de Abstinencia es clave para comprender esta gradación, ya que la mayoría de las C.T.D. que realizan la desintoxicación física establecen, en ocasiones incluso en el Contrato Terapéutico, como tendremos ocasión de comprobar, la posibilidad de presiones para que el sujeto permanezca contra su voluntad en la C.T.D. durante este periodo, lo que significa que la posible voluntariedad está condicionada en el momento del ingreso, y durante un periodo que va de diez días a dos semanas, a la interpretación que le den los responsables de la C.T.D.

En cualquier caso la voluntariedad va unida a la posible motivación, y todo el mundo parece estar de acuerdo en que la condición de voluntariedad es sólo un criterio ético que debe medirse en términos de motivación, es decir hay un umbral mínimo de motivación a partir del que la voluntariedad está ya presente y por tanto la intervención de la C.T.D. aparece justificada.

Así se comprende entonces la emergencia de dos posturas contrapuestas, la primera presupone que la motivación es algo que se crea durante el proceso de intervención (*un drogodependiente nunca se motivará por sí mismo, es necesario crear las condiciones ambientales y personales adecuadas para que aparezca una auténtica motivación*) y la segunda que la motivación surge espontáneamente cuando las condiciones objetivas del proceso de dependencia así lo permiten, es decir la motivación aparece de acuerdo con lo previsto en la *teoría de la maduración objetiva* (Maddux y Desmond, 1980)

La primera postura se da esencialmente entre las C.T.D. sin equipos terapéuticos profesionales, que realizan directamente la desintoxicación física, e implica una poderosa carga de *voluntarismo espontaneista* típico de aquellos que han superado sin ayudas terapéuticas la situación de dependencia. La segunda postura aparece esencialmente entre las C.T.D. con equipos profesionales y especialmente en el Proyecto Hombre y representa por sí misma una incongruencia que hemos analizado en otros textos (Comas, 1987).

Desde nuestra perspectiva, la motivación, y por tanto la voluntariedad, son ambiguas y ambivalentes. Para el drogodependiente, ingresar en la C.T.D. es imprescindiblemente un *quiero pero no puedo*

que se manifiesta en una cascada de actitudes contradictorias que se reflejan en la adopción explícita de expresiones de aceptación o rechazo a la C.T.D. según el momento. Sin duda el Síndrome de Abstinencia produce una acumulación de expresiones, y actitudes de rechazo, que conduce a las C.T.D. que realizan la desintoxicación a plantearse la necesidad de forzar al sujeto para que se quede.

Esta ambivalencia ha sido descrita claramente por algunos autores: *«su demanda, es una exigencia de REPARACION mágica, que arregle lo que él ha desarreglado. Acogiéndonos a su frase típica, nadie me pidió permiso para traerme al mundo, la granja representa para él un renacimiento voluntario, aun a pesar de la ambivalencia inicial. Esta ambivalencia es uno de los problemas centrales del tratamiento»* (Fernandez March et al, 1984), y a nuestro entender ESTA SIEMPRE PRESENTE, tanto en los drogodependientes como en los equipos y conduce a la toma de las dos posturas que hemos señalado antes. En un caso se presiona para evitar el abandono cuando la negación aflora y en otro sólo se atiende a los sujetos que manifiestan permanentemente una actitud no ambigua, siendo cada una de las posturas el resultado de las condiciones objetivas del modelo de C.T.D.

Parece lógico presuponer que si la ambivalencia es permanente, un mecanismo terapéutico adecuado será aquel que consiga reducir las actitudes de abandono frente a aquel que realice presiones para impedir que se hagan realidad, pero al mismo tiempo también será el adecuado aquel que reconozca la ambigüedad, se perciba a sí mismo como generador de motivación y no exija a los sujetos un teórico *haber tocado fondo* para realizar la intervención.

8. LA DINAMICA INTERNA DE CONVIVENCIA Y PARTICIPACION

8.1. *Contrato terapéutico y reglamento de régimen interior*

8.1.1. *Concepto y características*

El CONTRATO TERAPEUTICO es un instrumento tradicional en la dinámica de las C.T.D. y se supone que sirve para que los candidatos a internos asuman voluntariamente una serie de normas que, expuestas en toda su crudeza, permiten reafirmar, o rehuir, la decisión de integrarse en la C.T.D. siendo así una medida, y un control, de la intensidad de la motivación que ha posibilitado la decisión. Desde nuestra perspectiva las funciones esenciales del Contrato Terapéutico son dos, la primera es la aceptación por parte del sujeto de una normativa más o menos rígida pero en todo caso muy distinta del estilo de vida que como drogodependiente ha practicado, la segunda, simbólica, representando un autocompromiso que inevitablemente tiene que adoptar en función de las normas que se ha comprometido a respetar.

Pero existen muchos tipos de Contratos y, aunque la mayoría son unos instrumentos puramente terapéuticos e informales, en al menos cuatro C.T.D. (CT-22, CT-22, CT-40 y CT-44), tres Privadas y una Pública, es un Contrato Privado formal con claro valor jurídico.

No todas las C.T.D. obligan a la firma de un Contrato Terapéutico, e incluso las Redes Narconon y El Patriarca carecen de un documento general para aplicar sistemáticamente, pero aun en estos casos, en ocasiones se firman documentos sobre cuestiones económicas o en torno a posibles responsabilidades que podrían considerarse como Contratos Terapéuticos con un bajo nivel de formalización. Sólo una C.T.D. de la Red Privada (CT-15) ha informado que no exige bajo ningún concepto la firma de un Contrato.

El Contrato, en los casos que existe, se entrega y se firma o bien antes de entrar (37,5%), en el momento del ingreso (50%) o bien unos días después (12,5%). El formato del Contrato es el de un documento escrito que se firma y en ocasiones se conserva una copia, lo que se produce en el 70% de las C.T.D. (la mayoría de las Públicas y Privadas), en otras ocasiones se concierta una entrevista personal en la que se da lectura al documento y hay una aceptación moral, esto supone el 23,3% de los casos (el Proyecto Hombre y algunas otras) y finalmente un formato mixto en los que el acto de lectura y aceptación pública de las normas se completa con la firma del documento en un 6,6% de las C.T.D. que lo exigen.

Se solicitó copia del Contrato Terapéutico para poder analizar su contenido, obteniéndose 19 modelos de las distintas C.T.D. (18 de la muestra y uno más de una C.T.D. que no contestó al cuestionario y

por tanto no se ha incluido en la investigación pero que a este nivel nos ha parecido importante considerar). Tales modelos corresponden: 7 a la Red Pública, 9 a la Red Privada, 1 al Proyecto Hombre y 2 a las Iglesias Evangélicas.

Un primer análisis de su contenido nos ha permitido clasificar estos contratos en cuatro tipos según el grado de implicación que adopte cada C.T.D. en el mismo.

- a) El modelo más general no menciona ningún tipo de implicación y se limita a señalar derechos y deberes de los internos o sus familiares.
- b) Algunas C.T.D. plantean la necesidad del Contrato como una oferta que se le hace al sujeto para superar su drogodependencia, presuponiendo que esto tiene ya un valor por sí mismo.
- c) Los Contratos Terapéuticos de la Red de las Iglesias Evangélicas se plantean como el primer paso de un compromiso del sujeto con las creencias religiosas de tipo bíblico y se justifican porque al drogodependiente se le ofrece una posibilidad, un camino, que cubra sus necesidades espirituales.
- d) Sólo tres C.T.D. Públicas (CT-21, CT-40 y CT-46) utilizan un verdadero Contrato Terapéutico que obliga a ambas partes y no se limitan a los deberes de los internos, sino también a sus derechos y los deberes del equipo terapéutico. En concreto, aunque no todas, citan el derecho a recibir información sobre cualquier cambio que se produzca en la C.T.D. o el programa, poder abandonar la C.T.D. cuando se quiera, no ser objeto de una investigación sin autorización previa, se les detallan los medios materiales y personales con los que se cuenta y los objetivos que se persiguen.

En cuanto al REGLAMENTO DE REGIMEN INTERIOR es un instrumento que recoge las normas de funcionamiento de la C.T.D. en lo relativo a derechos y obligaciones de los pacientes y en especial las prohibiciones y las consecuencias de su trasgresión.

Dejando aparte la Red El Patriarca que si bien, obviamente, tiene una serie de normas internas no existe un documento que en nombre de la Asociación las resuma, la casi totalidad (91,4%) de las C.T.D. de las otras Redes tienen Reglamento de Régimen Interior y hemos recibido copia de 22 de ellas repartidas como sigue: 7 Públicas, 4 de las Iglesias Evangélicas, 10 Privadas y 1 de Narconon.

Resulta significativo que las normas del Reglamento de Régimen Interior se den a conocer, al drogodependiente, de muy distintas formas a la vez, concretamente un 71,4% de las C.T.D. proporcionan una copia por escrito, pero además un 82,8% realizan una o varias comunicaciones personales donde relatan este contenido, y otro 57,1%

las repiten de vez en cuando, así como cualquier modificación, en las asambleas de pacientes.

En cuanto a su contenido todos los Reglamentos obedecen al mismo patrón: detallar las normas de funcionamiento y las obligaciones de los internos; en ocasiones estas normas se refieren exclusivamente a los Items que citaremos en el apartado siguiente (8.1.2), pero en algunos casos aparece un desarrollo planificado de las actividades y sus horarios con cuestiones como horario y tiempo para hacer la cama, orden en el ropero, hora de silencio, sistema de rotación en la cocina, etc...

8.1.2. Contenido de los documentos

El análisis de los 41 documentos obtenidos ha sido realizado conjuntamente por cuanto la mayoría de los Items considerados aparecían en ocasiones en el Contrato Terapéutico y en ocasiones en el Reglamento de Régimen Interior, e incluso en una misma C.T.D. las mismas cosas se repetían en uno y otro documento. Hay una serie de excepciones a esta regla general de que todo es intercambiable entre ambos tipos de documento, por ejemplo el tema de las obligaciones entre las partes, que aparece en las 4 C.T.D. citadas más arriba, que sólo se indica en el Contrato Terapéutico, o el tema de la contraprestación económica que aparece en siete C.T.D. de la Red Privada y dos Evangelistas exclusivamente en el Contrato Terapéutico, o ciertas normas como las que se indican en los puntos 32 y 33 del listado que desarrollamos a continuación y que solo aparecen en Reglamentos de Régimen Interior. Pero tales excepciones no impiden la realización de una análisis conjunto del contenido de ambos documentos.

Para no tener que relacionar una lista infinita de Items nos hemos limitado a señalar sólo aquellos que aparecen al menos en dos C.T.D. distintas, ya que hay reglamentos de Régimen Interior extraordinariamente complejos y largos, creemos que fruto de ir creando normas e incluyéndolas en el mismo cada vez que se produce un problema. También hemos excluido todos los Items referidos al funcionamiento concreto de la C.T.D. es decir las actividades y horarios.

Veamos cuales son los Items que en estas condiciones aparecen en la documentación:

- 1) Aceptación voluntaria del aislamiento (15 Contratos y 4 Reglamentos).
- 2) Durante el primer mes (o un periodo mayor) no se puede abandonar la C.T.D. y/o recibir visitas y salir (7 Contratos y 9 Reglamentos).
- 3) El tiempo de permanencia lo determinará el equipo terapéutico en función de la evolución (7 contratos, uno de ellos de la Red Pú-

- blica incluye cuales son los criterios del equipo), o bien el tiempo de permanencia aparece prefijado (3 Contratos y 2 Reglamentos).
- 4) Hay que cumplir todas las normas imperantes en la C.T.D. y las instrucciones que proporcionan los responsables o el equipo terapéutico (17 Contratos y 7 Reglamentos, es decir la casi totalidad de C.T.D. que nos han remitido algún documento).
 - 5) Condiciones económicas del internamiento (9 Contratos), en los que aparece el recibí del primer pago (4), el compromiso de futuros pagos (5), la responsabilidad de otros gastos (4), la imposibilidad de reclamar cantidades si se abandona la C.T.D. antes de que concluya el periodo pagado (4) y la posibilidad de ejercer dicha reclamación (1).
 - 6) La opción a ser trasladado a otro centro por razones terapéuticas (2 Contratos y 2 Reglamentos).
 - 7) La obligatoriedad de participación por parte de la familia en el programa (7 Contratos), en 2 de las C.T.D. esta participación se refleja en un documento contractual independiente en el que aparecen una serie de obligaciones relativas a visitas y comunicaciones, a disponibilidad de dinero por parte del interno y la necesidad de acudir a los grupos de terapia familiar, en uno de los documentos aparecen además cuestiones como la duración del tratamiento, el control de las relaciones sexuales, el no poder entregar paquetes y las obligaciones familiares durante las salidas, y en el otro la reducción del consumo de drogas legales en la familia. Existen además 2 modelos de autorización familiar para el internamiento de menores.
 - 8) Se dan a conocer las deficientes condiciones materiales de la C.T.D. y se aceptan (2 Contratos).
 - 9) Normas sobre régimen de visitas y salidas (10 Contratos y 7 Reglamentos).
 - 10) Normas sobre higiene personal, limpieza y orden en las pertenencias propias y cuidado en los enseres e instalaciones de la C.T.D. (5 Contratos y 9 Reglamentos).
 - 11) Se acepta que no se van a utilizar fármacos en la desintoxicación (2 Contratos).
 - 12) Se prohíben las relaciones sexuales sólo durante un cierto periodo de tiempo y/o en ciertos lugares u ocasiones (2 Contratos, 4 Reglamentos).
 - 13) Se prohíben totalmente las relaciones sexuales (3 contratos, 8 Reglamentos).
 - 14) Aceptación genérica de horarios y actividades (8 Contratos, 13 Reglamentos).
 - 15) No se puede manejar dinero dentro de la C.T.D. (9 Contratos y 5 Reglamentos).
 - 16) Hay que entregar toda la documentación personal (3 Contratos y 2 Reglamentos)

- 17) No se puede consumir ningún tipo de droga, alcohol o fármacos (14 Contratos y 11 Reglamentos), uno de los reglamentos cita explícitamente el agua de colonia y el alcohol para desinfectar que puedan tener los internos entre sus pertenencias.
- 18) Se prohíbe fumar (3 Contratos y 3 Reglamentos).
- 19) Se establecen normas sobre el tabaco (6 Reglamentos).
- 20) Se prohíbe cualquier tipo de violencia (6 Contratos y 9 Reglamentos).
- 21) Se menciona la prohibición de robar o hurtar (3 Contratos y 2 Reglamentos).
- 22) Se prohíben las armas (3 Contratos y 2 Reglamentos).
- 23) Se prohíbe abandonar el recinto sin autorización (8 Contratos y 11 Reglamentos).
- 24) Se comprometen u obligan a tener que realizar Controles Analíticos (6 Contratos y 3 Reglamentos).
- 25) Se comprometen u obligan a aceptar la medicación que les prescriban (1 Contrato y 3 Reglamentos).
- 26) Se señala el sistema de sanciones en relación a la trasgresión de las prohibiciones (7 Reglamentos).
- 27) Se impide el uso libre de los medios de comunicación con especial mención al teléfono (7 Contratos y 9 Reglamentos), en 5 casos se señala que la correspondencia sera abierta y leída y en otro que se comprobará que no incluye ninguna droga.
- 28) No se permite recibir paquetes del exterior (2 Contratos y 3 Reglamentos).
- 29) El contenido de los paquetes será repartido entre los internos (2 Reglamentos).
- 30) Se van a realizar registros y hay que aceptarlos y colaborar en los mismos (5 Contratos y 8 Reglamentos).
- 31) Se prohíbe la entrada en ciertas dependencias (2 Reglamentos).
- 32) Se prohíbe blasfemar, hablar de drogas y utilizar el lenguaje típico de los drogodependientes (3 Reglamentos).
- 33) La música, la literatura pornográfica, los aparatos de música particulares, los vehículos particulares, las lecturas no autorizadas, los juegos de azar y los posters se prohíben en una serie de Reglamentos al menos 2 veces.
- 34) Se obliga a la participación en actos religiosos (3 Reglamentos).
- 35) Al menos en 2 Contratos se exigen compromisos en torno a los siguientes temas:
 - No tener obligaciones penales pendientes.
 - Eximir a la C.T.D. de daños y perjuicios.
 - No padecer una serie de enfermedades infecciosas.
 - No estar embarazada.
 - Someterse a un «tratamiento de Control de natalidad».

8.1.3. Utilidad y función

Para algunos autores (Etzioni, 1976) una institución total como las C.T.D. sólo podría funcionar eficazmente si combina tres tipos de control, el control simbólico, el físico y el material, el primero es un tipo de control que se basa en la norma aceptada voluntariamente (nivel del Contrato Terapéutico), el segundo en la posibilidad de aplicar algún tipo de coerción sobre los sujetos (nivel del Reglamento de Régimen Interior), y el tercero se fundamenta en factores utilitarios y formales (como son el espacio, aislamiento e imposibilidad de adquirir bienes y servicios en la C.T.D.). En cualquier caso el poder coercitivo y el utilitario podrán fallar y la institución seguir funcionando, pero no así el control simbólico que resulta imprescindible. Eso vendría a significar que la adhesión a lo que significa el Contrato Terapéutico ejerce una función primordial para la buena marcha del sujeto dentro de la C.T.D.

La firma del Contrato implica una aceptación voluntaria, para la que hay suficiente motivación, de las normas constitucionales de la C.T.D., lo que implica un elemento de cohesión entre los internos MIENTRAS CONTINUEN EN LA INSTITUCION, que reforzado por la preselección realizada por el equipo, -o el Programa Asistencial Amplio-, configura un grupo en el que las ideas, terapéuticas o no, tienen una fácil penetración, siempre que sean coherentes con esta carta fundacional. Y esto es lo que persiguen las C.T.D.: lograr un máximo de consenso en torno a sus objetivos. Y es también lo que explica que a pesar de estar permanentemente reunida en la C.T.D. una población extraordinariamente conflictiva, los problemas no suelen ser muchos. En cambio esta misma población reunida en una cárcel y sometida a un control sólo físico y material genera un grado de conflictividad muy fuerte. ¿Sólo porque en un caso la *admisión* ha sido obligada y en el otro voluntaria? No lo creemos y pensamos y creemos más bien que es la permanente retroalimentación de las fórmulas de control simbólico las que posibilitan esta realidad.

Se confirma así lo dicho en el capítulo II sobre el rol alternativo que juegan las C.T.D. frente a las Instituciones Penitenciarias en ciertos países, en los que son consideradas una fórmula más eficaz de internamiento. Y esta eficacia se sitúa en la adhesión voluntaria al Contrato Terapéutico.

Hay que considerar además que este control simbólico debe completarse con una adecuada *Organización Interna*, de ahí el hincapié en normas de convivencia, horarios, obligaciones, etc. Una mejor organización interna refuerza la cohesión y por tanto produce un feed-back positivo sobre el nivel simbólico, y es en esta estructura donde la permanente contradicción de la C.T.D. emerge de nuevo: a mayor orga-

nización, mayor «cristalización de los roles» (Basaglia, 1976) y por tanto mayores dificultades para «vivir las contradicciones de lo real», lo que equivaldría a una mayor libertad (que implica una posibilidad de consumo) que sabemos resulta incompatible con el rol totalizador y terapéutico de la C.T.D. En cualquier caso no afirmamos que una «mayor organización» signifique necesariamente prescindir del «rol activo del paciente» sino que puede darse incluso un proceso de mutuo refuerzo.

Pero no sólo esto, ya que como hemos ido viendo el grado de aceptación de la C.T.D. y sus programas es un predictor del éxito, se produce un cierre cognitivo, que reflejábamos en el capítulo V: Para curarse uno tiene que creerse que su C.T.D. es la mejor y las más eficaz, las dudas producen recaídas.

8.2. Actividades prohibidas y sanciones aplicadas

Al analizar el contenido del Contrato Terapéutico y del Reglamento de Régimen Interior hemos señalado una serie de prohibiciones e indicando las más frecuentes, pero podemos dar un paso más y cuantificar porcentualmente el número de C.T.D. que prohíben una serie de actividades y los efectos que produce su trasgresión. Como tales datos los hemos obtenido del Cuestionario, se refieren al conjunto de C.T.D. excluida la Red El Patriarca. En la primera columna del cuadro de la página siguiente aparece descrita la actividad, en la segunda (1) se refleja el porcentaje de C.T.D. que la prohíben, en la siguiente (2) el porcentaje de C.T.D. que castigan la trasgresión con una posible o segura expulsión y finalmente (3) el porcentaje de C.T.D. que castigan la trasgresión con alguna sanción o corrección que no llega a la expulsión. Los guiones significan que no ha lugar a ningún tipo de castigo.

No hemos podido discriminar un modelo de prohibiciones por cada una de las Redes, ni tan siquiera para las que constituyen un mismo modelo y, conforman una organización más amplia (Proyecto Hombre y Narconon) lo que quizás signifique que a este nivel hay una cierta autonomía de los responsables de cada C.T.D. salvo en lo que se refiere a trasgresiones graves que implican la expulsión en cuyo caso las diferencias entre redes son mínimas.

Sin embargo, a fin de intentar valorar el grado de permisividad de cada una de las Redes, se ha determinado el número medio de prohibiciones por cada C.T.D. que ha resultado ser de 10,3 y se ha comparado con el número medio por C.T.D. en cada una de las Redes, resultando que la Red menos permisiva es la Pública con una media de

ACTIVIDAD	(1)	(2)	(3)
—Consumo de Cannabis	100%	62,8%	37,2%
—Consumo de Alcohol	100%	57,1%	42,9%
—Consumo de Tabaco	14,3%	8,5%	5,8%
—Fármacos sin receta	94,2%	45,7%	48,5%
—Seguir estudios oficiales.....	5,7%	—	—
—Trabajo remunerado	34,2%	—	—
—Uso teléfono sin control	80,0%	8,5%	57,1%
—Uso controlado del teléfono	5,7%	—	—
—Adquirir bienes y servicios de otros internos	74,2%	17,1%	31,4%
—Dinero propio	80,0%	5,7%	48,5%
—Recibir paquetes	11,4%	—	5,7%
—Relaciones Heterosexuales	60,0%	25,7%	17,1%
—Relaciones Homosexuales.....	65,7%	31,4%	22,8%
—Visita de familiares.....	28,5%	—	5,7%
—Visita de amigos	37,1%	2,8%	14,2%
—Violencia controlada.....	74,2%	34,2%	28,5%
—Música, TV fuera de horas	80,0%	—	42,8%
—Pasear a solas.....	8,5%	—	8,5%
—No acudir a asambleas	82,8%	—	51,4%

12,3, y la más permisiva la Privada con 9,1. El Proyecto Hombre con 11,8, las Iglesias Evangélicas con 11,2 y Narconon con 10,5 se mueven entre ambos extremos. No es un indicador muy significativo pero puede orientarnos, especialmente si recordamos que la opinión general del colectivo de afectados (capítulo V) es que las Públicas son *blandas* y las demás mucho más *duras*. Vana ilusión producida por el espejismo de caminatas y mucho trabajo que se contradice con la realidad de una intervención mucho más estructurada y en este sentido mucho más *dura*.

En cuanto a las prohibiciones en sí, distinguimos cuatro áreas significativas, en primer lugar la relativa al consumo de drogas, en la que no figura el consumo de la droga causante de la dependencia porque esta no es una actividad prohibida sino que significa un fracaso terapéutico que siempre se resuelve con la expulsión, es decir no es una norma, sino un determinante del propio proceso, aunque en algunos casos y dependiendo del sujeto la expulsión puede ser sólo provisional y ser remitido al Programa Asistencial Amplio cuando lo hay. La rigidez de criterios en el caso de recaída se debe a la propia estructura y sentido de las C.T.D. en su condición de incompatibles con el consumo de la droga causante de dependencia y obviamente produce el efecto de que no exista un mecanismo de atención a las recaídas mientras se está dentro de la C.T.D.. Esto tiene que ver, sin duda, con el

hecho de que las prohibiciones más frecuentes tengan que ver con el consumo de otras drogas como Cannabis, Alcohol y Fármacos que aparecen prohibidas y son motivo de expulsión en muchas C.T.D. Por otra parte el Tabaco se prohíbe en algunas C.T.D., aunque en la mayoría se obliga a un consumo controlado, por ejemplo un paquete al día, o existen zonas de no fumadores, etc... En general el tema del tabaco y del alcohol son dos de las fuentes de conflictos más frecuentes en las C.T.D., ya que la necesidad de su prohibición no suele ser sentida por los internos, pero casi todas las C.T.D. piensan que la abstinencia a todas las drogas (o el control del consumo de tabaco) es necesaria y en realidad se utiliza el conflicto permanente con el tabaco como una fórmula para evitar conflictos con otras drogas, cuando el conflicto se traslada al alcohol es un síntoma de mayor gravedad que exige una intervención más decidida, el cannabis sería otra barrera y así sucesivamente.

La segunda categoría de prohibiciones se refiere a la falta de participación en la marcha cotidiana de las actividades en la C.T.D., y al descontrol individual del sujeto dentro de la misma, por ejemplo con actividades como no acudir a las asambleas, dedicarse a escuchar música, llamar por teléfono por su cuenta, tener dinero propio, conseguir mediante pago bienes y servicios de otros internos, etc... configuran un cuadro de trasgresiones que conducen al descontrol institucional e impiden un desarrollo ordenado tanto de las diferentes actividades que el interno debe realizar como de las intervenciones terapéuticas.

La tercera categoría de prohibiciones se refiere a la violencia, e implica, tras el consumo de drogas, la segunda frecuencia en porcentaje de C.T.D. que decretan la expulsión para esta trasgresión, lo que vendría a significar que los actos de violencia no son desconocidos en las C.T.D. pero que se cortan de raíz porque el aceptarlos sería tan grave como permitir el consumo de drogas. La posible razón de esta rigidez estribaría en que la violencia puede introducir en las C.T.D. una lógica de poderes que restrinja el discurso de la eficacia y consistencia del equipo terapéutico o de los responsables.

Finalmente la cuarta categoría de prohibiciones hacen referencia a las relaciones sexuales, que es también uno de los temas que genera más conflicto y polémicas en las C.T.D., sólo que en este caso a nivel de los responsables y de los equipos terapéuticos, ya que hay un porcentaje significativo de C.T.D. que las autoriza, al que deberíamos añadir toda la Red El Patriarca, frente a otro importante porcentaje que las prohíbe y en la que es motivo de expulsión.

Las relaciones heterosexuales están prohibidas en las Redes de Narconon, Proyecto Hombre e Iglesias Evangélicas, en la Red Pública son mayoría (6 sobre 9) las que las prohíben, y en la Red Privada son ma-

yoría (11 sobre 14) las que las permiten (sobre el total de las que nos han facilitado este dato).

La polémica se articula en torno al argumento de que la C.T.D. es un recurso terapéutico que debe preparar a la normalización, y que en la sociedad las relaciones sexuales no exclusivas son algo normal, especialmente entre la población acogida en las C.T.D., frente a ello se argumenta que la relación sexual se interfiere sobre el proceso terapéutico e imposibilita un control eficaz del conjunto de internos, sobre este argumento se alega que la prohibición genera angustia y que ésta es terapéuticamente negativa, y así sucesivamente.

En nuestra opinión la polémica sobre las relaciones sexuales enmascara otras realidades que van desde diferencias teóricas en los profesionales de las distintas C.T.D., al hecho de que las C.T.D. Públicas se plantean una imagen muy concisa, por razones institucionales, de su intervención terapéutica frente a las de la Red Privada que manejan una imagen más *moderna* de sus prácticas terapéuticas. En realidad las tres Redes que prohíben las relaciones sexuales lo hacen más por razones ideológico-morales que prácticas, y lo mismo pero a la inversa podríamos decir de El Patriarca que está en parte dirigida por sujetos que en su día participaron en los movimientos contraculturales de este país.

Todas las C.T.D. que prohíben las relaciones heterosexuales prohíben también, lógicamente, las homosexuales, y el hecho de que el porcentaje de prohibición sea superior significa simplemente que hay una serie de C.T.D. con sólo varones para las que la primera prohibición no resulta pertinente.

8.3. La dinámica de los programas

8.3.1. Tiempo medio de duración

El tiempo medio de duración de los programas fue un dato de difícil elaboración, a pesar del planteamiento de partida ya que en el cuestionario se pedía que nos facilitaran este dato por cada una de las fases en las que se dividía el programa y sin embargo apenas se pudo realizar una aproximación a la duración total del programa. En una gran medida esto se debía a que UNA COSA ES LA DURACION TEORICA DEL PROGRAMA Y OTRA MUY DISTINTA LA DURACION REAL, ya que salvo en ciertas C.T.D. de la Red Pública que tienen un tiempo máximo de permanencia, en el resto, este dato varía enormemente en función de diversas condiciones objetivas (económicas, administrativas, laborales, etc., etc...), así como por las propias características de ciertos internos o de grupos de los mismos que

producen reducciones o incrementos temporales de alguna de las fases del programa. Incluso el Proyecto Hombre, el más claramente estructurado en fases y con una duración prevista de las mismas, nos hemos encontrado con la sorpresa de respuestas distintas a este nivel debidas fundamentalmente a diferencias en la antigüedad y a obligaciones vía convenio con administraciones públicas de algunas C.T.D. de esta Red.

A pesar de ello hemos podido concluir que el tiempo de estancia medio teórico para ser dado de alta es de 12-18 meses en El Patriarca y 11,6 meses en el conjunto de las otras Redes, siendo la de más corta duración Narconon (3 a 4 meses), y la más larga la Red Privada (12,7 meses de media con una distribución entre 1,5 meses y 18 meses), muy cerca de la cual estaría el Proyecto Hombre (con 12 meses teóricos de permanencia en la C.T.D.) y mucho más alejada la Red Pública (con 6,3 meses de media y un mínimo de 3 meses y un máximo de 12). En cuanto a la Red de las Iglesias Evangélicas en el caso de las C.T.D. específicas hay programas entre 3 y 12 meses en las mismas C.T.D., y en cuanto a las inespecíficas de esta misma Red se supone que el programa es un proyecto de vida con proyección a la eternidad.

Aparte del tiempo de duración del programa en la C.T.D. para aquellas Redes que dependen de un Programa Asistencial Amplio tenemos que considerar el tiempo de permanencia en dicho programa antes del ingreso en la C.T.D., habiendo podido observarse que además de la Red del Proyecto Hombre en la que se exige una permanencia de 12 meses en el programa ambulatorio previo a la C.T.D. (aunque esto ya es incierto), existe una gran variedad de situaciones tanto en la Red Pública (entre 45 y 120 días) como en la Privada (entre 15 y 60 días) y más si contabilizáramos la *vuelta* al Programa Asistencial Amplio, cuestión sobre la que los datos de que disponemos no son nada claros ni concluyentes.

En los estudios empíricos parece existir una relación positiva entre mayor tiempo de duración y permanencia en un programa y resultados a nivel de reinserción (Stensno, 1985; Romond, 1975; Cuskey, 1979), relación tautológica si consideramos que la mayoría de estos estudios se han hecho considerando sólo las altas al final del programa y sin tener en cuenta el índice de sobreabandonos como consecuencia de la mayor duración del programa y la selección que implica una más larga duración. Sin duda esta inferencia que ha alcanzado ya el status de un tópico es uno de los más claros ejemplos de los disparates metodológicos a las que conduce la *ceguera deductivista*, ya que habría que repetir todos estos estudios con *ingresados en la C.T.D.* para comprobar el resultado de la duración de los programas sobre toda esta población, no sólo sobre los dados de alta.

En cualquier caso una de esas recopilaciones empíricas (Romond,

1975), señala también un hecho interesante que hemos contrastado cualitativamente con entrevistas a responsables y terapeutas, el abandono no significa casi nunca una recaída en los términos en los que se situaba el drogodependiente antes de iniciar el tratamiento sino que adquiere una serie de informaciones, habilidades y valores que le colocan en una mejor situación personal y que posibilitan que un nuevo tratamiento se realice prácticamente a partir de la situación evolutiva en la que quedó el anterior, lo que vendría a significar que cuanto más larga es la permanencia en el programa antes del abandono mejor es la situación del sujeto aunque haya recaído.

Desde nuestra perspectiva la posible relación entre tiempo y eficacia no es directa sino que depende del modelo de la C.T.D. y en especial de la *calidad psicoterapéutica de la misma* (Stensno, 1985), para una C.T.D. en la que la intervención psicoterapéutica esté reducida al mínimo necesitará muchos meses de internamiento para *reconvertir al sujeto*, en cambio una C.T.D. con un buen equipo psicoterapéutico puede realizar esta labor en unos pocos meses.

La duración también tendrá que ver con las características personales del sujeto y en este sentido hay que obviar un poco las duraciones standard. Cuskey en una evaluación clásica obtiene por ejemplo el resultado de que para las mujeres con hijos es más conveniente un programa de sólo 4 meses de duración que uno de 9 meses (Cuskey, 1979).

8.3.2. Altas, abandonos y expulsiones

8.3.2.1. Una hipótesis operativa sobre el tiempo medio de permanencia

Se preguntó a las C.T.D. por el número de ingresos, altas, abandonos y expulsiones durante 1985 y los seis primeros meses de 1986 con los siguientes resultados sobre el total de ingresados en cada periodo:

	1985	1986
Altas.....	41,0%	45,0%
Abandonos.....	34,0%	32,2%
Expulsiones.....	14,5%	13,6%

Según tales datos a 31 de diciembre quedarían un 10,5% y a 30 de junio un 9,2% de los ingresados en cada periodo, cantidades que traducidas en número de plazas representan alrededor de un tercio de las plazas disponibles de las C.T.D. que nos comunicaron este dato. Este

desajuste se produce porque tanto las altas como los abandonos y expulsiones no se refieren a los ingresados en este periodo sino a la suma de los ingresos efectuados más los internos que ya estaban en la C.T.D. al iniciarse los correspondientes periodos.

En el capítulo XIII hacemos unas propuestas de evaluación por cohortes que tienen como finalidad posibilitar la medida real de estos datos, pero aquí hemos construido un modelo matemático para establecer una relación entre el número de plazas, el de ingresos y la evolución de los mismos en un periodo anual típico. Si consideramos que el número de plazas ocupadas al inicio del periodo era del 75% (ver capítulo III) de las disponibles en el conjunto de C.T.D. que nos han proporcionado los datos (514) y le añadimos el número de ingresos en cada uno de los periodos obtendremos el número de sujetos que han pasado por la C.T.D. en dicho periodo sobre el que calcularemos de nuevo las cifras de altas, abandonos, expulsiones y sujetos que quedan con el siguiente resultado:

	1985	1986
Altas.....	30,1%	30,6%
Abandonos.....	26,4%	21,9%
Expulsiones.....	10,7%	9,2%
Quedan.....	32,8%	38,3%

Cifras que no son más que una hipótesis aproximativa pero que nos permiten predecir que el número de sujetos que ingresan al año en las C.T.D. es el triple del número de plazas disponibles en las mismas y que de este conjunto de sujetos obtienen el alta un tercio de los mismos, mientras que otro tercio abandona o es expulsado y otro tercio es el que permanece en un momento dado ocupando las plazas.

Datos similares se deducen a partir del tiempo medio de duración de los programas, 11,7 meses que viene a coincidir con el resultado de que el número de plazas disponibles equivale al número de altas que se producen en el programa durante un año. En cuanto a los Resultados de El Patriarca si tomamos los resultados de las *salidas* de esta Red en el periodo enero-octubre 1986 nos encontraremos con una estructura similar:

Altas (más de 12 meses).....	27,2%
De 6 a 12 meses.....	22,7%
De 3 a 6 meses.....	20,9%
De 1 a 3 meses.....	22,1%
Menos de 1 mes.....	7,1%

Estos datos señalan que, como hipótesis operativa, y mientras no se desarrollen los mecanismos generales de evaluación previstos en el capítulo XII, el número de sujetos que ingresaron en C.T.D. en el ejercicio 1986, fue de unos 8.500, y en el mismo periodo se recibieron unas 2.800 altas por haber concluido el programa, mientras otros tantos sujetos abandonaron las C.T.D. (lo más seguro para recaer) e igual número permanecía a fin del ejercicio interno en las distintas C.T.D. Este dato no significa que hay que acumular los 8.500 casos atendidos en las C.T.D. a los tratados en unidades de desintoxicación o programas ambulatorios, ya que algunos sujetos pueden haber sido cuantificados en diferentes momentos de un Programa Asistencial Amplio.

8.3.2.2. Causas de abandonos y expulsiones

En el Cuestionario planteabamos en forma abierta las causas de abandonos y expulsiones y el porcentaje de cada causa sobre el total tanto de abandonos como expulsiones. Pudimos obtener datos sobre cuales eran las principales causas de abandonos (respondieron a esta cuestión el 71,4% de las C.T.D.) y de expulsiones (respondieron a esta cuestión el 57,1% de las C.T.D.) pero no fue posible averiguar cuál fue el porcentaje de internos que abandonaron o fueron expulsados por cada causa debido a la inconcreción de los datos facilitados.

Reagrupando las CAUSAS DE ABANDONO en los cinco conceptos abajo indicados, sobre el total de C.T.D. (salvo la Red El Patriarca) aparecen las siguientes frecuencias de respuesta en orden decreciente.

% de C.T.D. que cita cada causa de abandono sobre el total de C.T.D.	
Falta de verdadera motivación	42,8%
Incapacidad para aceptar Programa	37,1%
Creerse que ya se está bien	14,2%
Falta de apoyo familiar.....	8,5%

Como puede verse, las causas siempre tienen que ver con el sujeto, pero en ningún caso ni con las deficiencias o carencias asistenciales de la C.T.D., ya que parece que la oferta es inatacable y el único problema es que el sujeto no sabe comprenderlo así.

En cuanto a las CAUSAS DE EXPULSION hemos procedido de idéntica manera aunque hayamos tenido mayores dificultades a la hora de agrupar los conceptos, que salvo los tres primeros nos fueron siempre especificados en una forma muy ambigua.

% de C.T.D. que citan cada causa de expulsión sobre el total de C.T.D.	
Agresividad y violencia.....	48,5%
Consumo de drogas	42,8%
Relaciones sexuales	37,1%
Inadaptación	14,2%
Actitudes perjudiciales para el grupo	8,5%
Conductas irracionales.....	8,5%
Irresponsabilidad continua	8,5%
Acumulación de faltas leves	2,8%

Resulta claro que las causas de expulsión obedecen en general a la adopción de actitudes y al desarrollo de conductas que resultan perjudiciales para un adecuado clima de *solidaridad Terapéutica* en las C.T.D., y así hay que interpretar incluso las expulsiones por consumo de drogas y relaciones sexuales.

9. EQUIPO TERAPEUTICO
Y SISTEMA
JERARQUICO

9.1. *El equipo terapéutico*

9.1.1. El concepto de profesional

La profesionalidad o no del equipo es la clave que determina la clasificación de las C.T.D. en profesionales o no profesionales, pero en ningún momento se define claramente en qué consiste ser un profesional cualificado para trabajar en una C.T.D., presuponiéndose implícitamente que la profesionalidad se adquiere mediante una titulación académica adecuada, pero por otro lado entre los propios miembros de estos equipos, que se han definido a sí mismos como profesionales, parece existir un acuerdo unánime en que la titulación académica por sí sola no permite calificar de profesional a un sujeto y capacitarle para trabajar en una C.T.D., y que el acceso a la categoría de profesional se obtiene sólo tras una cierta experiencia de trabajo en una C.T.D.. Aparece así una insuperable contradicción, ya que si es la experiencia la que determina la profesionalidad, todos los no titulados que trabajan en las C.T.D. son profesionales y en teoría, entre ellos podrían conformar un equipo profesional, pero sin serlo porque no tienen la titulación académica necesaria.

Por otro lado hemos oído con frecuencia como ciertos equipos de titulados son calificados como no profesionales o poco profesionales en función del tipo de programa que desarrollan, aunque a otro nivel su C.T.D. se clasifique como *profesional* ya que en el equipo no existen no titulados, ni extoxicómanos.

Por tanto la categoría de profesional se adquiere y se modifica según la posición del sujeto en la estructura y puede ser distinta según la perspectiva desde la que se enfoque. Sin duda el profesional de las C.T.D. es un prototipo de ambivalencia sociológica (Merton, 1980) y la categoría de profesional se define dentro de una subcultura de los *profesionales de las C.T.D.* que codifican los límites de pertenencia y manejan las ambigüedades sin que se produzcan contradicciones que anulen la eficacia del término.

Esto, desde una perspectiva operativa, nos lleva a definir la profesionalidad a partir de este ajuste subcultural y, por tanto NO ES EL INDIVIDUO EL QUE ADQUIERE EL CARACTER DE PROFESIONAL SINO EL EQUIPO, y sólo a través del equipo el individuo mantiene este status; la modificación de status del equipo produce modificación en el status del individuo y el status del equipo depende del punto de vista desde el que se le observe. Esto posibilita que un sujeto (con un título académico o no) que se integra en un equipo profesional, pueda adquirir la experiencia necesaria para alcanzar el status de profesional.

Por tanto no existe una definición formal de profesional, pero sí una categorización informal que proporciona la subcultura de los profesionales de las C.T.D., y que es esencialmente un método de coaptación a través de un mecanismo de aprendizaje. Claro que esta categorización informal no se obtiene sin una serie de condiciones entre las que debemos reseñar como más importantes: primero la necesidad de que en el equipo existan suficientes miembros con titulación académica adecuada, segundo que entre todos posean un mínimo conjunto de tiempo de experiencia de trabajo y tercero que el programa cumpla ciertos requisitos.

Pero además hay que tener en cuenta que la pertenencia de la C.T.D. a una u otra Red determinará la posibilidad de que sus miembros sean calificados de profesionales. Sólo las C.T.D. de las Redes Pública y Privada permiten acceder al status de profesional y de ambas Redes proceden la mayoría de miembros de la Asociación de Profesionales de Comunidades Terapéuticas. Sin duda, por otro lado, las condiciones exigidas que hemos señalado más arriba implican que las C.T.D. con equipos profesionales poseen un nivel de autoexigencia que las diferencia de las otras C.T.D.

9.1.2. Características generales y sociodemográficas

Se ha analizado la estructura y composición de los equipos de las 33 C.T.D. que nos han facilitado datos, lo que nos proporciona una base de 241 sujetos que vienen a representar alrededor del 70% del conjunto de trabajadores del sector, excluida la Red de El Patriarca, en la que unos 300 extoxicómanos poseen el status de *responsable*. Esto significaría que entre 600 y 800 personas trabajan en España en el tratamiento de los drogodependientes en C.T.D. de los cuales la mitad lo hacen en equipos de trabajo exclusivamente formados por extoxicómanos.

La población que nos sirve de base se distribuye por cada una de las Redes en las siguientes cifras:

	Número de sujetos	Plazas por sujeto
Pública	75	3,0
Privada	109	3,7
Narconon	18	9,2
I. Evangélicas	19	7,8
P. Hombre	20	14,5

En la segunda columna aparecen el número de plazas que corresponde a cada miembro del equipo en cada una de las Redes, pudiendo observarse que existen notables diferencias en relación a este dato

y que deben correlacionarse con las características de los distintos programas y el coste de los mismos. En cualquier caso, las altas cifras del Proyecto Hombre tendrían que ver con el hecho de que los sujetos internos en las C.T.D. de dicha Red han pasado ya un programa ambulatorio y asumen una serie de responsabilidades directas que no es posible que realicen los internos de las C.T.D. de las otras Redes.

En relación a las características sociodemográficas, nos cabe señalar que se trata de un colectivo muy joven, con una edad media de 27,76 años (La moda está en 28 años) la edad mínima es de 17 años y la máxima 49 años.

Por sexos, predominan los varones con un 62,6% del total frente a un 37,3% de mujeres. Sin embargo, recordando que la composición por sexos de los internos (78,1% frente a 21,9%) se observa una mayor proporción de mujeres en los equipos frente a mujeres internadas, que se distribuye en forma muy irregular ya que existen una serie de C.T.D. cuyo equipo está conformado exclusivamente por varones, lo que conduce a que existan C.T.D. con internos mayoritariamente varones y, un equipo formado por una proporción similar de varones y mujeres.

9.1.3. Tipo de relación y horario laboral

La relación laboral que se establece entre la C.T.D. (o el organismo de la que ésta depende) y los miembros del equipo es muy variada, aunque predominan las situaciones que no garantizan ni la estabilidad ni la continuidad de tales trabajadores, -situación que, como veremos, contrasta con la permanencia de los profesionales dentro del subsector-, lo que implicaría una mayoría de situaciones de *precariedad habitual* en parte incompatible con el objetivo de la profesionalización y la racionalización y la continuidad en los programas. Señalamos a continuación el tipo de relación laboral para el conjunto de miembros de los equipos en todas las Redes diferenciando los datos de la Red Pública, sin duda la más estable y profesional.

Tipo de Relación Laboral	Todos	Red Pública
Funcionario	2,1%	7,1%
Contratado laboral	20,5%	33,9%
Cooperativa	8,5%	
Contrato eventual	19,6%	57,1%
Contrato en prácticas	6,8%	1,7%
Colaborador sin determinar	19,6%	
Voluntario laico	13,2%	
Voluntario religioso	5,1%	
Voluntario extoxicómano	4,2%	

A tales resultados cabe añadir que un 73,6% del personal recibe algún tipo de remuneración frente a un 26,4% que no recibe ninguna remuneración. El grupo que no recibe remuneración conforma el 88,8% de miembros del equipo en Narconon, el 78,9% de las C.T.D. de la Red de la Iglesia Evangélica y un 29,7% de los miembros de los equipos de las C.T.D. de la Red Privada.

De acuerdo con lo manifestado en los cuestionarios a la pregunta abierta V.4 *criterios de admisión en el equipo*, hemos podido establecer tres modelos y referirlos a las Redes donde tales criterios son mayoritarios.

Modelo a: VOCACIONAL, concepto al que se hace referencia en todas las Redes y que adquiere preeminencia en las de el Proyecto Hombre, Iglesias Evangélicas y Privadas.

Modelo b: VALORACION TECNICA OBJETIVA por parte del equipo preexistente, a la que se hace referencia en todas las Redes aunque es mayoritaria en la Red Pública y en la de Narconon.

Modelo c: AZAR Y NECESIDAD referido a la actitud de entes administrativos superiores y las demandas de la C.T.D., que es mencionado en algunos casos de C.T.D. de la Red Pública y la Privada.

A estos tres modelos podría añadirse uno más, referido a la Red El Patriarca, en el que se haría hincapie en el aspecto vocacional, la condición de extoxicomano y el ajuste emocional a los valores que se defienden en la misma.

En cuanto a los horarios, los miembros del equipo permanecen por término medio 53,83 horas semanales en las C.T.D., lo que significa una clara superación de la normativa vigente en dicha materia, aunque este dato es producto de una gran dispersión, y se conforma a partir de tres grupos de permanencia, y relación laboral distintos: En primer lugar aparece un amplio grupo de personas que están entre 80-100 horas a la semana en la C.T.D., —aparte existe un núcleo que vive permanentemente en la C.T.D. dándose estos casos en todas las Redes salvo la pública, existen dos C.T.D. de la Red Privada en las que todo el equipo vive permanentemente en la C.T.D.—, en segundo lugar otro grupo de personas permanecen alrededor de 40 horas, siendo esto lo más frecuente en la Red Pública, y finalmente hay un tercer grupo de técnicos a tiempo parcial (alrededor de 20 horas semanales), en especial Monitores y Educadores que realizan tareas de formación o dirección de actividades concretas.

9.1.4. Titulación profesional

La titulación de los miembros de los equipos, excluidos lógicamente los de la Red El Patriarca, se distribuyen como sigue:

Sólo estudios básicos.....	29,3%
Psicólogos.....	21,9%
Sólo estudios medios.....	16,3%
Médicos.....	7,3%
Maestros.....	6,4%
Otros titulados.....	6,4%
Asistentes Sociales.....	6,0%
Psiquiatras.....	3,0%
Otros titulados medios.....	3,0%

Casi la mitad (45,5%) de los miembros de los equipos carecen de titulación, y entre los titulados existe un claro predominio de dos profesiones, por un lado los psicólogos y por otro los médicos y psiquiatras. Por Redes los no titulados se distribuyen en la siguiente proporción:

Porcentaje de Sólo Estudios Básicos sobre el total de Miembros del equipo de cada Red	
R. Pública.....	24,0%
R. Privada.....	23,8%
R. I. Evangélicas.....	36,8%
R. P. Hombre.....	15,0%
R. Narconon.....	77,7%

En cuanto a la presencia de extoxicómanos en los Equipos, lo cierto es que hay pocos, aunque recordemos que la Red El Patriarca está conformada exclusivamente por ellos, no dándose ningún caso en la Red Pública, pero sí en el 50% de C.T.D. de la Red Privada, y en el 100% de C.T.D. de las otras Redes, en las cuales son siempre minoría, salvo en el caso de la Red de las Iglesias Evangélicas en las que la mayor parte de las C.T.D. tienen un componente mayoritario de extoxicómanos, se excluyen de esta situación las C.T.D. de las Iglesias Evangélicas que hemos calificado de especializadas.

A la pregunta de *Criterios de diferenciación entre los extoxicómanos miembros del equipo y los internos*, no contestó nadie salvo en dos casos que nos señalaron: en uno la *necesidad de haber pasado un periodo fuera de la C.T.D.* y en otro caso *no vivir en la C.T.D.*

La antigüedad media en el trabajo es de 23 meses, con dos picos máximos de 13 y 9 años respectivamente y un grupo de 10 personas que llevan más de 10 años trabajando en C.T.D.. De la observación de los datos se confirma lo indicado en otros estudios *«este tiempo coincide con los años que lleva abierta la C.T. en la que trabaja, eso nos hace pensar que hay poca renovación en el personal de las C.T.»* (Ca-

rretero, 1987), en el mismo sentido hay que señalar que el único cambio se produce cuando estas personas se integran como miembros de un nuevo equipo por la apertura de un centro, de tal manera que el sector se caracteriza por un fenómeno expansivo en el sentido de que los miembros más antiguos incrementan su poder y responsabilidad a partir de la integración de nuevos miembros en las nuevas C.T.D.

Con relación a la experiencia en tratamiento de drogodependientes es mayor que la antigüedad en el trabajo, una media de 46,2 meses, aunque quizás esto sea debido a que el número de respuestas se ha reducido (Sólo contestaron a esta cuestión un 45,7% del personal) y posiblemente la respuesta sólo se realizó para aquellos que tenían una experiencia anterior a la C.T.D.. Lo cierto es que el personal se divide en un grupo mayoritario cuya experiencia empieza con la C.T.D. y un grupo minoritario que tenía experiencia anterior, aunque entendemos que ésta nunca fue ni específica ni básicamente dedicada a la atención a los drogodependientes, sino que atendían casos en el contexto de un trabajo profesional más amplio, y así parece ser en el caso de las cuatro experiencias más prolongadas (más de quince años), se trata de dos psiquiatras directores de dos C.T.D. privadas, un Pastor Evangelista director de una C.T.D. de esta Red y una Asistente Social que trabaja en una C.T.D. Pública..

9.1.5. Colaboradores esporádicos y voluntarios

Con independencia de los miembros de los equipos la casi totalidad de las C.T.D. (un 82,9% de ellas) nos indican la presencia de colaboradores esporádicos y voluntarios que realizan determinadas tareas de apoyo en las C.T.D.. El total de estos colaboradores se situaría en unos 120 lo que significa que por cada dos miembros del equipo existe por término medio un colaborador voluntario, y que además este colaborador es esencialmente un titulado especializado por cuanto sobre 73 colaboradores o voluntarios de los que hemos obtenido su titulación un 86,3% son profesionales que van a ejercer sus propias funciones en la C.T.D., destacando entre las mismas al personal sanitario que representa una cuarta parte de tales colaboradores o voluntarios.

Nuestra experiencia cualitativa nos indica que tales colaboradores profesionales, que se concentran esencialmente en las Redes Pública y Privada, son miembros de las Asociaciones locales de *lucha contra la droga* que en su momento apoyaron o de las que dependen las C.T.D., siendo los profesionales que las crearon y gestionan los que realizan una labor de voluntariado en las mismas. Por otro lado, aparece el joven titulado que solicita jugar este rol para adquirir experiencia de trabajo en C.T.D., con el resultado final que los voluntarios tienen un mayor nivel de titulación que los miembros de los equipos.

Analizando tales figuras por Redes llama la atención que sea la Red Pública en primer lugar (con una media de 3 voluntarios por C.T.D.) y la privada en segundo (con 1,9), las que dispongan de un mayor número de colaboradores voluntarios cuando en teoría las otras Redes aparecen estructuradas alrededor de los valores del voluntariado y la participación social.

9.2. Roles, titulaciones y funciones

Al cruzar los datos de la titulación y el rol que se desempeña en la C.T.D. aparece un modelo muy complejo. Se facilitan los datos en cifras absolutas sobre el 94,6% de los miembros de los equipos, ya que falta el dato del rol o el de la titulación para el resto de los sujetos.

Titulación	Rol
Médico	12 médicos 3 directores 2 psicoterapeuta
Psicólogo	41 psicoterapeutas 5 directores 5 otros
Psiquiatra	5 directores 2 otros
Otros Superiores	11 otros 4 directores
Asistente Social	7 asistente social 3 otros 2 director 2 educador-monitor
Maestro	12 educador-monitor 2 administración 1 director
Otros medios	7 ATS
Enseñanza Media	22 educador-monitor 8 terapeutas 4 directores 4 administración
Estudios Básicos	25 educador-monitor 24 terapeutas 9 servicios 4 administración 2 director

La primera constatación es que no existe ningún modelo en cuanto a titulación y roles, apareciendo la figura de Director en todas las titulaciones o niveles de estudios, aunque se dan ciertas identificaciones como la de titulación de Psiquiatra que sólo figura como Director (los otros dos son también cargos de responsabilidad), los psicólogos están especializados como psicoterapeutas pero aparece también un grupo casi tan numeroso de terapeutas sin titulación de psicólogos.

El rol más frecuente es el de Educador-monitor que representa el 40,3% del total de los miembros de los equipos, con lo que dicha función adquiere gran protagonismo en las C.T.D.. Sin duda la importancia de este rol se deriva de la trascendencia que tienen las diferentes actividades en las C.T.D. (ver capítulo X), pero además al ser un colectivo *no profesional de la salud mental* se relaciona más y mejor con los internos siendo el Monitor la figura que transmite cotidianamente los valores y mensajes de la Comunidad (Goffmann, 1984), lo que vendría a significar que el Educador-monitor representa, como así es, una figura fundamental en las C.T.D., dependiendo en una gran medida la eficacia de las mismas del nivel, consistencia y coherencia del grupo de monitores (Aramburu y Chavarri, 1986).

Frente al rol del Monitor aparecen las funciones del Psicoterapeuta y del terapeuta como segundo grupo en importancia dentro de las C.T.D., en concreto un 32,8% del total de los miembros de los equipos realizan tales labores, que se supone implican una interacción más jerárquica y menos cotidiana con los internos, aunque nuestra experiencia directa nos muestra que muchos terapeutas ejercen en realidad de monitores con lo que se reforzaría aún más el predominio de este grupo funcional.

El porcentaje de Directores sobre el total de personal de los equipos (un 11,4%) diferenciaría los dos roles mayoritarios, es decir Monitor y Psicoterapeuta, del resto de roles que son minoritarios y poco significativos, siendo las más frecuentes la función sanitaria (8,3%) y la administrativa (4,3%) y Asistente Social (3,0%), llamando la atención la poca presencia de esta última función cuando además muchas de las C.T.D., como veremos, afirman tener un programa de Reinserción Social o de intervención sobre el medio social del sujeto.

También llama la atención la poca presencia de personal administrativo cuando la gestión de las C.T.D. (papeles, stocks, historiales, etc...) es bastante compleja. Tal carencia repercute sobre el resto de roles que tienen que compaginar su trabajo propio con las tareas de gestión.

9.3. Responsabilidad y toma de decisiones

Los organigramas del equipo facilitados en el cuestionario contrastados directamente mediante visitas y entrevistas, son otro reflejo de la peculiar situación evolutiva de las C.T.D., ya que por un lado existe una explícita referencia a la igualdad entre los miembros del equipo y por otra el sistema es muy jerárquico, no existiendo una relación unívoca entre jerarquía e igualdad, sino que en ocasiones la estructura del equipo se enuncia como muy igualitaria y es muy jerárquica, mientras que en programas muy directivos la estructura del equipo es más igualitaria. Intentaremos explicar esta contradicción.

Para una amplia mayoría de C.T.D. la responsabilidad tanto en la planificación como en el desarrollo del programa corresponde al propio equipo, sólo siete C.T.D. (dos públicas, tres privadas y dos de la Iglesia Evangélica) señalan que esta responsabilidad corresponde en exclusiva al director y sólo en el Proyecto Hombre y Narconon se habla de una cierta corresponsabilidad con alguna institución externa. Estos datos vendrían a confirmar la existencia de una cierta autonomía y capacidad para autogestionarse por parte de las C.T.D., así como a que entre los miembros del equipo se establezca una relación no jerárquica. Sin embargo se trata de dos mitos carentes de operatividad.

Indudablemente el primer mito entra en contradicción con la existencia y posible rol de un Programa Asistencial Amplio y es una de las ambigüedades que manejan las C.T.D. profesionales que reivindican su inclusión en tal Programa al mismo tiempo que manejan la idea de su autonomía plena. Se trata de un típico elemento de *ambivalencia sociológica profesional* perfectamente conocido y descrito en Sociología del Trabajo.

Pero además tal autonomía se contradice claramente con la existencia de supervisores externos en el 77,1% de las C.T.D.. En el caso de Narconon hay una supervisión absoluta por parte de la Asociación Española de Mejoras Sociales que define el programa y las condiciones de aplicación. Para el Proyecto Hombre la supervisión se realiza a través de la Escuela del Centro Italiano de Solidaridad que revisa y supervisa los programas. Para todas las C.T.D. de las Iglesias Evangélicas existe un organismo de la propia Iglesia que se encarga de la *promoción, apoyo y control* de las mismas.

Solo 2 C.T.D. Públicas afirman no tener supervisión externa, el resto indican que tal supervisión se da a través del Programa Asistencial Amplio, indicando en algunos casos que se trata de una supervisión técnica y en otros de una *supervisión para la coordinación*. En relación a la Red Privada, es la única que no es supervisada mayoritariamente ya que sólo un 35,7% de C.T.D. de dicha Red lo son; para un 14,2% la supervisión la realiza algún organismo que les concede sub-

venciones o becas y para el 21,5% tal supervisión es una especie de ficción publicitaria ya que el supervisor suele ser una figura internacional o nacional de raigambre.

El resultado final de la tensión entre autonomía y supervisión, aparece reflejado en las respuestas a la pregunta «donde se toman las decisiones» a la que se responde masivamente haciendo referencia tanto a la propia C.T.D. como a un organismo ajeno o un Programa Asistencial Amplio, la única excepción la constituye la Red Privada en la que predominan las respuestas que indican que las decisiones se toman exclusivamente en la C.T.D.

El segundo mito, la afirmación de igualdad entre los miembros del equipo, aparece matizada también por una serie de datos más concretos. En primer lugar hay que señalar que los organigramas de los equipos en absoluto reflejan estas condiciones de igualdad y, salvo en un caso, aparece siempre una figura directiva de la que depende el resto del equipo para el que efectivamente todos sus miembros están situados al mismo nivel. Sólo una C.T.D. pública, dos privadas, la Red del Proyecto Hombre y Narconon, manejan organigramas más complejos, en los que aparecen responsables de área de los que dependen otros miembros del equipo. Por tanto existe igualdad entre los miembros del equipo porque todos dependen del director/a del centro, que siempre se sitúa en una posición jerárquica en relación a los otros miembros, además una jerarquía extrema sin duda, por cuanto no existen responsables intermedios que la mediaticen. Tal jerarquización tiene que ver con la función carismática a la que hemos hecho referencia en capítulos anteriores.

Tales aseveraciones se confirman por las fórmulas de coordinación que adoptan los miembros del equipo ya que en respuesta múltiple obtenemos los siguientes resultados:

Fórmula de coordinación	
Comunicación a un coordinador	65,7%
Instrumento formal escrito	46,0%
Reuniones por especialidad	54,4%
Reuniones de todo el equipo	97,1%

Bajo el epígrafe *comunicación a un coordinador* suele entenderse el informar al director/a de la marcha de los asuntos, lo que vendría a confirmar la relación jerárquica en tales casos. Frente a tal constatación aparece un cierto déficit ya que la carencia de instrumentos formales como podrían ser protocolos, fichas de evolución, diarios, etc., ect... significa que no hay *responsabilidad personal* preestablecida y formalizada, lo que reforzaría la imagen del responsable jerárquico.

Se podría alegar sin embargo que la existencia de reuniones confirma la falta de jerarquía en los equipos, sin embargo las características de las mismas nos ponen en la pista de otra realidad. Tomemos el caso de las *reuniones por especialidad* y observaremos que este 54,4% se divide en los siguientes tipos de reunión:

Los psicoterapeutas	25,8%
De dirección.....	14,4%
Cada área por su cuenta	8,5%
Otros tipos.....	5,7%

Dichas reuniones se realizan diariamente (11,4%), semanalmente o más (34,2%) o no están establecidas (8,5%), lo que nos da idea de una gran dispersión en cuanto a la formalización de las mismas. En cualquier caso tales reuniones parecen apoyar la idea que se trata de un mecanismo de corresponsabilización en la marcha de la C.T.D. ya que todas ellas implican la mediación en la toma de decisiones.

Tales datos aparecen confirmados por la frecuencia de las *reuniones de todo el equipo*, que por realizarse en la casi totalidad de las C.T.D. nos sirven para establecer un *balance asambleario*:

Diaria	22,8%
Semanal	42,8%
Quincenal	14,2%
Mensual	14,2%
Trimestral	2,8%

Cuya coincidencia con los resultados del dato de la frecuencia de realización de asambleas en la C.T.D. resulta total, lo que nos llevaría a sostener que existe un corresponsabilización en toma de decisiones por parte de todos los miembros del equipo, pero una corresponsabilización tan intensa que contrasta con la estructura jerárquica de los mismos y nos dice que LA ESTRUCTURA DE LAS C.T.D. DE CUALQUIER RED ES JERARQUICA PERO LOS METODOS DE TRABAJO SON IGUALITARIOS.

Esta situación, esta doble realidad, adquiere significado desde una perspectiva histórica, ya que en su origen la C.T.D. es un mecanismo jerárquico, a la vez que carismático y espontáneo, la disciplina es la regla básica y lo que permite a los drogodependientes mantener su abstinencia. Jerarquía, carisma y espontaneidad explicarían la curiosa distribución de los directores de las C.T.D. y en la que, según vimos arriba, aparecían 5 psicólogos, 5 psiquiatras, 4 titulaciones superiores di-

ferentes (biólogo, abogado, y dos no constan), 3 médicos, 2 asistentes sociales, 1 maestro, 4 con sólo estudios de bachillerato y 2 con sólo estudios básicos.

Sobre este origen se ha producido una adaptación que viene determinada por una doble raíz, por un lado la dinámica intelectual del fenómeno que ha recuperado la literatura de la tradición maxweliana y ha comenzado a aplicar en las C.T.D. las técnicas de trabajo de las Comunidades Terapéuticas, y por otro lado la propia dinámica de ajuste de los equipos que ha implicado una *selección natural* de los miembros de los mismos, quizás en una gran medida como consecuencia de la precariedad e inestabilidad de las condiciones laborales.

En este sentido quedarían claros dos resultados obtenidos en un estudio realizado sobre profesionales de las Redes Privada y Pública, que establece que: «un 40,9% empezaron a trabajar por interés personal y un 9% por experiencia propia o de un familiar» (Carretero, 1987), y que «un 59% ha rechazado ofertas ventajosas por permanecer en una C.T. y un 63,0% responde que su trabajo se valora mucho en su grupo de pertenencia» (Carretero, 1987).

10. ORGANIZACION DEL TRABAJO Y ACTIVIDADES

10.1. *Filtros metodológicos*

La cuestión de las actividades realizadas en las C.T.D., que para nosotros tenía un interés relativo ya que entendíamos que su función era meramente complementaria, ocupación del tiempo y logro de objetivos secundarios de apoyo al proceso terapéutico, se convirtió en un tema central desde dos diferentes perspectivas, por un lado las actividades son consideradas y caracterizan, según vimos en el capítulo II, el proceso terapéutico en las C.T.D. y por otro hemos podido constatar que constituyen la preocupación más frecuente de los equipos y responsables de las distintas C.T.D..

Ligado al sobreinterés que existe acerca de las actividades, detectamos la existencia de un exceso de programación de las mismas, que contrastaban con la realidad cotidiana de las actividades reales que se realizaban en todas las Redes. Existía un programa de actividades muy completo, estructurado y que cubría todos los huecos posibles en el horario, pero luego la realidad impedía su desarrollo práctico y muchas de las actividades, se limitaban a ser alternativas que sólo se realizaban reemplazando a otras y viceversa.

En los programas oficiales de las C.T.D. el tema de las actividades ocupa un lugar central y hasta diríamos articula lo que se hace dentro de las C.T.D., quizás entre otras cosas porque la imagen social exige que los drogodependientes internos estén ocupados, ya que el trabajo y las actividades enseñan lo que es la vida. El trabajo es un castigo en nuestra cultura, y recordemos que la demanda social de C.T.D. es en gran medida una demanda de castigo.

En nuestro cuestionario, la pregunta de las actividades se planteó en forma muy extensa (todo el apartado 3) y exigía respuestas bastante largas y complejas, a pesar de ello fue el apartado más ampliamente contestado, lo que nos indujo a sospechar que se había producido una respuesta fácil a partir de los planteamientos teóricos de los programas y que ésta no se correspondía con la realidad de las actividades que verdaderamente se realizaban en las C.T.D.. Por ello, realizamos un control de fiabilidad a través de la aplicación de una serie de filtros que contrastaron: a) la coherencia entre el Programa de Actividades y el Panel Semanal de Actividades, b) la coherencia interna de ambos instrumentos, c) la disponibilidad espacial, y d) la disponibilidad temporal de los miembros de los equipos. Un trabajo arduo que nos condujo a una conclusión clara: la tercera parte de las C.T.D. han dado respuestas no coherentes o irrealizables.

El bajo nivel de fiabilidad nos ha llevado a reconstruir las respuestas obtenidas para un 17,1% de C.T.D., y a considerar los datos obtenidos por el conjunto de cuestionarios como no válidos en términos absolutos pero sí a efectos comparativos, ya que hemos supuesto que

las desviaciones (exageraciones en cuanto al número e intensidad de las actividades) eran similares en todas las Redes.

Sin duda, esta situación representa un dato por sí misma, y resulta coherente con el origen histórico de las C.T.D., como lugares donde el drogodependiente se refugia para poder vivir y trabajar. También sin duda, el abandono de la supervaloración de las actividades y su ajuste a un programa terapéutico realista, es parte de una transición que se está produciendo en algunas C.T.D., especialmente entre las más profesionalizadas.

Es preciso entender también que cuando los drogodependientes acuden a las C.T.D. tienen muy asumido, como vimos en el capítulo V, que «hay que trabajar y muy duro», por lo que se produce nula, o muy poca, resistencia a la realización de actividades. Es más, cuando la C.T.D. es no-profesional las actividades incluso se endurecen. En cambio otras dinámicas estructurales, convivenciales y terapéuticas es preciso imponerlas y son fuente de conflictos.

176 10.2. Actividades realizadas

Se preguntó por una serie de actividades y el número de horas a la semana que se dedicaban a cada una de ellas, obteniéndose el siguiente cuadro en el que se refleja la actividad, el porcentaje de C.T.D. que la realizan y el número medio de horas a la semana que le dedican en cada una.

Actividad	C.T.D.	H/S
Laborterapia	74,2%	33,6
Terapia ocupacional	65,7%	23,6
Deportes	85,7%	8,4
Música	42,8%	7,1
Culturales	80,0%	9,1
Educación para la Salud	71,4%	2,1
Religiosas	22,8%	8,7
Sociales	51,4%	9,6

Con independencia de tales actividades, se citaron otras en respuesta abierta, sin que pudiera establecerse el número medio de horas que se dedicaba a las mismas por sus propias características y que fueron:

Actividad	C.T.D.
Publicaciones	8,5%
Teatro	8,5%
Excursiones	5,7%
Intervenciones terapéuticas	20,0%

De tales datos cabe destacar, que son las actividades lúdicas y de ocio las que obtienen un mayor nivel de frecuencia aunque se les dediquen pocas horas a la semana, frente a *trabajo* en sentido estricto, que realizan menos C.T.D. pero al que se dedica un importante número de horas, en concreto entre Laborterapia y Terapia Ocupacional EXISTE UNA MEDIA PONDERADA DE 40,45 HORAS DE ACTIVIDAD A LA SEMANA CON LO QUE SE SUPERAN LOS LÍMITES LEGALMENTE VIGENTES. Llama también la atención, que un 20% de C.T.D., hayan incluido en este apartado intervenciones que a nuestro criterio son puramente psicoterapéuticas, lo que vendría a confirmar la falta de delimitación entre actividades y terapia.

En cualquier caso, no todas las Redes realizan el mismo número de actividades y a partir de una media de 5,08 actividades por cada C.T.D., se obtienen los siguientes resultados distribuidos por Red.

Red	Actividades
Pública	7,0
Proyecto Hombre	5,0
Narconon	6,0
Evangelistas	5,2
Privada	4,7

A mayor número de actividades, menos horas de dedicación a cada una de ellas y mayor diversificación en las mismas lo que implica un mayor esfuerzo del equipo terapéutico e indudablemente un menor hincapié en actividades laborales.

10.3. Contenido de las actividades

En el cuestionario realizamos diversa preguntas sobre algunas de las actividades mencionadas, que nos interesaban especialmente y cuyo resultado discutimos a continuación.

La primera pregunta se refería al tema de las actividades laborales que se realizaban en la C.T.D., tenemos que comenzar por aclarar que

el concepto de actividades laborales no coincide con aquellas actividades acogidas bajo los epígrafes de Laborterapia y Terapia Ocupacional, en el sentido de que algunas actividades codificadas bajo estos epígrafes, varias C.T.D., las han traducido por intervenciones terapéuticas y en cambio ellas mismas u otras han incluido como actividades laborales una serie de trabajos de mantenimiento que no consideran ni Laborterapia ni Terapia Ocupacional. En este punto existe una absoluta confusión terminológica que ha producido una cierta indefinición en las respuestas del cuestionario.

En cualquier caso, disponemos de un esquema general de las distintas actividades laborales realizadas en un 37,1% de C.T.D. pertenecientes a la totalidad de las Redes, (el mayor porcentaje de respuesta lo ha dado la Pública y el menor la Privada) y todas ellas nos indican, que tales trabajos realizados por los INTERNOS NO SON REMUNERADOS.

Por frecuencia, las actividades más practicadas son en primer lugar las de MANTENIMIENTO DE LA C.T.D. que aparecen en todas, y dentro de ellas el orden de frecuencia es 1) limpieza, 2) cocina, 3) reparación de la casa, 4) lavandería. En segundo lugar aparecen las tareas AGRICOLAS O GANADERAS dentro de las que se da el orden de 1) horticultura, 2) animales de granja, 3) invernaderos. En tercer lugar están los TALLERES en los que son más frecuentes 1) carpintería, 2) manualidades, 3) imprenta, 4) tapicería. El número de internos dedicado a cada una de estas actividades es variable, pero en general se trata de grupos reducidos, con una media de 4,42 internos por cada actividad.

Existen además una serie de C.T.D. (de la Red Privada, y en un caso de la Pública) que afirman tener internos a sujetos que realizan actividades laborales remuneradas (en 3 casos dentro de la C.T.D. y en 6 fuera), y que los mismos se inscriben en procesos de reinserción social para los que dicha actividad laboral remunerada es necesaria. Se trata de sujetos en una fase final que no creemos tenga nada que ver con los objetivos de una C.T.D., sino con los de un Programa Asistencial Amplio, en las que los sistemas de trabajo protegido o similares sí tienen cabida. De nuevo, nos encontramos en este caso con C.T.D. que asumen competencias como si fueran una alternativa asistencial completa.

Es importante destacar, que muchas de las actividades realizadas por los internos resultan productivas para la C.T.D., constituyendo fuentes de ingresos que intervienen, a veces decisivamente, en el resultado económico de las mismas. La Red El Patriarca realiza un importante número de actividades productivas en especial ganaderas y semiindustriales, y en menor medida, obtiene ingresos de la horticultura, animales de corral, reciclaje de materiales, pesca, ect..., el resto

de C.T.D. (hasta un 78,9% de ellas) también obtienen algún tipo de ingreso a través de sus actividades laborales, con la excepción de Narconon que no realiza ninguna tarea productiva. Para el Proyecto Hombre, la Red Pública y buena parte de las Privadas, estas actividades productivas se derivan esencialmente al autoconsumo (primordialmente de productos de la huerta y en segundo lugar de animales de granja), y en muy pequeña medida se obtienen beneficios económicos de las mismas. En cambio, una parte importante de C.T.D. de la Red de las Iglesias Evangélicas, pero no todas, realizan actividades productivas que son importantes para el sostenimiento económico de la C.T.D.

La segunda pregunta, se refería a las enseñanzas impartidas a los internos, que se realizaban en un 28,8% de las C.T.D. de las Redes distintas al Patriarca y en unas cuantas C.T.D. de esta Red sin determinar cuales.

La Red El Patriarca informa que entre 1983-86 se realizaron un total de 16 cursos de Formación Profesional en convenio con el INEM, con 225 participantes que obtuvieron 51 diplomas oficiales. Las especialidades más estudiadas fueron por orden de matrículas: ebanistería, albañilería, horticultura bajo abrigo, restauración de muebles, etc.,...

La Red que se preocupa más del tema de enseñanza de los internos es la Privada, en la que aparece el mayor número de convenios con el INEM y con otros organismos educativos. Asimismo, en los equipos de las C.T.D. de la Red Privada, aparecen diversos profesionales dedicados a estas labores, siendo las enseñanzas impartidas por orden de frecuencia las siguientes: cultivos de invernadero, EGB, graduado escolar, gramática, mecanografía, contabilidad y cría de animales. Resulta sorprendente que las C.T.D. de la Red Pública, apenas proporcionen algún tipo de estudio oficial a sus internos, quizás porque se consideran sólo recursos terapéuticos y dejan esta labor al P.A.A., otra razón podría encontrarse en que el tiempo de permanencia de los sujetos en la misma es mucho menor que en la Red Privada (6 meses frente a casi 12).

La Red Narconon considera que su programa es especialmente educativo y un paso para acceder a la categoría de *Auditor* por lo que su finalidad es «oficial».

Otra actividad importante por su significado aunque minoritaria en cuanto al número de C.T.D. que la realizan, -dos Privadas (CT-49 y CT-42) y una Pública (CT-1)-, reside en la existencia de una publicación periódica que sirve a la vez para que los internos realicen una actividad laboral y para ser utilizada como instrumento de comunicación, difusión de experiencias y/o eventualmente con fines terapéuticos. La idea de realizar una publicación resulta muy interesante, porque es a la vez un instrumento a los fines mencionados y permite preservar do-

cumentos y testimonios algunos de indudable valor literario. Existen dos orientaciones claras en torno a lo que debe ser una revista de C.T.D. una mucho más directiva, un BOLETIN INFORMATIVO, que proporciona una imagen de la misma y en la que los textos de los internos obedecen a las orientaciones generales del programa (se cuenta lo relevante y útil), y otra que se deja en manos de los internos y que se convierte en una REVISTA DE EXPRESION, cuya finalidad es la de proporcionar información sobre las actitudes de los internos y posibilitarles una actividad abierta y un canal de desahogo.

10.4. Distribucion del tiempo por redes

Se pidió a todas las C.T.D. que preparasen un panel semanal en el que figuraran distribuidas las actividades y ocupación del tiempo para todos los días de una semana normal, habiendo cortado previamente el día, en el cuestionario, mediante un acto significativo (la comida) que posibilitaba una formalización similar de los horarios y las actividades.

Se utilizó el panel como uno de los elementos para contrastar los resultados y la fiabilidad de las respuestas al Programa de Actividades, por lo que el mismo resultó filtrado y aunque, obviamente, es un instrumento mucho más fiable, nos vimos en la necesidad de introducir correcciones y completar algunos datos a partir de los resultados de otras preguntas. Con todo ello codificamos la ocupación del tiempo en cuatro apartados que nos parecieron significativos y que fueron: a) tiempo dedicado a actividades laborales en sentido estricto, b) tiempo dedicado a actividades no laborales excluidos los contenidos de los otros apartados y los tiempos de comida y aseo personal, c) tiempo dedicado a actividades o relaciones terapéuticas en sentido estricto, d) tiempo dedicado al descanso y al ocio (en ocasiones una parte del mismo se dedica a realizar actividades culturales, deportivas o lúdicas no programadas).

Red	Horas semanales por tipo de actividad			
	(a)	(b)	(c)	(d)
Pública	27,8	21,3	7,0	24,5
Privada	22,1	35,5	2,6	25,4
Proyecto Hombre	25,3	11,2	13,1	23,9
I. Evangélicas	26,6	14,5	—	26,9
Narconon	—	50,5	11,0	30,0
MEDIA PONDERADA	23,5	25,4	6,5	24,0

(a) Actividades laborales (b) Otras actividades (c) Terapias (d) Ocio

Los resultados de esta distribución de la ocupación del tiempo aparecen en el cuadro anterior para cada una de las Redes. Es sin duda el dato cuya elaboración ha sido más costosa de todo el informe, pero creemos que ha merecido la pena por lo que nos detendremos especialmente en el mismo.

Asimismo pudimos determinar que la media de tiempo para dormir, comidas, cena, desayuno y arreglo y aseo personal era de 10,3 horas, lo que significaba que a la semana quedaban 95,9 horas para ser distribuidas en los paneles. Cuanto más se acerque la suma de los cuatro apartados codificados a esta disponibilidad teórica del tiempo, significa que la vida en la C.T.D. está más reglamentada y cuanto más se aleje significa que más se deja al azar el programa diario. Veamos los resultados:

Red	Horas Reglamentadas	Horas Libres
Públicas	80,6	15,3
Privadas	85,6	10,3
Proyecto Hombre	73,5	22,4
I. Evangélicas	68,0	27,9
Narconon	91,5	4,4
MEDIA PONDERADA.....	79,4	16,5

Al hacer la codificación dejamos de lado las actividades religiosas que tienen un cierto peso temporal en la Red de las Iglesias Evangélicas, y en una pequeña medida en el Proyecto Hombre, pero este olvido no afecta globalmente el resultado comparativo total. Resulta evidente que en Narconon no hay tiempos que queden al azar y que posibiliten la libre iniciativa cotidiana de los internos o del equipo responsable, en cambio en el Proyecto Hombre y las Iglesias Evangélicas quedan más de 20 horas sin decidir, y de forma intuitiva creemos que las cifras de El Patriarca aún serían superiores. ¿Significa esto que en estas C.T.D. existe una mayor espontaneidad y libertad de decisión? Creemos que no, porque se trata justamente de las Redes donde los controles informales y simbólicos funcionan más, frente al caso de Narconon en el que, a partir de la observación directa, hemos podido colegir que, al menos durante los primeros meses como paciente, los controles son más instrumentales y utilitarios. Por lo tanto el exceso de estructuración del tiempo se correlacionaría con una falta de eficacia simbólica, mientras que la poca estructuración temporal se correlaciona con excesos en los controles simbólicos, morales e ideológicos.

En el intermedio se sitúan las Redes Pública y Privada cuyas dife-

rencias debemos remitir a la distinta distribución de horas entre los cuatro apartados, ya que la Red Privada aparece más estructurada como consecuencia de que dedica mucho más tiempo a las actividades no laborales (deportivas, educativas, socioculturales, reuniones, etc...) y deja más tiempo al ocio y el descanso que la Red Pública, mientras que ésta dedica más horas a la intervención terapéutica y a las actividades laborales, cuestiones que sin duda tienen que ver con el distinto rol e imagen que maneja cada una de estas Redes.

Otro dato significativo sería el elevado número de horas que dedica el Proyecto Hombre a la intervención Terapéutica, que como veremos es casi siempre grupal (es una terapia de confronto), lo que significaría que este nivel terapéutico es más importante que las otras actividades, si comparamos el Proyecto Hombre con las otras Redes.

10.5. Asambleas

Según vimos en el capítulo II, la realización de asambleas es una de las características que identifican a las C.T.D. y constituyen por tanto una actividad fundamental en la vida cotidiana de las mismas, y lo cierto es que el 100% de las C.T.D. afirman realizar asambleas. Debemos recordar que al formularse la idea de las Comunidades Terapéuticas, la asamblea tenía la finalidad teórica de que los internos discutan entre sí y con el equipo terapéutico, tanto la marcha de los asuntos diarios como la mejora del programa asistencial, presuponiéndose que la asamblea tiene como finalidad primordial romper el aislamiento entre internos y terapeutas. También hemos visto, como las C.T.D. adoptaban principios más directivos y autoritarios y como siguiendo el modelo Synanon, reconvierten la asamblea en un instrumento de transmisión de las decisiones tomadas por la cúpula de responsables.

Ignoramos cuales pueden ser las características de las asambleas que se celebran en nuestras C.T.D., ya que sólo hemos participado en forma puntual en algunas, pero la experiencia nos ha mostrado que los Programas Asistenciales y la interrelación terapéutica raramente son tratadas en las asambleas de las C.T.D. españolas, que en general se reconvierten en Dinámicas de Grupos o Reuniones para tratar de la coordinación de las tareas cotidianas. Lo que en principio quizás sólo sea el resultado de no poder realizar un acto más romántico que práctico, y que M. Jones formuló, sin tener demasiado en cuenta cuál era el contenido de un objetivo tan utópico, como el de que los residentes participaran en la permanente puesta en duda del programa.

La respuestas obtenidas a la pregunta de «*quién participa en las asambleas y la frecuencia de estas*» nos indican justamente que la asam-

blea no es un mecanismo tan general como podría deducirse de la afirmación de que se hacen asambleas.

La respuesta podía ser múltiple y un 77,1% respondió que las asambleas se realizaban con todos los miembros de la C.T.D. (internos y equipo), pero otro 74,2% respondió que además o sólo se realizaban asambleas de una parte de los miembros de la C.T.D., señalando en un 40% que estas asambleas parciales sólo las realizaba el equipo de responsables, en un 11,4% parte del equipo y en un 22,8% un grupo de internos y el monitor responsable de una actividad en la que estos participaban.

En cuanto a la frecuencia de uno u otro tipo de asamblea, resultaba bastante alejado del parámetro de *asamblea diaria* a la que todos parecen apuntarse, ya que los resultados eran los siguientes:

	Asamblea General	Asamblea Parcial
Diaria	28,5%	37,1%
Semanal.....	25,7%	22,8%
Mensual o más.....	14,4%	8,6%
Variable	8,5%	5,7%

La mayoría de las asambleas generales diarias, se realizan en la Red Pública y en la del Proyecto Hombre y en menor medida en la Red Privada, aunque hemos podido detectar que el mecanismo de las asambleas es algo en permanente revisión en la mayoría de las C.T.D. y muchas de ellas ponen en duda la utilidad de tener actos formales generales como las asambleas diarias, cuando en la C.T.D. se desarrollan otras técnicas grupales más útiles y con metodologías más precisas.

11. LA INTERVENCION TERAPEUTICA

11.1. *Los programas terapéuticos*

En los capítulos anteriores hemos descrito pormenorizadamente las C.T.D. y en concreto en el capítulo anterior, nos hemos referido a las Actividades que se realizan en las mismas, considerando que estábamos ante unidades de actuación perfectamente delimitadas en las que no era factible considerar *diferencias internas*.

Sin embargo antes de comenzar a analizar el tema de los Programas Terapéuticos que, recordemos, es un aspecto clave en nuestra investigación, conviene plantearnos si debemos seguir considerando, a este nivel, que cada C.T.D. sigue constituyendo un caso, una unidad, sobre la que producir nuestras conclusiones. Este planteamiento obedece al hecho de que los procesos terapéuticos pueden ser realizados por terapeutas individuales que aplican técnicas distintas, produciéndose así procesos de trabajo diferentes dentro de una misma C.T.D.

Para poder responder adecuadamente a esta cuestión se plantearon en el Cuestionario tres preguntas: ¿Existe una orientación teórica clara? ¿Se trata de una orientación exclusiva? ¿Las orientaciones teóricas mencionadas, -sean exclusivas o no-, son compartidas por todo el personal? Y el resultado ha sido contundente ya que sólo se ha dado un caso en el que fallan las tres condiciones (CT-6), tratándose además de una C.T.D. privada subvencionada que está en fase experimental.

Además hay que considerar que todas las C.T.D. de las Redes El Patriarca, Narconon, Proyecto Hombre e Iglesias Evangélicas y algunas C.T.D. de la Red Privada, siguiendo la línea de Daytop y Hogares CREA u otras como San Patrignano (Martínez, 1985), articulan su funcionamiento alrededor de una *referencia carismática* que obviamente unifica, y controla la aplicación, de los programas terapéuticos, siendo incluso esta *referencia carismática* una de las partes más significativas de la propia terapia (Rose, 1985). La única Red que maneja diferencias teóricas entre los miembros del equipo es la Pública (la mitad de ellas lo mencionan), pero al mismo tiempo todas ellas señalan que se aplica un sólo programa y los conflictos se resuelven por acuerdos de trabajo entre los miembros del equipo.

El resultado final es, que cada C.T.D. se desenvuelve terapéuticamente como una unidad de acción y por tanto, nuestro objeto de estudio no van a ser las intervenciones terapéuticas tal y como pudiera aplicarlas un técnico concreto, sino el Programa Terapéutico global que se aplica en cada una de ellas.

Términos Mencionados	Redes					
	Pública	Privada	Patriarca	I. Evang.	P. Hombre	Narconon
1. Método Internacio- nal Narconon.....						7,12,17
2. Enseñanza Bíblica ..				5		
3. Enseñanza del Evangelio.....				37,53 5,19,33		
4. Valores cristianos ...						
5. Comunidad Cristia- na Vivencial.....				19		
6. Desintoxicación ffsi- ca.....		22				
7. Fase de antagonista.		22				
8. Fase de control		22				
9. Crecimiento perso- nal.....	1					
10. Aprender a vivir sin drogas	1					
11. Valores humanos....		8			3	
12. Autonomía personal		15				
13. Maduración psicoló- gica.....		22				
14. Psicología humanis- ta	38					
15. Modificación estilo de vida.....	55					
16. Responsabilización..			Todos			
17. Arte-terapia	46					
18. Musicoterapia	46					
19. Técnicas de expre- sión	40					
20. Técnicas de anima- ción	40					
21. Ludoterapia.....	38					
22. Tratamiento del ocio	38					
23. Laborterapia.....	35,38,55					
24. Terapia ocupacional	38,55	10,56,49	Todos	33		
25. Terapia corporal....	35					
26. Expresión corporal .	46	42				
27. Terapia sensocorpo- ral	57					
28. Deportes.....	38	42				
29. Tai-chi.....		42				
30. Catarsis		42				
31. Yoga.....		42				
32. Meditación		42				
33. Mimo.....		42				
34. Vídeo.....		42				

Términos Mencionados	Redes					
	Pública	Privada	Patriarca	I. Evang.	P. Hombre	Narconon
35. Cine Club		42				
36. Teatro	35		Todos			
37. Asamblea.....	35					
38. Cultura y formación	38					
39. Educación Sanitaria	38					
40. Psicoterapia de gru- po	35,38	24,26		5		
41. Grupos dinámicos...	40,55				3,28,29,36	
42. Grupos estáticos.....					3,28,36	
43. Grupos sonda					3,28,29,36	
44. Grupos históricos ...					29	
45. Grupos de autoayu- da.....					3	
46. Grupos de confronto					3,28,29	
47. Grupos mixtos					3	
48. Grupos extensos.....		44			3,36	
49. Grupos de conoci- miento					36	
50. Encuentros especia- les					3,28,29	
51. Grupos de discusión	46,58	24				
52. Grupos de planifica- ción		24				
53. Dinámica de grupos		10,14,49				
54. Seminarios terapeú- ticos.....					36	
55. Psicoterapia indivi- dual	56,40,55	24,26,49		5		
56. Psicoterapia indivi- dual profunda	46					
57. Entrevista individual	38	42,24			3,28	
58. Dinámica	21,57	14,49				
59. Conductual.....	21,38	14,31				
60. Role-Playing.....	58					
61. Psicodrama.....	46,57					
62. Dramatizaciones....	46,58					
63. Técnicas modifica- ción conducta	46,57,58	10,51				
64. Terapia Sistemica ...	40					
65. Socioterapia		44,56				
66. Terapia ambiental...		56				
67. Educación comuni- taria.....		56				
68. Terapia cognitiva....	40					
69. Psicoterapia de apo- yo.....		14				

11.2 El problema de la identificación de los programas

El primer problema que hemos debido superar, consiste en identificar correctamente el contenido de los programas y las técnicas terapéuticas utilizadas por las distintas C.T.D., y para poder hacerlo se han listado todos los términos que respondían a las preguntas VI.2.5. *Indiquen la denominación teórica usual de las técnicas que se utilizan en la C.T.*, y VI.2.6.1., sobre si esta es una orientación exclusiva o no y su identificación.

El listado, reproducido en el cuadro 11.1, recoge la totalidad de los términos que aparecieron (81) en los Cuestionarios recibidos, habiéndose podido constatar, en la documentación anexa, que en los programas, publicaciones e informes la terminología es mucho mas amplia y a veces distinta de la indicada en el Cuestionario. Esta disfunción nos va a permitir deducir ciertas conclusiones.

El cuadro nos proporciona una serie de elementos interesantes, quizás el más significativo sea que por *teoría* se han entendido cosas muy distintas, desde técnicas a filosofía asistencial o incluso a actividades, hasta el punto de que si eliminamos como no pertinentes estos términos y utilizamos incluso un concepto muy amplio de *teoría*, nos quedaremos con solo seis o siete términos, lo que nos conduce a afirmar que ésta ha sido la pregunta con el nivel mas bajo de respuesta de todo el Cuestionario. Con ello reforzamos la conclusión, de que la carencia de una referencia teórica explícita y real es uno de los déficits más significativos del conjunto de las C.T.D., aunque nos cabe señalar la exis-

Términos Mencionados	Redes					
	Pública	Privada	Patriarca	I. Evang.	P. Hombre	Narconon
70. Terapia comportamentalista.....	40					
71. Gelstat	38,46,58					
72. Análisis transaccional.....	38	31,42				
73. Técnicas de orden...		42				
74. Terapia relacional...			Todos			
75. Reforzamiento		51				
76. Extinción		51				
77. Modelamiento.....	56					
78. Habilidades sociales		51				
79. Asertividad	35,40	51				
80. Control ansiedad	35					
81. Training autógeno ..		42				

tencia de unas pocas C.T.D. que si manejan referentes teóricos tanto en el cuestionario como fuera de el. Todas las que cumplen esta condición, salvo una, se encuentran ubicadas en la Red Pública.

En cualquier caso ciertos terminos son clasificados de teorico-terapéuticos y utilizados por las distintas Redes, lo que nos permite realizar un análisis de los mismos, aunque solo desde la perspectiva de cada uno de los cinco lenguajes involucrados. Las Redes de Narconon, Iglesias Evangélicas, Proyecto Hombre y El Patriarca utilizan lenguajes peculiares que analizaremos aisladamente, las Redes Pública y Privada, utilizan una terminología psicológica (en sentido amplio) normalizada, hecho que permitió construir la categoría de Profesionales, que como hemos ido viendo, reúne dos tipos distintos de C.T.D., siendo este punto, que pertenece esencialmente al plano de la ficción subjetiva, lo único que tienen en común, porque incluso el comportamiento psicoterapéutico real, condicionado por otros factores materiales, estructurales y orgánicos, es distinto.

Para desarrollar convenientemente el análisis sobre los Programas Terapéuticos, vamos a utilizar, tanto los resultados del Cuestionario como los de la documentación obtenida y en especial las propias explicaciones que nos proporcionan sobre el programa terapéutico a la demanda VI.2.9 *Informe anexo: opinión del responsable de la C.T. sobre el rol terapéutico de la C.T. en relación a otras alternativas terapéuticas.*, cuyos niveles de respuesta reflejamos a continuación.

Red	(Si)	Remiten a Bibliog.	(1)	(2)
Pública.....	50%	30%	100%	
Privada	50%	14,2%	75%	25%
Patriarca	En informe global			100%
Evangelistas				
. Especif.....	50%		100%	
. Inesp.	0%			
P. Hombre	100%		100%	
Narconon	66,6%		100%	

(1) Porcentaje de respuestas sobre el total de las que aportan un informe específico, que interpretan correctamente la pregunta.

(2) Porcentaje de respuestas que se limitan a reiterar las funciones y actividades de la C.T.D. ya explicitadas en otros apartados del cuestionario.

En cuanto a la Bibliografía utilizada y citada en el Cuestionario tanto en la pregunta VI.2.7. *¿que bibliografía se utilizó en el diseño general de la comunidad?* como en la pregunta VI.2.8. *¿que bibliografía se utiliza para el desarrollo de los distintos procesos y programas?* se obtuvieron las siguientes respuestas:

- 1) La Red Narconon se limitó a citar obras de Ron L. Hubbard.
- 2) La Red de las Iglesias Evangélicas cita casi exclusivamente a La Biblia.
- 3) La Red del Proyecto Hombre cita una serie de textos propios procedentes de la Escuela de Formación del Centro Italiano de Solidaridad, siendo los más mencionados Mario Pichi y Yablonski (Daytop).
- 4) La Red El Patriarca no contestó estas preguntas pero en sus documentos cita exclusivamente a L. Engelmajer y a las propias publicaciones de la Asociación.
- 5) Las C.T.D. de las Redes Pública y Privada mantienen una doble actitud en relación a estas preguntas, una minoría de ambas Redes señalan a otras C.T.D. de la Red Pública como sus únicas fuentes teóricas, insistiendo en que las experiencias de las mismas son la única base teórica válida. Una mayoría, en cambio, cita a una serie de autores y textos que dividimos en varios grupos:

- a) Maxwell Jones, Olivenstein y Goffman aparecen citados casi unánimemente.
- b) Una serie de textos generales españoles sobre drogodependencias citados por la mayoría.
- c) Textos de psicología citados por 10 C.T.D., de las cuales 4 se limitan a autores de orientación analítica (las referencias a Freud, Lacan y Kalima son las mas frecuentes).

11.3. El Método Internacional Narconon

El *Método Internacional Narconon* (M.I.N.) consiste en una *tecnología* psicoterapéutica que se aplica en todas las C.T.D. cualificadas por la organización de Cienciología, aunque entre las mismas, además, existen organismos de coordinación y una cierta organización Narconon, que es la que se ocupa de la difusión de los programas y realiza todas las publicaciones tanto de Narconon como de Cienciología y Dianética. En concreto todas las publicaciones Españolas de Narconon, han sido realizadas por NEW ERA en Copenhague, lugar donde también se encuentra ubicada la central de la Iglesia de la Cienciología para Europa y donde acuden los Auditores a obtener su titulación. Tales publicaciones, en especial el texto de DIANÉTICA (Hubbard, 1987), han sido ampliamente distribuidas al gran público, y en concreto el libro mencionado, recientemente lanzado en nuestro país, ha ocupado, en diferentes momentos y países, los primeros lugares de las listas de ventas.

El método nació en el contexto de la filosofía y el sistema orgánico de la Cienciología y la Dianética, a través de Guillermo Benitez, un drogodependiente preso que elaboró el método a partir de la lectura

de *Los fundamentos del pensamiento* de L. Ron Hubbard. Estando en la cárcel fundó el primer Narconon en 1966. A partir de 1972 y comenzando en Ventura (California) el método y la organización comenzaron a expandirse por el mundo. Es difícil entender adecuadamente en qué consiste dicho método, ya que si bien es accesible aquella parte en la que, durante tres meses, se aplica de forma estandarizada en los distintos centros, aparecen en esta etapa términos como TRs duros (0-9). Una vez superado este período se nos sorprende con cosas como, CS-1 de Narconon, Gf40xRE, C/S 109 R,... En el *Informe anexo* los centros de Narconon se limitan a señalar que *es el mejor programa funcional existente* y a reclamar su aplicación por parte de la administración pública. En todo caso sí conviene señalar que el método parece muy estructurado y está perfectamente detallado en una *enciclopedia* de siete volúmenes que todo centro cualificado debe respetar estrictamente.

Tampoco sabemos cuál es exactamente la relación entre el *Método Internacional Narconon* y la Organización de la Cienciología, pero resulta evidente que hay alguna ya que los Auditores (técnicos que aplican el método) han sido cualificados por ésta última. ¿En qué consiste el M.I.N.? Es un programa corto en el que se comienza por la Desintoxicación (*Retirada de drogas*) realizada en la misma Comunidad y que ya hemos descrito anteriormente, y a continuación se aplican como técnicas más relevantes el RECORRIDO DE PURIFICACION, basado en sauna, vitaminas y ejercicio y que se justifica en determinadas interpretaciones metabólicas del fenómeno de la Dependencia (Hubbard, 1986b), y el CAMINO DE LA FELICIDAD, que consiste en una serie de *acciones de consulta* que implican recomendaciones para el sujeto y que listamos a continuación:

- 1.- Cuídate a ti mismo.
- 2.- Sé moderado.
- 3.- No seas promiscuo.
- 4.- Ama y ayuda a los niños.
- 5.- Honra y ayuda a tus padres.
- 6.- Da buen ejemplo.
- 7.- Busca vivir con la verdad.
- 8.- No cometas homicidio.
- 9.- No hagas nada ilegal.
- 10.- Apoya a un gobierno diseñado y administrado para toda la gente.
- 11.- No dañes a una persona de buena voluntad.
- 12.- Protege y mejora tu medio ambiente.
- 13.- No robes.
- 14.- Sé digno de confianza.
- 15.- Cumple con tus obligaciones.

- 16.- Sé industrioso.
- 17.- Sé competente.
 - 17.1. Observa.
 - 17.2. Aprende.
 - 17.3. Practica.
- 18.- Respeta las ideas religiosas de otros.
- 19.- Trata de no hacerles a otros cosas que no te gustaría que te hicieran a ti.
- 20.- Intenta tratar a otros como te gustaría que ellos te trataran a ti.
- 21.- Florece y prospera.

Estos 21 mandamientos, que nos proporcionan una visión un tanto romántica de Narconon, tiene desde la perspectiva de este autor una lectura basada en la visión cosmológica que del término *supervivencia* tiene la Organización de la Cienciología, y que en traducción cotidiana contiene un mensaje casi militar de obligado cumplimiento *-alcanza niveles de competencia que te permitan enfrentarte y superar las situaciones traumáticas-* dirigido a cualquier individuo, y que en el caso de los drogodependientes se ha transformado para superar el *trauma ya ocurrido*.

Hay que señalar también las técnicas del RECORRIDO DE DROGAS, una especie de terapia individual, mediante la que *se recuerdan* todos los sucesos conectados con la historia de consumo de drogas, buscando con ello una liberación del sujeto. También son importantes los CURSOS DE ENTRENAMIENTO Y APRENDIZAJE, que proporcionan al sujeto mediante técnicas cognitivas, hábitos de estudio y un método para acceder eficazmente a la comprensión terminológica (Hubbard, 1986a). En conjunto el Método Internacional Narconon parece incidir más en aspectos cognitivos que en *aprendizaje de habilidades* muy de acuerdo con la sobrevaloración del papel determinante de las *creencias* que se realiza en la Cienciología o la Dianética. En este contexto se comprende la importancia que adquiere para el M.I.N. la *utilización correcta de las palabras* y que los sujetos que han recibido este tratamiento, y los miembros de Narconon, utilicen constantemente un diccionario para contrastar la terminología utilizada.

Aparte de describirlo, no podemos valorar más el M.I.N., ya que no disponemos de fuentes de datos primarias y distintas a aquellas que nos proporcionan las propias publicaciones de Narconon. Aunque parece bastante claro, incluso a partir de las propias evaluaciones realizadas por Narconon (Gerdman, 1981 y T.A.I.M. 1987) con indicadores normalizados, aunque con muestras parciales, traslucen, aparte de unos resultados aparentemente muy brillantes, por un lado el fuerte impacto emocional que produce sobre aquellos que siguen todo el programa y por otro que la mayoría de *reinsertados* siguen siendo miembros de Narconon y trabajan en las C.T.D. de esta Red, lo que reforzaría las acusaciones a las que hemos hecho referencia en el capítulo III.

11.4. La conversión evangélica

No todas las C.T.D. de la Red de las Iglesias Evangélicas actúan en la misma forma; aquellas que hemos calificado de Específicas, introducen en su tratamiento, una serie de elementos psicoterapéuticos explícitos similares a los que aplican las Redes Pública y Privada, sin embargo las Comunidades caracterizadas como Inespecíficas utilizan, como *técnica psicoterapéutica*, un proceso al que llamaremos *Conversión*. Tal proceso en mayor o menor medida está también presente en las Específicas, por lo que en cierta forma caracteriza dicha Red.

Hay que comenzar por explicar que estas C.T.D., se identifican por una intensa y ritualizada vida comunitaria, ya que al convivir sujetos con historial de drogodependencia con otros miembros de la Iglesia, las obligaciones religiosas de unos también afectan a los otros. En este contexto, el interno que ya ha pasado por la fase de acogida y desintoxicación (ver capítulo VII), participa en una atmósfera de intensa religiosidad, en la que es clave el control mutuo y directo de las acciones y los pensamientos, siguiendo un modelo muy estructurado de base dogmática (La Biblia), al que no son ajenos ciertos elementos de misticismo. Asimismo, la observación del comportamiento de los otros, y su sinceridad, refuerza permanentemente el propio comportamiento, produciéndose una continua retroalimentación normativa y emocional. Además, por tratarse de pequeñas comunidades e incluso de organizaciones religiosas un tanto reducidas, los *directores espirituales* (Apóstoles, Pastores, Diáconos,...) mantienen una relación muy directa con todos los miembros.

Se trata esencialmente de un sistema de control simbólico, a través de un poder normativo muy eficaz, que genera adhesión por medio de un proceso de selección del conjunto de aquellos que fueron admitidos en las primeras fases. Lo cierto es, que ningún interno se mantiene más allá de los seis meses del *programa de rehabilitación*, si no ha pasado por el proceso de Conversión. Es una opinión bastante generalizada entre los miembros de las comunidades evangélicas, que los drogodependientes que concluyen el programa y se van sin haberse Convertido, inevitablemente recaerán y que la única seguridad se encuentra en aquellos que se mantienen como conversos en la comunidad.

Hay también que tener en cuenta, que se considera que la intervención divina es un proceso directo entre un individuo y Dios, «*cuan-do esa mujer, ese joven que tiene este problema, decide cambiar y quiere cambiar, tiene un encuentro personal y un encuentro directo con aquel que dijo: Conoceréis la verdad y la verdad os hará libres*» (Transcripción número 1, pag. 16), por lo que el fenómeno de la conversión se ritualiza mediante un acto de apertura total y entrega a Dios «*Jesús*

cambia las vidas, las rehabilita, las regenera y las liberta, sea toxicómano, sea alcohólico, o sea una persona con problemas interiores, esto es en resumidas cuentas el mensaje que venimos ofreciendo.» (Transcripción número 1, pag. 18). Acto lleno de ritos emocionales (por ejemplo el llanto), donde los componentes somáticos y emocionales, se convierten en energía psíquica que se sublima, para hacer desaparecer *mágicamente* todos los trastornos físicos y psíquicos, alcanzándose así un estado de paz interior equivalente a la curación.

Veamos como se expresa uno de nuestros testimonios: *«de tu corazón dolorido provienen las heridas de tu cuerpo, este corazón angustiado hace como un reflejo, y se pudre todo tu cuerpo por el rencor, por los sinsabores, por no saber llevar y no poder llevar las aflicciones de este mundo, y eso hizo conmigo, ese Dios precioso, que vive, que resucitó entre los muertos y que está esperando que tú le digas, ven, esperando que tú acudas a él, con el corazón sincero, este Dios limpió mi corazón, limpió mis huesos de la polilla y sanó todo mi ser, desde entonces hace cerca de ocho años, ya no he necesitado mas médicos porque tengo un médico divino que es Dios,».* (Transcripciones numero 2, pag.3-4).

En cualquier caso, el proceso, la comprensión de los hechos y de Dios, es instantáneo, *«entonces fué cuando decidí entregar mi vida al Señor. Dejé las pastillas sin nigrun esfuerzo y el hábito psíquico desapareció por completo. Ya no sentía necesidad de llenar ese vacío que había en mi vida, pues el Señor lo había llenado»* (El Estandarte, sin número ni fecha), pudiendo darse incluso antes de entrar en la comunidad, en lugares como la cárcel: *«que iba a poder salvar mi vida, que podía levantarme, que por muy destruido, que por muy mal que estuviera, por mucha droga, que habia un señor mucho más grande, que iba a liberarme de todo mal y de toda influencia que no era divina, y esta voz clamó dentro de mí, allí en la prisión, encerrado, que yo no podía mas, vino como un rayo de luz a mi vida y demostró claramente que había contestado, que no había ningún hombre que en su ignorancia podía hacer nada por mí, ningún médico, ningún psiquiatra, pero que había un Dios, un Jesús que quería levantar mi vida, y lo senti dentro de mí, sentí que me dijo yo te levantaré, y caí postrado de rodillas, y me reconocí que mi rebelión que habia dentro de mi corazón, y vi realmente que él podía, que él quería levantarme,...»* (Transcripción número 3, pag. 5-6)

La conversión evangélica constituye un mecanismo psicofísico que reemplaza otros procesos psicoterapéuticos, aunque posiblemente sólo sea aplicable a un número reducido de drogodependientes, que en este caso adquieren una total dependencia de la correspondiente Comunidad Evangélica, hasta el punto de que el abandono de la misma y las creencias adquiridas en la conversión, no implica en absoluto el posi-

ble mantenimiento de la abstinencia. El Rito de Paso de la conversión evangélica se caracterizaría tanto por la intensidad como por la instantaneidad, pero resulta automáticamente reversible, y a diferencia de otros programas la unidireccionalidad crea un nuevo condicionamiento, cuya posible superación implica una necesaria vuelta atrás, lo que equivale a que el sujeto mantendrá con seguridad la abstinencia mientras sea creyente, pero también, que el abandono de tales creencias implica necesariamente la *recaida*.

En las C.T.D. específicas pertenecientes a la Red de las Iglesias Evangélicas como hemos dicho, aparecen una serie de técnicas psicoterapéuticas mas explícitas, sin embargo una de ellas señala que estas se utilizan para que, pasados unos meses, el sujeto en proceso de rehabilitación, pueda elegir en una forma mas objetiva, si seguir el camino emprendido (incluida su conversión) o volver atrás, (CT-33), lo que significa que en ellas se produce una posibilidad limitada de aprovechar recursos psicoterapéuticos sin entrar en la dinámica de la Conversión, pero hasta un punto determinado a partir del cual las enseñanzas bíblicas adquieren protagonismo.

11.5. Proyecto Hombre de rehabilitación

Resulta un tanto ficticio analizar el *Proyecto Hombre* solo desde la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, por cuanto el programa íntegro, como hemos visto, incluye una fase previa en la que se producen abandonos que algunos responsables nos han señalado pueden alcanzar hasta el 50% de los aceptados, lo que significaría que a la C.T.D. accede un grupo fuertemente seleccionado, para el que la motivación ha sido fuertemente contrastada. Se comprende así que el *Proyecto Hombre*, siguiendo el modelo Daytop, se pueda planter sin muchas cortapisas y un alto nivel de exigencias una transformación fundamental del sujeto, y condicionarle hacia un conjunto de referencias culturales, muy distintas incluso, a las que posibilitaron su socialización primaria. Tal proceso se realiza a través de una serie de objetivos entre los que podemos citar:

- 1) Desprenderse de la imagen física y estética del drogodependiente.
- 2) Recuperar la comunicación real con la población normalizada.
- 3) Adquirir unos valores humanos fundamentales.
- 4) Adquirir emociones y sentimientos equilibrados y racionales.
- 5) Conocerse a si mismo.

Para lograrlo, propone un *plan de vida* con una serie de responsabilidades muy concretas que deberá cumplir exactamente, con mucha

disciplina, y que le permitirán, no sólo ir conociendo sus propias capacidades, sino adquirir otras por medio de la repetición de actos que producen la adquisición de hábitos. En todo el proceso, es *casi natural*, la sanción que corrige las inexactitudes en el cumplimiento de las obligaciones.

Todo participante en el *Proyecto Hombre*, ocupa un status perfectamente definido, dentro de una estructura jerárquica en la que va ascendiendo con el tiempo y el logro de ciertas metas, y que admite la degradación como forma frecuente de sanción. Según el nivel en el que se sitúe cada cual tendrá ciertos privilegios, por ejemplo fumar, que pierde al ser degradado.

Para la Red del Proyecto Hombre su eficacia es debida a una serie de factores que han sido listados por Yablonsky: 1) compromiso (*involvement*), 2) posibilidad de alcanzar las metas con éxito, 3) adoptar un nuevo rol social, 4) crecimiento social, 5) control social y 6) logro de empatía y autoidentidad. (Yablonsky, 1985).

Las C.T.D. del Proyecto Hombre se caracterizan por una permanente, casi obsesiva, retroalimentación terapéutica entre todos los internados, lo que implica en primer lugar la aplicación de las TÉCNICAS DE CONFRONTO y de LLAMADA DE ATENCIÓN, que se utilizan permanentemente ante situaciones de incumplimiento (o cumplimiento demasiado laxo) de las normas o las responsabilidades; mediante el grupo de confronto el trasgresor se enfrenta a varios compañeros suyos que le *afean* con dureza su conducta, la llamada de atención se produce cuando un *superior jerárquico* observa una trasgresión y se lo indica al trasgresor que debe aceptar la llamada de atención, sino será objeto de una sanción mayor, lo que produce en estas C.T.D. un intenso control coercitivo, que por supuesto implica la aceptación voluntaria del propio sujeto.

En segundo lugar, aparece un intenso trabajo en grupos empezando por el GRUPO DE ENCUENTRO, en los que se revisa la marcha de la Comunidad y se planifican las actividades. El GRUPO DINAMICO, de expresión y clarificación de sentimientos, en el que se discuten todos los problemas de convivencia surgidos a lo largo del día y que deben haber sido puestos por escrito en el momento en el que uno se ha sentido rechazado, menospreciado o ha percibido una actitud inadecuada y echado a un buzón que será abierto cuando se reúna el grupo; el grupo discute sobre el contenido del buzón y el sujeto que emitió la queja tiene ocasión y obligación de manifestar su malestar o desacuerdo. El GRUPO ESTÁTICO, de comunicación y profundización sobre los problemas personales desde la historia propia de cada uno, en él adquieren protagonismo las *maldades* que cada cual realizó en su condición de drogodependiente, ya que se considera que ciertas acciones (los varones atracaron y las mujeres se prostituyeron) producen

culpabilización no asumida que impiden recuperar la autoestimación personal. Existe además una enorme variedad de grupos sobre aspectos concretos como sexualidad, valoración de salidas, negatividad, de chicas, de jóvenes, etc... es importante el ENCUENTRO ESPECIAL, un grupo de discusión en el que interviene el drogodependiente y su familia, amigos no drogodependientes, etc...

Todos estos Grupos son no-directivos y se basan en el mutuo refuerzo entre los residentes, con el horizonte puesto en evitar los comportamientos negativos y en una aparente situación de espontaneidad, que contrasta radicalmente con la profunda estructuración que a todos los niveles existe en estas C.T.D.

Como ejemplo de tal estructuración baste citar el control utilitario que se aplica al espacio y al tiempo: El interno debe permanentemente estar en el lugar adecuado, en el momento adecuado y haciendo lo prescrito, y cada vez que cambia el sitio o la actividad debe comunicarlo a un superior. En el mismo sentido hay que considerar la cuestión del CAMBIO DE IMAGEN, que afecta a ropa, pelo, maquillaje (en chicas), y especialmente en higiene, que rompe su identificación con el colectivo de los drogodependientes y les conduce a rechazar una imagen anterior de sí mismos.

En resumen, el Proyecto Hombre, es esencialmente socioeducativo, no posee un nivel terapéutico explícito, sino que se considera, desde esta perspectiva educativa y socializadora, todo él como terapéutico. En realidad se trata de un método de Modificación de la Conducta basado implícitamente en los principios del condicionamiento, que atiende esencialmente a factores ambientales y que basa su eficacia en lo prolongado del mismo, hasta tres años, de los cuales casi uno en la C.T.D.

11.6. El método de rehabilitación de Le Patriarche

El eje central del proceso terapéutico en El Patriarca se articula alrededor de lo que califican de TERAPIA RELACIONAL, un concepto que implica un rechazo explícito a toda intervención psicoterapéutica, con lo que no admiten que el drogodependiente pueda ser un *enfermo*, y el desarrollo de una LOGICA DE PARTICIPACION mediante la que los propios dependientes (o exdependientes) se constituyen en el único grupo capacitado para intervenir y lograr el mantenimiento de la abstinencia.

Una vez superado el período de desintoxicación física, - sevrage bloc-, que hemos descrito en el capítulo VII, el sujeto se integra en la marcha normal de la C.T.D. en la que esté internado, participando en

las distintas actividades que en ella se desarrollen, para progresivamente ir adquiriendo RESPONSABILIDADES.

Se considera que la creciente y gradual adquisición de responsabilidades tiene un valor terapéutico per se, *«progresivamente va asumiendo más, y cuanto más asume, más se le exige, y mas entrega. Y entregando aprende: aprende a ayudar a los otros, aprende la solidaridad, el sentido crítico y la discusión. Aprende asimismo a utilizar sus manos, su inteligencia y a reencontrar su memoria»*, (En *Reestructuración psicológica del reading Proyecto Terapéutico*, Asociación Le Patriarche s/f). Ciertamente en las C.T.D. de la Red El Patriarca existe un amplio número de responsabilidades, todas ellas relacionadas con la marcha del propio centro o de la Asociación, situación lógica si consideramos que los internos se ocupan de todo y no hay ninguna figura externa, salvo el fundador Lucien Engemajer, al colectivo de drogodependientes.

Este conjunto de responsabilidades, que cubren desde aspectos materiales hasta organizativos, y en especial todas aquellas que tienen que ver con el *sevrage bloc*, a las que se considera claves por estar ayudando a un compañero a superar el Síndrome de Abstinencia, se organizan por medio de una serie de reuniones a las que se les dota de valor terapéutico y que en esencia consisten en:

- 1) REUNION DE OVNI: asamblea nocturna general de la C.T.D. en la que se habla de todo lo relativo al centro, la asociación, se prepara el cuadro de actividades del día siguiente y se comentan los acontecimientos del día.
- 2) REUNION DE PUESTAS EN MARCHA: En las que se explican las técnicas de desintoxicación que utiliza la Asociación y se entrena y controla a los que vayan a desarrollar este papel.
- 3) REUNION DE EVOLUCION: en las que los miembros del colectivo pueden manifestar sus estados de ánimo, dudas, problemas cotidianos, etc... sobre las que el conjunto de los internos expone sus puntos de vista.
- 4) REUNION DE RESPONSABLES: realizada por todos aquellos que en un momento tienen alguna responsabilidad concreta en el centro para distribuir y atribuir las mismas.
- 5) REUNIONES DE ACTIVIDADES: lo mismo que la anterior pero solo para los responsables de actividades.
- 6) REUNIONES DE FILTRAJE: son aquellas en las que el colectivo de responsables y los monitores de actividades analizan la evolución de los diferentes internos y toman decisiones en torno a su ubicación tanto jerárquica como burocrática.

Como puede comprobarse, aparte de la reunión de evolución, que podría considerarse una especie de grupo de discusión, en El Patriar-

ca, no existe ningún procedimiento terapéutico concreto, asumiéndose explícitamente que las actividades (laborales, culturales, deportivas y formativas) son las que poseen este valor. Pero no sólo esto, la Asociación El Patriarca, por razones que hemos expuesto en el capítulo III, maneja una ideología anti-psiquiátrica y rechaza todo aquello que tenga el más leve matiz psicoterapéutico, que considera *teórico* e inútil, de ahí que todos los sujetos que han pasado por esta Red manifiesten, en caso de recaída, un fuerte desprecio hacia todo lo que venga de profesionales de la Salud Mental.

11.7. La psicoterapia explícita

La totalidad de las C.T.D. de la Red Pública y parte de la Privada manejan un lenguaje explícitamente psicoterapéutico en el momento de referirse a los contenidos de sus programas, este lenguaje es común entre ambas Redes y no hemos podido establecer diferencias significativas entre unas y otras. Sin embargo como ya indicábamos mas arriba, nos encontramos con la sorpresa de que bajo los epígrafes *denominación teórica usual de las técnicas utilizadas, orientación teórica explícita, rol terapéutico* planteados en el Cuestionario, o en el capítulo sobre Programa Psicoterapéutico de la documentación recogida, aparecen más referencias a procesos, que hemos calificado como Actividades en el capítulo anterior, que a técnicas que tengan valor psicoterapéutico.

En este sentido las C.T.D. de las Redes Pública y Privada, aunque con la mediación de otro lenguaje, estarían en la misma posición que las Redes del Proyecto Hombre y El Patriarca, para las que las distintas actividades son el único valor psicoterapéutico reconocido. Esto, siendo cierto en parte, exige una serie de matizaciones.

De entrada, debemos señalar que una parte importante de C.T.D., responden a la afirmación de que *«la mayoría de las C.T. desarrollan el tratamiento terapéutico, haciendo una descripción de las actividades que realizan ya que por sí mismas se consideran terapéuticas»* (Sana-huja, 186), que vendría justificada porque *«la vida en la C.T. gira en torno al trabajo, entendido de un modo personal y en un contexto de grupo. Todas las actividades de la Comunidad están orientadas a conseguir un mayor conocimiento de las propias capacidades, desde el sentido de responsabilidad, la creatividad, hasta el saber estar ocupado y encontrar sentido a las cosas pequeñas.»* (Roldan y Perurena, 1986).

Posición que en último extremo vendría explicitada por una consideración de *lo terapéutico* exclusivamente como un método de control y dirección de las actividades, siendo un caso típico aquel en el que el

equipo asistencial toma *decisiones terapéuticas* como las señaladas a continuación, a partir de las intervenciones terapéuticas como psicoterapia grupal e individual (Someira et al., 1986):

- 1) Cambio de status de los sujetos en el programa.
- 2) Acceso a distinto grupo de terapia.
- 3) Asignación de responsabilidades.
- 4) Planificación de salidas y reuniones con la familia.
- 5) Sanciones y expulsiones.
- 6) Aprobación y desaprobación social.
- 7) Repetición de las tareas mal hechas.
- 8) Cambios en las responsabilidades,....

Esta confusión entre psicoterapia y actividades obedece según nuestra particular visión a factores históricos, al hecho de que las C.T.D. aparecieron como una respuesta anti-institucional en colectivos como Synanon y que no ha sido hasta años después, con el proceso de reinstitucionalización, cuando se ha vuelto a plantear la necesidad de un nivel terapéutico preciso e incluso de su correcta ubicación teórica, lo cual explicaría por qué este proceso se da esencialmente en las Públicas, mientras en las Privadas, aún las dirigidas por profesionales, y en las pertenecientes al resto de las Redes, esta cuestión ni tan siquiera se plantea, o cuando lo hace, es para poner en duda la utilidad de un nivel psicoterapéutico explícito, frente a la propia dinámica del internamiento que en sí misma es considerada como psicoterapéutica (Bridger, 1985).

Por tanto, hay que considerar la cuestión desde una perspectiva diacrónica: En una primera fase anti-institucional *lo psicoterapéutico* era menospreciado u olvidado y muchas C.T.D. siguen en dicha situación, en una fase siguiente hay una recuperación del nivel psicoterapéutico explícito, en la que los puntales son justamente las C.T.D. de la Red Pública, las nuevas o las que han evolucionado desde perspectivas más activistas y espontáneas, proceso del que hemos desarrollado diferentes ejemplos en el capítulo III.

Este primer análisis contrasta con la abundancia de terminología psicoterapéutica utilizada, no sólo para responder el Cuestionario, sino especialmente en la documentación anexa obtenida, fenómeno sobre el que también estamos en condiciones de ofrecer una explicación a partir del hecho de que la mayor parte de dicha documentación obedece a ciertos objetivos: memorias de oposición para acceder a puestos de trabajo, memorias proyectos de centros para pedir subvenciones y memorias de actividades para justificar las realizaciones. En todas ellas aparece siempre una larga relación de intervenciones y técnicas terapéuticas, sin que ello suponga que van a ser o estén siendo aplicadas. En el proyecto de trabajo de una C.T.D. Privada, que he-

mos reconstituido en expediente, ya que no nos ha remitido cuestionario, aparecen bajo los rótulos de terapia cognitiva y descondicionamiento psicofísico hasta treinta y un términos que van desde Asertividad a Tai-chi pasando por Psicodanza, Psicodinámica, Dinámica de grupos y Técnicas de Modificación de la Conducta (CT-63). En una memoria de proyecto de centro que más adelante no se abrió, perteneciente a la Red de las Iglesias Evangélicas (tipo inespecífico), encontramos un largo capítulo sobre *El tratamiento Psicológico propiamente dicho* que parece un diccionario básico de psicología y que acaba con un rasgo de sincero humor: «*La práctica de estas técnicas estará condicionada a las posibilidades del equipo asistencial*» (FERMA, 1983).

Se explica así que la afirmación más frecuente, tanto en los Cuestionarios como en la documentación sea la de *eclecticismo teórico* (CT-21,35,37,14,24,31), que permite afirmar que se está en un nivel psicoterapéutico explícito, pero que no se encierra en una corriente concreta y se está abierto a la experimentación. Por otro lado, tal eclecticismo enmascararía el *vacío teórico* (Perurena, 1986) que envuelve a las C.T.D. que han optado por una vía psicoterapéutica explícita.

El estado de efervescencia que acompaña al proceso de re-institucionalización, unido a la falta de criterios de evaluación que conducen a un *agobio terminológico* explican el alto grado de confusión que acompaña a esta cuestión; sin embargo podemos llegar a ciertas conclusiones.

En primer lugar, no es posible sostener que los mismos términos suponen las mismas cosas, ni que las relaciones entre ellos equivalgan a un modelo, una rejilla, aceptada por todos. Una C.T.D., por ejemplo informa que realiza Terapia Ocupacional por un lado y Laborterapia por otra, teniendo además previstos horarios y espacios distintos para cada cosa; otra indica que considera que la única Terapia Ocupacional eficaz es la Ludoterapia. Por otro lado las interpretaciones de la Psicoterapia Grupal se prestan a la confusión mas absoluta, ya que no aparece una clara diferenciación entre Psicoterapia de grupo y Dinámica de grupos, ni entre los métodos Psicodinámicos y Sociodinámicos, interpretándose en ocasiones los unos por los otros. Para una serie importante de C.T.D., los Grupos constituyen un desarrollo abierto de un conjunto de corrientes psicológicas más o menos alternativas que han confluido con las técnicas orientales de *lo corporal* (Bayarri et al., 1986), siendo posible articularlas en las condiciones especiales de las C.T.D.. Llama también la atención que no se cite el Training-Group, cuando en la práctica real es en donde más encajan los grupos que se hacen en la mayoría de las C.T.D.

En segundo lugar, podemos intentar una mínima clasificación diciendo que en las C.T.D. de estas dos Redes se realizan:

- Diferentes fórmulas de Terapia Ocupacional ligadas a las Actividades de las mismas.
- Diferentes fórmulas de Terapia Corporal muchas de origen *oriental*
- Grupos en todas.
- Psicoterapia individual y técnicas derivadas, por diferentes vías, del psicoanálisis en varias de ellas.
- Socioterapia en otras.
- Técnicas de Modificación de la Conducta en otras.

A pesar de todo esto, no es posible realizar una clasificación, ya que si observamos a las C.T.D. *líderes*, vemos como aquella que opta por un enfoque socioterapéutico (CT-58) y a pesar de que haga mucho hincapié en lo psicopedagógico y en el rol terapéutico de los Educadores, a la postre, los criterios de pragmatismo y valoración reforzante de las distintas actividades le llevan a tener Talleres Terapéuticos de tipo Laboral en los que se realizan múltiples actividades, de Formación y de Tiempo Libre, incluidas técnicas de Terapia Ocupacional y Corporal. Pero además realiza Grupos (De Iguales para los que utilizan técnicas Cognitivas, de Dinámica Global, Especiales, De Expresión, Tertulias, De talleres, De Junta,...), e incluso Psicoterapia Individual bajo el epígrafe de Atenciones Individuales.

Un fenómeno contrario se produce desde una perspectiva psicodinámica cuando en una C.T.D. (CT-46), a partir de una reflexión muy interesante sobre el impacto psicoterapéutico específico de la C.T.D. y proporcionando el marco teórico más elaborado de todos los obtenidos en esta investigación, -en el que se incluye una interpretación racional del fenómeno de la drogodependencia y una versión teórica integrada y bibliográficamente centrada de su trabajo (Fernandez March, 1985)-, se introducen elementos simbólicos de significación, que deberían tener un valor universal, y que solo pueden tener validez para la C.T.D. concreta y ubicada geográficamente en un ámbito concreto, con lo que el análisis queda determinado por factores ambientales (1)

La misma C.T.D. nos explica con claridad las bases teóricas del psicodrama (Fernandez March, 1986), la utilización de métodos de expresión plástica para facilitar la comunicación entre el paciente y el terapeuta (Hernandez Merino, 1986), y la forma de detectar problemas de identidad corporal y utilizar terapéuticamente la información conseguida por este procedimiento (Hernandez y Roig-Traver, 1986).

(1) Nos estamos refiriendo a la conceptualización simbólica de la tierra y la granja, donde se hacen labores, como *la madre* algo que, con independencia de su codificación analítica, solo es válido en una cultura mediterránea de regadío, donde la naturaleza es para el campesino una madre con la que mantiene relaciones de comensalismo, a la que quiere engañar y que se manifiesta libidinalmente como *felatio*. Un modelo que no valdría en culturas de secano o ganaderas donde la naturaleza se percibe antropológicamente haciendo hincapié en su condición de *esposa* y *hermana* respectivamente.

Lo dicho para estas dos C.T.D., que creemos manejan un modelo real muy coherente, nos pone en la pista de lo que en realidad está ocurriendo en todas: LA ESPECIFICIDAD DEL FENOMENO DE LAS C.T.D. QUE PARTICIPAN EN EL PROCESO DE RE-INSTITUCIONALIZACION, NO RESULTA COMPATIBLE CON NINGUN MODELO PSICOTERAPEUTICO, PORQUE EN SI MISMAS CONSTITUYEN UN MODELO COMPLETO. Así recuperan la concepción totalizadora de la Comunidad Terapéutica de Maxwell Jones, y por esto se le cita cada vez más, SIN QUE EL NUEVO MODELO TENGA QUE VER MUCHO CON LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS QUE JONES DIRIGIO.

Esto explicaría también por qué aparecen en forma desconcertante, y sin aparente relación, términos como Análisis Transaccional (el modelo teórico preponderante en las C.T. a nivel internacional, Roland, 1986), Gestalt, Terapia Cognitiva, etc...cuya única función es la de indicar que nos encontramos ante unos centros que están en la fase de re-institucionalización.

Hasta aquí hemos expuesto las semejanzas entre las dos Redes, y ahora queremos dejar patente una importante diferencia. La Red Pública actúa como un banderín de enganche en este proceso ya que, lógicamente, es la que se encuentra afectada por el mismo; en cambio la Red Privada maneja, en proporción, un menor número de referencias teóricas, y si acepta la dinámica de psicoterapia explícita es porque ASI LO QUIEREN UNA SERIE DE MIEMBROS DE SUS EQUIPOS TERAPEUTICOS QUE SE SIENTEN TEORICAMENTE IDENTIFICADOS CON LA EVOLUCION DE LAS C.T.D. PUBLICAS E INCLUSO REVINDICAN EL CAMBIO DE STATUS DE SU C.T.D. o al menos estar subvencionados al 100%.

Esto explica por qué todas las iniciativas técnico-terapéuticas surgen del sector público, mientras que hace unos años las C.T.D. eran básicamente *iniciativas personales*, tal es el caso de la incidencia psicoanalítica, que entendemos como el esfuerzo teorizador más amplio y que aparece claramente en por lo menos cinco de las C.T.D. públicas, mientras sólo dos privadas lo admiten con claridad, en clara oposición a los principios básicos de privacidad del psicoanálisis.

Conviene señalar también que los informes sobre *El rol terapéutico de la C.T.*, Públicas y Privadas coinciden en afirmar, que la C.T.D. es un *ámbito terapéutico privilegiado* en el que es posible realizar ciertas acciones psicosociales, no posibles fuera de la condición de internamiento, pero mientras las privadas siguen hablando de la eficacia del establecimiento de una estructura social artificial donde el sujeto podrá elaborar sus conflictos, las Públicas insisten en que esto sólo debe aplicarse a aquellos sujetos que no pueden realizarlo en su medio habitual. En un caso la C.T.D. funciona como referente terapéutico,

mientras que en el otro, dicho referente se halla en el Programa Asistencial Amplio; por la misma razón, las públicas no suelen tener técnicas de *control de la vuelta y readaptación al medio*, mientras que para las privadas puede llegar a ser la parte más importante de su programa. Tenemos la excepción de un par de C.T.D. públicas de las que nos consta que el dispositivo asistencial amplio es inespecífico y no funciona como referente.

11.8. Analisis comparativo de ciertas variables

El análisis de los diversos programas terapéuticos, nos permite comprender ahora, el distinto comportamiento y el sentido que adoptan ciertas variables que se planteaban en el Cuestionario.

11.8.1. Factores de eficacia terapeutica

Se preguntó, cuales se consideraba que eran los factores de eficacia terapéutica en pregunta cerrada, y las respuestas fueron las siguientes.

Los resultados coinciden totalmente con el análisis desarrollado anteriormente.

	Pública	Privada	Patriarca	Evang.	P. Hombre	Narconon
Individuales.....	100%	100%	100%	—	100%	100%
Farmacológicos ..	—	4,3%	—	—	—	—
Grupales.....	100%	95,7%	100%	(1)	100%	—
Psicosocial	100%	100%	—	—	100%	—
Valores (2).....	40%	—	100%	—	—	—
Valores y Creen.	—	91,4%	—	100%	100%	—

(1) Se cita en un caso de C.T. Específica.

(2) No aparecía codificado, pero 4 de las C.T.D. públicas señalaban el ítem tachando al mismo tiempo el término «creencias». Por otra parte El Patriarca cita abundantemente la cuestión de valores personales.

El cuadro podría incluso considerarse una especie de resumen de cuanto venimos señalando en capítulos anteriores: rechazo a los factores y criterios farmacológicos y aceptación unánime de otros factores en forma diferencial en cada red.

11.8.2. Intercambio con otras C.T.D.

Cuatro de las Redes: el Proyecto Hombre, El Patriarca, las Iglesias Evangélicas y Narconon, desarrollan un fuerte nivel de intercambios, tanto visitas, como cesión de materiales, estancias e incluso intercambio de personal pero sólo dentro de la propia Red, otro tipo de relaciones son exclusivamente personales.

La Red pública es la que realiza mayores intercambios, visitas, congresos, cesión de materiales, contactos personales, etc... no sólo a través de su propia Red sino hacia la Privada e incluso hacia el Proyecto Hombre. Todas las C.T.D. de la Red Pública realizan estas acciones de intercambio y en todas hay miembros de la Asociación de Profesionales de Comunidades Terapéuticas.

En la Red Privada se dan, en cambio, situaciones de aislamiento total, el 26,1% de las C.T.D. de esta Red no se relacionan con nadie, el resto, entre las que se encuentran todas las que tienen algún tipo de subvención, se comportan en forma parecida a las Públicas y también en sus equipos se incluyen a miembros de la A.P.C.T..

11.8.3. Actividades complementarias

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Públicas	50%	100%	50%	30%	60%
Privadas	64,2%	21,4%	42,8%	14,3%	50%
Patriarca	100%	central	(1)	central	central
Evangelistas	100%	—	—	—	100%
P. Hombre	100%	50%	50%	50%	25%
Narconon	100%	—	(2)	—	—

(1) Prevención.

(2) Investigación.

(3) Formación Profesional.

(4) Orientación Legal.

(5) Publicaciones.

NOTAS

(1) En algunos casos se imparte F.P. especialmente a menores.

(2) Únicamente en una de las C.T.D.

Todas realizan Prevención, las públicas es como parte de las actividades del Programa Asistencial Amplio, el resto lógicamente desde la propia C.T.D., lo que vendría a significar que la C.T.D. se percibe NO SOLO COMO UNA ALTERNATIVA ASISTENCIAL SINO COMO UNA INSTITUCION IMPLICADA A TODOS LOS NIVELES EN EL TEMA DE LAS DROGODEPENDENCIAS.

En un plano similar hay que valorar las otras actividades contempladas, ya hemos podido constatar que si bien algunas C.T.D. realizan investigación, formación profesional, orientación legal, etc.,... considerándolo parte de su intervención asistencial, una mayoría realiza tales actividades a partir de una serie de mecanismos que les involucran en el tema de las drogodependencias aunque en ocasiones no tienen que ver con los pacientes internos.

11.8.4. Objetivos terapéuticos

La práctica totalidad de los programas terapéuticos se articula en fases, éstas poseen objetivos explícitos diferentes en cada Red, existiendo una fuerte coincidencia entre los objetivos en cada una de las fases entre las distintas C.T.D. que componen una Red. Esta coincidencia en las respuestas, que contrasta con la confusión y la dispersión terminológica en las preguntas sobre *denominación teórica*, podría significar que los objetivos concretos, que hemos formalizado al hablar en el Cuestionario de Corto, Medio y Largo Plazo, están mucho más claros que el marco teórico en el que podrían inscribirse. Además, las diferencias entre Redes, significan que estos objetivos se ven constreñidos por realidades materiales y estructurales que abocan a la coincidencia según el rol global de la Red, lo que desde luego no sucede cuando se hacen definiciones teóricas.

Veamos los objetivos de cada Red.

1) La RED PUBLICA ofrece el siguiente balance de objetivos comunes a pesar de la complejidad teórica de la que venimos hablando en estas páginas:

a) A CORTO PLAZO los objetivos son:

- Recuperación psicofísica.
- Vida libre de drogas y aislamiento.
- Aceptación de normas de la C.T.D.

b) A MEDIO PLAZO son:

- Clave: **DESARROLLO DE LA RESPONSABILIDAD.**
Para unos a nivel de relaciones interpersonales.
Para otros a nivel de trabajo y hábitos de vida.
- Integración en el grupo.
- Desarrollo de habilidades sociales

c) A LARGO PLAZO son:

- Clave: **AUTONOMIA.**
- Desarrollo personal.
- Maduración personal.

- Adaptación y reinserción en el medio.
- Reinserción sociolaboral.
- En otros términos expresados como: Elaboración del duelo, aceptar la castración, ser uno más en el mundo y asumir la frustración.

2) LA RED PRIVADA.

a) A CORTO PLAZO son:

- Modelo A: Control de consumo y abstinencia.
- Modelo B: Integración en C.T.D.

b) A MEDIO PLAZO son:

- Clave: **REEDUCACION.**
- Reestructuración psíquica
- Adquisición de conductas compatibles.
- Autocontrol.
- Conexión sistémica (familia y otros entornos).

c) A LARGO PLAZO SON:

- Modelo 1 (las subvencionadas)
- Reinserción sociolaboral.
- Modelo 2 (Privadas puras y mixtas)
- Consolidación de estilo de vida.
- Elaboración de proyectos de vida realistas.
- Aceptación de las normas sociales.
- Reinserción no programada.
- Nuevos en otros terminos expresado como:
Conceptos de gratificación y asunción del deseo de Heroína.

Las C.T.D. Públicas y las Privadas nos ofrecen dos perfiles distintos de objetivos, tanto por la distinta temporalización de algunos de ellos, como es que en las primeras se evoluciona de lo personal a lo social, mientras en las segundas por el contrario se hace de lo social a lo personal, quizás porque las Privadas deben demostrar (a la familia, al subvencionador, al sistema, ...) que el inviduido *va bien* desde una perspectiva normativa, antes de incidir en aspectos psicológicos individuales, mientras las Públicas insisten en el aspecto psicoterapéutico porque saben que no pueden responder adecuadamente a las reclamaciones de recursos públicos, que se les van a hacer a partir de un cierto momento.

3) La RED EL PATRIARCA no respondió con una división de los objetivos en plazos, pero señaló explícitamente que no podía dividirlos ya que su Terapia se basa en el concepto de **GRADUALIDAD**. Esta se aplica según criterios de los Toxiterapeutas de los centros. He-

mos podido sin embargo diferenciar cuatro fases en las que se produce respectivamente:

- a) La desintoxicación física.
- b) La participación en las tareas del centro.
- c) La responsabilización en el desarrollo de estas tareas.
- d) Modelo A: la asunción de responsabilidades a nivel de la Asociación.

Modelo B: la reinserción social a través de la participación en Asociaciones de reinsertados.

- 4) La RED DE LAS IGLESIAS EVANGELICAS adopta los siguientes objetivos:

- a) A CORTO PLAZO:

- Desintoxicación y recuperación psicofísica.
- Adaptación a las normas del centro.

- b) A MEDIO PLAZO:

- Adopción de valores morales.

- c) A LARGO PLAZO:

- Caso Comunidades de tipo específico:
 - Reinserción social (personal o a través de Comunidades cristianas)
- Caso de Comunidades de tipo inespecífico:
 - Nueva ética y participación en la Comunidad.

- 5) La RED DEL PROYECTO HOMBRE indica unos objetivos muy precisos e idénticos en todas las C.T.D.

- a) A CORTO PLAZO:

- Separación de las drogas.
- Integración en el grupo.

- b) A MEDIO PLAZO:

- Autoconocimiento y maduración personal.

- c) A LARGO PLAZO:

- Reinserción (normalización social)
- Responsabilización.
- Autoaceptación.

- 6) La RED DE NARCONON aplica un modelo de objetivos más simples:

- a) A CORTO PLAZO:

- «Separarse de la droga»

- b) A MEDIO Y LARGO PLAZO:

- Recuperación y Reinserción entendidas como competencia.

11.9. El caso de los programas de padres.

La cuestión de la existencia de un conjunto de referentes sistémicos a nivel familiar, sirve para contrastar la práctica terapéutica en las distintas redes. En general, se puede afirmar que las familias participan de alguna forma en casi todas las C.T.D., otra cuestión es el tipo y las características que adoptan tales formulas de participación.

Empezando por la presencia de ASOCIACIONES DE FAMILIARES, hay que señalar que las mismas existen siempre en tres Redes, la Pública, El Patriarca y el Proyecto Hombre, y casi nunca en las otras tres Redes, en una gran medida porque estas Asociaciones no aparecen vinculadas directamente con las C.T.D., sino con los servicios asistenciales amplios. En el caso de las públicas, con los servicios ambulatorios de referencia o a través del programa local de atención, en el caso de El Patriarca, a través de los Centros Urbanos o como Asociaciones Provinciales formalmente independientes que apoyan a El Patriarca, y en la Red del Proyecto Hombre, el propio programa asistencial incluye la existencia de la Asociación como parte del mismo. En cuanto a las otras tres Redes hay algunas excepciones, por ejemplo, una de las Comunidades de Narconon y algunas Privadas; sin embargo, en todos los casos, se trata de Asociaciones vinculadas directamente a la C.T.D. y no a un organismo mas amplio.

Exista o no Asociación, la práctica totalidad de las C.T.D. (un 95,1%), exige algún tipo de colaboración en el programa terapéutico, las excepciones son en parte la Red Narconon y las C.T.D. de tipo inespecífico de la Red de las Iglesias Evangélicas.

Pero, esta exigencia es muy diferente en cada una de las Redes, configurando versiones muy distintas del rol de un programa familiar en el tratamiento de las drogodependencias. Para poder describirlas correctamente hemos establecido tres modelos:

- 1) TIPO TERAPEUTICO, caracterizado por la existencia de grupos terapéuticos de padres en el organismo asistencial amplio. Estos grupos actúan sobre los factores de tipo sistémico, y tienen como objetivo modificar las actitudes, pautas y comportamientos de los padres hacia sus hijos drogodependientes, haciéndoles participar en la dinámica y evolución del propio proceso.
- 2) TIPO INTERLOCUTOR, caracterizado por la exigencia de un contacto con la familia a fin de que ésta intervenga en diferentes niveles, desde presionar en la fase de admisión, hasta acoger en la fase de reinserción, controlar los permisos o apoyar ciertas iniciativas.
- 3) TIPO REFERENCIAL, caracterizado por la nula presencia de la familia en todo el proceso, siendo la única exigencia, que exista

una familia de *respuesta*, a fin de cumplir con las exigencias económicas o responder ante demandas concretas.

El TIPO TERAPEUTICO aparece en toda la Red del Proyecto Hombre, y en prácticamente toda la Pública, en todos los casos, el programa terapéutico se basa en grupos de padres y/o en terapia familiar conjunta y se considera una parte esencial del proceso de tratamiento, en el que no nos defendremos, ya que sobre el mismo existe una abundante literatura (Autores varios, 1987).

El TIPO INTERLOCUTOR aparece especialmente en la Red Privada, con un caso extremo en el que un familiar tiene que *acompañar* al drogodependiente durante toda la estancia en la C.T.D. Sin embargo a pesar de que realiza determinadas funciones, dicho familiar no es sujeto terapéutico, y lo mismo ocurre en otras C.T.D. de esta Red, en la que las funciones de la familia tienen que ver con el desarrollo del proceso, pero no son en sí mismos objeto de ninguna intervención.

Si atendemos a las C.T.D. de la red privada subvencionadas, observaremos que la implicación del colectivo familiar es mayor, lo que a nuestro entender significa, que el tipo de programa familiar va a estar en función de la dependencia administrativa de la C.T.D. y que, salvo la Red del Proyecto Hombre, la dependencia pública significa una implicación terapéutica de los familiares, mientras que en las Comunidades totalmente privadas el papel de la familia es también importante, pero sólo como interlocutores de los terapeutas a ciertos fines que estos persiguen. Conviene también señalar, que es en la Red Privada, en la única que se da el fenómeno de que las familias tomen decisiones en torno al proceso terapéutico del interno, y en la que se recogen quejas relativas a las interferencias de las familias en dicho proceso.

Aunque existe una excepción a esta regla, ya que una C.T.D. privada posee uno de los mas desarrollados programas terapéuticos con familias, indudablemente no es en este caso el carácter de profesional o no profesional el que determina el tipo de programa familiar, sino la pertenencia a una Red pública o Privada, -al hecho de que se esté pagando por la intervención o ésta sea gratuita-. Pero especialmente la existencia de un Servicio Asistencial Amplio, -ambulatorio y urbano-, que es el espacio físico adecuado en el que poder desarrollar un programa familiar.

Finalmente el TIPO REFERENCIAL, que aparece en la Red de El Patriarca, no admite ningún tipo de participación de la familia en el proceso, aunque sí las de aquellas familias que, teniendo o no en un momento determinado a miembros internos en la Red, forman parte de las Asociaciones. En los Centros Urbanos de El Patriarca aparece un *programa disociado* de información y sensibilización a padres,

pero sin conexión con la situación concreta del interno en un momento dado; esta misma estructura se observa en una C.T.D. Privada que en sus orígenes estuvo vinculada a El Patriarca.

Los grupos de padres del El Patriarca, constituidos bajo la formula de diferentes Asociaciones de Apoyo, constituyen un mecanismo importante para comprender la dinámica de dicha Red, pero no la dinámica terapéutica sino la sociopolítica. Los grupos de padres, resuelven problemas de intendencia y apoyan la expansión de El Patriarca, pero sin poseer ninguna capacidad ni ejecutiva ni legislativa sobre la Asociación que conforma la Red, solo tienen en parte, capacidad para gestionar la propia asociación de padres y en ocasiones intervenir en C.T.D. en fase de constitución y gran precariedad. Además, la participación de los padres se centra en aquellos con capacidad de movilizar a colectivos, aportar o captar recursos, contactos o expedir vías para la Red. Algunos de los padres, los más participativos, pueden recibir un cierto feed-back terapéutico en el contexto de las referencias teóricas del modelo de El Patriarca.

El caso de las C.T.D. de Narconon y tipo específico de la Red de las Iglesias Evangélicas, son programas de tipo Interlocutor y/o Referencial.

Un fenómeno corriente que se da en los Programas tipo Interlocutor y Referencial consiste en que, -y esto suele ocurrir frecuentemente cuando además hay una Asociación-, los *grupos de padres* en vez de ser Grupos Terapéuticos se convierten en grupos de control e intentan *imponer su ley* sobre el Programa de la C.T.D.. Si tenemos en cuenta lo indicado en el capítulo IV, observaremos lo peligrosa que puede ser esta tendencia.

El dato más importante que se ha utilizado para correlacionar el tipo de Red con el tipo de programa familiar, ha sido la respuesta a la cuestión VI.4.4., acerca de si el programa era (bajo pregunta cerrada) *Individual, para la pareja, grupos de padres...* etc, y a su agrupamiento en tres categorías según se realizara:

- A) Sólo intervención individual.
- B) Todo tipo de intervenciones.
- C) Sólo intervención grupal.

En el primer caso aparecían todas aquellas C.T.D. con programas tipo Referencial e Interlocutor, en el segundo y el tercero todas las C.T.D. del Proyecto Hombre, las Públicas y las pocas Privadas con programa terapéutico. La categoría B se reserva a las C.T.D. Públicas que utilizan referentes teóricos psicodinámicos y la C a las que utilizan

concepciones más Socioterapéuticas. El cierre epistemológico es sorprendente por lo exacto.

Por último vamos a hacer una serie de observaciones sobre la cuestión de los Programas Familiares tipo Terapéutico:

En la Red Pública, resulta sorprendente que casi en la totalidad de las C.T.D. sea obligatorio que la familia del interno participe en un Programa Familiar, y decimos sorprendente, porque arriba hemos mencionado que espontáneamente todas las C.T.D. de esta Red justifican su existencia en los casos en los que el apoyo sistémico falla, ¿cómo es posible en tales condiciones plantear un Programa Familiar obligatorio?, sin duda porque tal y como se ha mostrado en el capítulo V, la condición real de los internados no es en absoluto la de un grupo desestructurado.

Solventado este tema los Programas suelen estar muy bien planteados y el esquema tipo incluye:

- 1) Acciones informativas grupales e individuales.
- 2) Grupos familiares que tienen como finalidad:
 - Crear relaciones interpersonales entre ellos
 - Implicarles en los aspectos psicoterapéuticos del tratamiento
 - Prolongar el modelo normativo aplicado en la C.T.D.
 - Implicarles en las dificultades surgidas.
- 3) Contactos individuales que tienen como finalidad diseñar estrategias de reinserción sociolaboral, educativa o simplemente vital.
- 4) En algunas C.T.D. Psicoterapia de Familia Individual, incluido o no el drogodependiente, para familias con graves problemas de desestructuración. (Soriano, 1986).

En resumen los Programas Familiares tipo Terapéutico permiten: informar (Fernandez March et al, 1983), sugerir (Soriano, 1985), aumentar la comprensión mutua (CT-35), posibilitar la reinserción (CT-40), descubrir en las relaciones familiares aspectos útiles para el tratamiento (CT-38) y hasta resolver conflictos familiares, con independencia de que tengan que ver o no con los problemas de la Drogodependencia.

Solo una sombra mediatiza este idílico paisaje: Sin una decidida intervención, la mayoría de las familias no aceptan responsabilizarse, ni de su posible influencia en el proceso de adquisición de la dependencia, ni de la realización de determinadas acciones que impliquen cambio de hábitos entre los otros miembros del grupo familiar, ya que el único problema es el drogodependiente y se lo ha buscado él mismo. Y el problema reside en que actualmente la mayoría de los recursos asistenciales, todos los inespecíficos desde luego, no sólo no están pre-

parados para cambiar este discurso familiar sino que es muy posible que lo refuercen, con lo que los Programas Familiares de las C.T.D. pueden quedarse en un conjunto de buenas intenciones si no se dispone de recursos asistenciales que posibiliten la realización de Terapias familiares (Roldan et al, 1986), y de ahí el extraño fenómeno de C.T.D. Públicas que realizan ELLAS MISMAS, el Programa familiar.

Nos cabe también comentar dos cuestiones, que haciéndonos eco de la literatura internacional, hemos podido detectar en algunos casos: En primer lugar, el rechazo a participar en grupos terapéuticos por parte de los familiares, compensado por la presión del terapeuta intentando imponerla, situación que refleja una contradicción permanente e insoslayable entre familiares y terapeutas, ya que mientras la familia rechaza la *culpabilización* y se niega a participar, el terapeuta pretende eliminar la ansiedad que le produce su propia, directa y exclusiva responsabilidad (Coletti, 1985), sustituyendo la relación entre terapeuta y paciente, por el escudo de una triple relación entre paciente, familia y terapeuta. En segundo lugar, la Terapia Familiar puede frenar el desarrollo de una óptica relacional más amplia que evita el esquema de la *culpa-pasado-familia*, que si bien resuelve algunos problemas produce otros, en especial si la *nueva relación familiar* sustituye a una auténtica resocialización y este freno significa a la vez que de una forma implícita se asignan los factores etiológicos, o de riesgo, a la relación familiar. Algo que quizás está muy lejos de la intención de muchos Programas Familiares, pero que producen este efecto, impidiendo al mismo tiempo que emerja una *familia de apoyo* y generando *familias de control* a las que el exdrogodependiente se somete para evitar la recaída.

La Red del Proyecto Hombre, es la que explícitamente presta mayor atención a los Programas Familiares, hasta el punto que se ha llegado a afirmar que es un Programa de atención a familias, uno de cuyos miembros es drogodependiente. El Proyecto Hombre, exige la adhesión de la familia al programa terapéutico, y en la primera fase (anterior a la C.T.D.), controla y selecciona a los sujetos a partir de esta condición, teniendo las familias que participar y comprometerse obligatoriamente en una serie de acciones entre las que destacamos:

- 1) Acompañamiento permanente y seguimiento del hijo.
- 2) Control sobre sus reacciones y comportamiento.
- 3) Asistencia diaria al centro durante la fase de acogida.
- 4) Participación en los grupos de autoayuda.
- 5) Participación en Grupos Terapéuticos familiares como el Grupo Mixto o el Encuentro Especial.

La perspectiva teórica es, que *el proceso de crecimiento* del drogo-

dependiente debe ir acompañado de otro *proceso de crecimiento* en la unidad familiar, para que al final no se produzcan disfunciones.

Finalmente, cabe señalar alguna C.T.D. Privada que nos informa de un Programa Familiar que implica incluso la presencia con una cierta frecuencia de todos los familiares de los internos en la C.T.D., señalando que si hay una sintonía entre las reacciones de familiares e internos el proceso terapéutico se facilita enormemente (CT-42); sin embargo creemos que la mayoría de las intervenciones a este nivel de las Privadas, y señalamos de nuevo la incidencia negativa que puede tener una Asociación de Padres controladora, se desenvuelven en lo que indica una C.T.D. Privada, que no ha respondido al cuestionario pero de la que hemos reconstruido expediente (CT-59).

Para dicha C.T.D. la participación de los familiares es obligatoria con los siguientes objetivos:

- Colaboradores activos en el proceso de reinserción.
- Implicarse en la búsqueda de recursos sociales.
- No interferir en el proceso terapéutico.
- Adquirir compromisos sobre su conducta en relación a su hijo.

11.10. ¿Porque aparecen las C.T.D. de día?

Dos de las C.T.D. incluídas en la muestra, una pública y la otra privada, funcionan en régimen de externado, y como ya indicamos las hemos incluído a efectos comparativos, porque constituyen un fenómeno cualitativamente nuevo que queremos analizar, entre otras razones porque conocemos otros proyectos que nos confirman que este es un modelo en ascenso.

Tenemos en primer lugar que señalar que en nada se diferencian, salvo en la condición de externado, estas C.T.D. del resto. La pública en concreto es muy similar a cualquier otra, está ubicada en un ámbito rural, realiza actividades típicas y padece las mismas contradicciones psicoterapéuticas que las demás, incluso justifica su existencia en el tema de la desestructuración y la imposibilidad de que ciertos pacientes desarrollen su proceso de rehabilitación en el medio natural.

Manejan además otro argumento, como es, evitar de entrada las situaciones de dependencia que se crean entre el sujeto y la C.T.D. cuando el proceso se realiza en régimen de internado. Así consiguen las ventajas terapéuticas de la Comunidad Terapéutica y evitan sus inconvenientes. No podemos presuponer que no existe dependencia entre el sujeto y la C.T.D. aunque en todo caso será siempre menor. En realidad las C.T.D. de día son «Hospitales de día» sólo que surgidas de la experiencia histórica de las C.T.D.

En el cuadro 11.2., establecemos una serie de comparaciones entre las C.T.D. en régimen de internamiento, las *de día* y los Programas Ambulatorios, a través del que podemos deducir, que si la clave para el tratamiento del drogodependiente reside en las condiciones psicoterapéuticas del medio de la C.T.D., el internamiento esta de más, salvo que la clave resida justamente en la condición de internamiento, en cuyo caso la *C.T.D. de día* no tiene razón de ser si ya tenemos un Programa Ambulatorio.

En cualquier caso, la literatura internacional señala otra serie de ventajas para las *C.T.D. de día* que merece la pena reseñar (Hatch, 1985):

- 1) Posibilidad de obtener con el mismo presupuesto un equipo profesional más amplio, lo que puede llevar a una mayor competencia y motivación en el equipo.
- 2) Mayor accesibilidad para pacientes que no pueden desvincularse por un periodo muy largo de su medio natural.
- 3) Mayor estabilidad emocional en los pacientes que contrastan sus experiencias permanentemente con su propia realidad cotidiana.

Con independencia de nuestras reflexiones no cabe duda de que este modelo, que creemos escenifica un paso más en el proceso de re-institucionalización y de implantación de *lo psicoterapéutico explícito*, se irá ampliando en los próximos años, siendo preciso tener preparados instrumentos de evaluación, que comparen los resultados y las aplicaciones de los tres modelos, para poder así determinar no sólo la eficacia, sino también la aplicabilidad de cada uno de ellos.

CUADRO 11.2
MODELO ESTRUCTURAL

Variables	C.T.D. (Internamiento)	C.T.D. (De día)	Programa Ambulatorio
Perfil teórico del sujeto	Desestructurado	Semiestructurado	Estructurado
Perfil Real	Estructurado	Estructurado	Estructurado
Justificación	Necesidades	Necesidades	Reinserción Medio
	psicoterapéuticas	psicoterapéuticas	
Realidad social	Internamiento	?	Demanda y coste
Nivel actividades	Intensivo	Intensivo	Bajo (*)
Nivel psicoterapéutico			
Propuesto	Alto	Alto	Bajo
Coste	Alto	Medio	Bajo
Eficacia comparativa	← Desconocido →		

(*) Salvo si existen «TALLERES TERAPEUTICOS».

12. LA PROBLEMATICA DE LA REINSERCIÓN SOCIAL

12.1. *Planteamiento del problema*

Las Comunidades Terapéuticas surgieron como un método para intentar la Reinserción Social de los internos en instituciones de Salud Mental, por el contrario, las Comunidades Terapéuticas para Drogodependientes, aparecieron y durante muchos años se han desarrollado alrededor de la idea de que la Reinserción Social del Drogodependiente es imposible y por lo tanto hay que crear instituciones que los acojan vitaliciamente. La evolución y la presión social, han llevado a las C.T.D. a replantearse sus funciones y a redefinir sus objetivos desde la perspectiva de instrumentos de Reinserción Social, adoptando para ello las referencias intelectuales de las primitivas Comunidades Terapéuticas, sin abandonar ciertas prácticas surgidas en el proceso de creación de las C.T.D.

El doble origen de las actuales C.T.D., que como hemos ido viendo se estructura en una gradación continua entre ambos modelos, en un extremo del cual estaría la Red El Patriarca y en el otro la Red Pública, tiene en el tema de la Reinserción Social una de sus contradicciones no resueltas, «*si hay alguna generalización posible para la mayoría de las C.T.D.... es que a la preparación para funcionar en el mundo exterior no se le dedica la adecuada atención y tiempo*» (Winnick, 1980). Se quiera o no cualquier C.T.D. de cualquier Red es, por condiciones materiales y físicas, un *recurso finalista*, que realiza, mejor o peor, un proceso que posibilita al individuo la adquisición de unos niveles, relativamente preestablecidos, de desarrollo y competencia social, pero que no está en condiciones de *implantar*, ensayar o poner en práctica estas adquisiciones en las condiciones normalizadas de la vida cotidiana y la praxis social.

Como veremos, ciertas C.T.D. se plantean el problema de la reimplantación en el medio en una forma gradual, con salidas y controles posteriores, pero indudablemente esta es una etapa limitada, y durante la misma la C.T.D. sigue realizando una función referencial, y en ningún caso aparece un auténtico feed-back entre la reimplantación prolongada en el medio, y sus problemas cotidianos vistos de una manera directa y *desnuda* sin la mediación de la C.T.D.. Por ello, y con independencia de que la mayoría de internos en las C.T.D. se encuentran en la situación de *tener* que irse al acabar el programa o a partir de un determinado momento, no cabe duda, de que aún en los casos en que existe un programa específico de *separación* o *destete*, según los lenguajes, hay un punto de no retorno a partir del que empieza la contrastación real con el medio social. En este momento la C.T.D. no puede hacer nada, salvo recoger los casos en situación de recaída.

Al analizar las actitudes y la demanda social en el capítulo IV se ha podido constatar, cómo lo que llamabamos *segunda ruptura* era tan

importante para la Reinserción Social (o la abstinencia de la que era condición), como el propio abandono del consumo de la droga o drogas causantes de la dependencia, y cómo los sujetos que habían pasado por las C.T.D. y actualmente mantenían la abstinencia, reelaboraban por sí mismos los mecanismos que les habían permitido enfrentarse a esta segunda ruptura.

En un reciente texto (Funes y Romani, 1986), se planteaba la hipótesis de que la Reinserción Social era un proceso singular, que dependía de la etapa evolutiva del sujeto, una serie de condiciones particulares ni buscadas ni planificadas (se habla de *suerte*) y una situación mínima de *umbral de experiencias significativas*. En nuestra opinión, la realidad sociológica que acertadamente detectan Funes y Romani, no es un resultante del proceso terapéutico en sí, sino que aparece justamente por la dinámica de lo que en capítulos anteriores hemos llamado *segunda ruptura*. En otros textos, hemos manifestado nuestro desacuerdo con la Teoría de la Maduración Objetiva (Comas, 1987), pero tenemos que matizar que nuestro desacuerdo se produce desde la perspectiva analizada en el capítulo VII, de que la intervención terapéutica tiene un sentido y por lo tanto reconvierte las condiciones de la demanda, es decir, en la tensión que se produce entre voluntariedad y motivación por una parte e imposición terapéutica por otra, el énfasis es diacrónicamente cíclico, y en un momento como es la admisión, el énfasis está en la voluntad y la motivación, y en otros momentos del proceso el énfasis está en la imposición terapéutica. Por tanto, la Maduración Objetiva se puede y debe crear en el propio proceso de intervención. Pero el problema, a nuestro juicio, reside en cuanto no existe tal intervención, y con claridad no existe en la segunda ruptura, cuando se abandona al sujeto a su suerte de cara a la Reinserción Social, momento en el que se produce la situación que describen Funes y Romani, QUIZAS CON INDEPENDENCIA DE LOS LOGROS INDIVIDUALES CONCRETOS OBTENIDOS EN LA C.T.D.

El tema es muy importante, ya que implica la existencia de una costosa Red de recursos asistenciales que cubren, con mayor o menor adecuación o éxito, una etapa, para situar al sujeto en un punto, en el que las condiciones de éxito dependen de una serie de factores que no han sido modificados por la intervención de la C.T.D. Es decir, las C.T.D., acogen a una serie de sujetos cuya motivación objetiva (*habían tocado fondo*), permite predecir el éxito y en este sentido actúan de simples apoyos al proceso, y a una serie de sujetos que no cumplen esta condición y que con independencia de los resultados obtenidos en la C.T.D., es predecible la recaída, porque en el momento en el que dejen la C.T.D., la *falta de maduración objetiva* se impone, sin otra mediación. Esta situación sería equivalente a la realización de una intervención quirúrgica con el máximo de garantías de asepsia, para a

partir de un momento del postoperatorio dejar de proporcionar al individuo, y con independencia de su situación, antibióticos para que trabajen sólo las defensas naturales. Evidentemente solo superarían el proceso aquellos que PREVIAMENTE tuvieran un bajo riesgo de infección.

Estas son las razones que nos han impulsado a una doble lectura de la cuestión de la Reinserción Social y las C.T.D. Por un lado, necesitamos saber y conocer lo que dicen hacer y hacen las C.T.D., analizando el sentido de sus actos y afirmaciones y las implicaciones que se derivan de los mismos, pero por otro lado, nos ha parecido adecuado realizar un discurso proyectivo, en el que nos replanteamos, tanto el concepto de Reinserción Social como la aplicaciones reales que se están dando al mismo, y desde una cierta perspectiva crítica reelaborar la relación entre C.T.D. y proceso de reinserción.

12.2. Los programas de reinserción en las C.T.D.

Se les preguntó a las C.T.D., si tenían un Programa Específico de Reinserción Social, y un 77,2% de ellas respondieron afirmativamente, siendo la respuesta también afirmativa en el Informe de El Patriarca, y señalando el resto de C.T.D. que no respondieron afirmativamente a la pregunta del Programa Específico, con alguna de las actividades mencionadas mas adelante como ligadas a la Reinserción. Salvo la Red Narconon, la práctica totalidad de las C.T.D. manifestó algún tipo de planteamiento explícito en relación al tema.

En cuanto a si llevaban directamente el Programa explícito, un 34,2% se manifestó positivamente, y en respuesta múltiple un 40,0% señaló un Servicio Asistencial Amplio como el responsable o corresponsable del mismo y un 37,2% señaló a los mismos efectos a otras instituciones.

Los comportamientos no se correlacionaban dentro de cada Red salvo en los casos de Narconon (no existe Programa) y Proyecto Hombre (es siempre el mismo Programa). Por ejemplo, en la Red Pública hay dos C.T.D. que tienen su propio programa de Reinserción, pero además, hay siete programas que dependen del Servicio Asistencial Amplio (o el centro de referencia), en las mismas nueve C.T.D. hay otros tres programas ligados a otro tipo de recursos y finalmente una de las C.T.D. públicas se desvincula de todo programa de Reinserción. Los criterios por los que se ha seleccionado una modalidad u otra no están claros, y a través de los contactos personales, se ha deducido que se trata de una cuestión de oportunidades y posibilidades no planificadas.

La descripción de los Programas de Reinserción, planteados desde

la perspectiva de la actividad terapéutica, nos permitieron establecer cuatro versiones del mismo:

- a) VERSION MAYORITARIA I: Las actividades terapéuticas constituyen por sí mismas un proceso de Reinserción. La C.T.D. es un microcosmos con funciones socializadoras. Afirmación presente en todas las Redes.
- b) VERSION MAYORITARIA II: a partir de un cierto periodo de internamiento se permiten salidas y contactos. Afirmación presente en todas las Redes.
- c) VERSION MINORITARIA I: hay una serie de servicios exteriores que se ocupan de ello. Afirmación exclusiva de la Red Pública.
- d) VERSION MINORITARIA II: existe un programa de seguimiento que permite acudir periódicamente a la C.T.D.. Afirmación exclusiva de la Red Privada.

En cuanto a la existencia de un Programa de Seguimiento, un 88,6% repondió afirmativamente, siendo la excepción la Red Narconon. El Patriarca informa que no realiza un programa de este tipo, ya que lo considera competencia de la administración pública. Para un 31,4% la duración del programa es variable o indefinido y para un 57,2% tiene una duración fija, con un mínimo de 6 meses y un máximo de 5-7 años, la mayoría (un 37,1% de las C.T.D.) tiene una duración entre 1 y 2 años.

Tal Programa de Seguimiento lo realizan (respuestas múltiples):

- La propia C.T.D. en un 40% (La mayoría de las Privadas)
- El Servicio Asistencial Amplio en un 48,5% (todas las Públicas).
- Otras en un 40%.
 - La C.T. de Reinserción en el Proyecto Hombre.
 - Las Iglesias Evangélicas para las C.T.D. inespecíficas de esta Red.
 - Los Servicios Sociales y Sanitarios generales para un 42,9% de las C.T.D. de la Red Privada.

El Programa de seguimiento incluye los siguientes controles para un 82% de las C.T.D. (respuesta múltiple).

1. Analíticas	39,1%
2. Reuniones.....	21,7%
3. Psicoterapia individual.....	21,7%
4. Terapia de apoyo	13,0%
5. Terapia de grupo.....	13,0%
6. Estancias	8,6%
7. Control social	8,6%

La frecuencia de tales controles se distribuye como sigue:

Semanal	31,0%
Quincenal	27,5%
Mensual	13,7%
Superior al mes.....	20,6%
Variable	6,8%
TOTAL.....	100,0%

Por otro lado al preguntar por el tipo de terapias que se utilizaban en el periodo post C.T.D. se obtuvo un 50% de respuestas (todas las C.T.D. públicas y algunas de otras Redes salvo Narconon) con los siguientes resultados (respuesta múltiple):

1) Terapia de apoyo	47,0%
2) Terapia de familia	41,1%
3) Terapia individual	29,4%
4) Grupos de apoyo	23,5%
5) Terapia de grupo	23,5%
6) Red exterior.....	5,8%
7) Actividades Culturales	5,8%

La Terapia individual, la de grupo, la red exterior y las actividades culturales sólo aparecen en la Red Pública, la Terapia de apoyo y familiar, así como los grupos de apoyo, aparecen principalmente en la Red Privada y en la del Proyecto Hombre, así como en caso de la Red Pública y de las Iglesias Evangélicas.

Como Dispositivos Transicionales entre las C.T.D. y la reintegración social se citan los pisos (17,1%), las asociaciones (8,5%) aparte de la afirmación en este sentido de la Red El Patriarca, las Comunidades de Reinserción del Proyecto Hombre (y una privada que afirma tenerla en proyecto), además de un Hospital de Día de otra C.T.D. privada que también afirma tener en proyecto.

En relación a la actuación en caso de Recaída, proporcionan una respuesta el 100% de las C.T.D. salvo El Patriarca que no se pronuncia —aunque algún responsable de esta red nos ha indicado que readmiten a sujetos en situación de recaída salvo aquellos que huyeron en compañía de otro o robaron al irse—, ofreciéndose las siguientes alternativas perfectamente diferenciadas:

- a) Reingreso en la C.T.D. para prácticamente todas las C.T.D. de la Red Privada, las del Proyecto Hombre, Narconon y algunas de las Iglesias Evangélicas.

- b) Se señala la intervención y la competencia de la Red Asistencial Amplia en casi todas las Públicas.
- c) Se habla de valorar cada caso por la propia C.T.D. sin comprometerse a la readmisión en varias públicas y otros casos puntuales.

Finalmente, al plantear la existencia de *convenios con otros recursos sociales con finalidad de reinserción*, nos encontramos con un conjunto ambiguo de respuestas que incluyen términos como *colaboración, contacto, intentan conectar con Asistentes Sociales*, etc.,...y sólo respuestas claras en el caso de las C.T.D. públicas que informan mayoritariamente de convenios con el I.N.E.M. (una privada lo tiene también) y Servicios Sociales generales.

12.3. La perspectiva de la reinserción social desde las C.T.D.

12.3.1. Valoración de dificultades

La Reinserción Social es la prueba de la eficacia de un tratamiento. Partimos de una afirmación que podría parecer banal e innecesaria ya que goza de un total consenso, pero preferimos explicitarla porque con frecuencia se olvida, y conviene también matizarla porque indudablemente sólo es la prueba cuando la Reinserción es el objetivo. Si los diferentes programas de las distintas C.T.D., todos ellos, se articulan en torno al objetivo de la Reinserción Social, indudablemente ésta será la medida del éxito o el fracaso de la intervención realizada por las C.T.D.

Habría que empezar por señalar que es lo que entendemos por Reinserción Social, ya que del material producido por las distintas C.T.D. se desprende la existencia de visiones muy diferentes, en las que además se observan sesgos característicos dependiendo de las Redes y de la categorización de medios y objetivos particulares, que hemos señalado en el apartado anterior.

Si a esto le sumamos que el colectivo de los afectados, y a veces no sólo ellos, entienden por Reinserción Social el logro de las condiciones que posibilitan la abstinencia, y la abstinencia misma, nos encontramos ante una situación bastante confusa, que exige una toma de posición. Esta toma de posición no pasa por una definición más o menos adecuada de Reinserción Social sino por la adopción de un criterio operativo que nos permita la valoración de los resultados obtenidos por las diferentes C.T.D., INCLUSO DESDE LA PERSPECTIVA DE SUS OBJETIVOS PARTICULARES.

En este sentido queremos señalar con claridad que el fenómeno de las drogodependencias, cuya complejidad todo el mundo reconoce, no puede ser abordado de una manera unívoca ni dogmática, y por lo tanto, tal como ha revelado el espíritu de este informe, los planteamientos válidos son diversos, y de entrada el único criterio de validez, aparte de ciertas condiciones sanitarias, ambientales o jurídicas que podemos exigir, es que los objetivos sean claros, concretos, valorables y evaluables.

Desde tal perspectiva la Reinserción Social será, EL PROCESO DE ADQUISICION POR PARTE DEL INDIVIDUO DE UNOS NIVELES PREESTABLECIDOS DE DESARROLLO Y COMPETENCIA PERSONAL EN RELACION A UN CONTEXTO SOCIOCULTURAL DETERMINADO, correspondiendo la definición de tales niveles al diseño del programa que los puede determinar y articular mediante diversas intervenciones.

Sin duda alguna, el problema más importante para las C.T.D. se deriva del hecho de que la *implantación y/o ensayo* sólo puede realizarse en la praxis social, es decir en un ámbito ajeno a la propia C.T.D. y en unas condiciones que ésta no puede controlar. Tal problema ha producido como hemos visto diversas estrategias. La mayoría de las C.T.D., han buscado fórmulas de intervención directa mediante programas de seguimiento, que implican la realización de diferentes acciones por la propia C.T.D., mientras unas cuantas Comunidades de la Red Pública al depender de un servicio asistencial amplio, remiten al sujeto al centro referencial que se ocupa del tema de la Reinserción Social.

En el primer caso, el mecanismo funciona, sin que podamos valorar su nivel de eficacia, porque el colectivo de los sujetos en situación de Reinserción Social activa es ínfimo, quizás por la novedad de muchas de las C.T.D. cuyas actividades son recientes y tienen pocos sujetos en situación de *alta*, quizás porque las tasas de retención son bajas, quizás porque, como ha ocurrido en el caso de la Red El Patriarca, el planteamiento intelectual del problema de la Reinserción Social es reciente, por tanto no es un mecanismo que admita la generalización ya que las mismas condiciones físicas de las C.T.D. hacen muy difícil cualquier tipo de intervención hacia el sujeto en su propio medio.

En el segundo caso, nos encontramos ante recursos específicos, y sin querer aquí repetir la vieja polémica específico-inespecífico, no cabe duda que tales recursos específicos no pueden intervenir directamente en la diversidad de ámbitos, -relacional, laboral, formativo, lúdico, etc.,...- en los que se produce la Reinserción Social y deben acudir al conjunto de recursos de todo tipo que posee la comunidad y cuya enumeración resultaría infinita.

Por tanto la generalización del proceso implica, en uno y otro caso, la utilización del conjunto de recursos sociales y comunitarios (entendidos en un sentido muy amplio) cuyo control, o mera existencia no depende para nada de las C.T.D., entrándose entonces en una contradicción de muy difícil resolución.

Por si esto fuera poco, este conjunto de recursos sociales y comunitarios aparecen en este momento mediatizados por una serie de elementos que, sin querer entrar en un análisis de los mismos, quisiéramos señalar, incluso desde la perspectiva de que alguno de ellos nos permitirán comprender mejor el propio fenómeno de las C.T.D.

1) Coexisten múltiples redes paralelas, con objetivos, discursos, procesos y técnicas muy distintas, que ofrecen un panorama complejo en el que es muy difícil ajustar los objetivos de las C.T.D., e incluso las necesidades del sujeto concreto. Por ejemplo, el conjunto de recursos de la beneficencia privada *entran* decisivamente en el apoyo a los procesos de reinserción, distorsionando los objetivos de autonomía personal y responsabilización desarrollados por ciertas C.T.D.

2) En este sentido, no sólo no se ha producido una transición clara entre el paternalismo y el profesionalismo, sino que en la nueva situación de coexistencia, se han creado situaciones muy atípicas quizás por influencia de mecanismos socioculturales difíciles de precisar; así parte de los antiguos mecanismos de la beneficencia se han profesionalizado en su oferta asistencial, mientras una parte de la red pública adopta actitudes paternalistas, y realiza acciones de movilización catártica de colectivos de afectados, como los drogodependientes y sus familias, que nada tienen que ver con una intervención objetiva y eficaz.

3) No es ajena a esta situación la crítica de un cierto progresismo intelectual, que tomando como objeto simbólico de sus ataques un fantástico Welfare State, reclama airada y apasionadamente los derechos del individuo, sin percatarse de que la respuesta liberal que exige la desarticulación de la redes públicas, -red precaria en nuestro caso-, es un claro atentado contra los derechos individuales en una sociedad desigual, especialmente con colectivos como el de los drogodependientes.

El conjunto de dificultades que venimos señalando es algo que las C.T.D. deberán ir superando, ya que su propia supervivencia dependen de ello. Nosotros desde aquí, entendemos que es algo que necesariamente se va a producir y sobre lo que no vamos a ofertar alternativas susceptibles de poner en marcha en forma inmediata, porque no es nuestro papel, y la complejidad del tema solo admite respuestas pragmáticas y contrastadas, pero sí queremos resituar, en función de lo que entendemos por Reinserción Social, los parámetros dimensionales y condiciones en los que ésta puede desarrollarse eficazmente.

Sin duda el déficit más general y que sería preciso superar reside

en la asunción, como ya hemos visto en el capítulo anterior, por parte de las C.T.D., de objetivos que a nivel de Reinserción Social vienen siendo meras etiquetas conceptuales y a veces inalcanzables, que implican la no explicitación de los objetivos a conseguir en términos medibles, observables y significativos. Por otro lado, estos objetivos genéricos y generales puede que no coincidan con la vinculación posible del sujeto con una realidad cultural.

Por tanto, la primera condición a exigir a todas las C.T.D., es que realicen un enunciado de los objetivos que consideren pertinentes, pero que tales objetivos sean medibles, bien sea cualitativa o cuantitativamente, y lo que es más importante que TALES MEDIDAS NO SE REFIERAN SOLO A LA INCIDENCIA DE LA INTERVENCION SINO AL LOGRO DE LOS RESULTADOS, y tambien QUE EXISTA UNA CORRESPONDENCIA ENTRE LAS CARACTERISTICAS DE TALES OBJETIVOS Y LOS MEDIOS DISPONIBLES.

En el siguiente capítulo al plantear la cuestión de la evaluación retomaremos el tema en este punto, pero para aclarar mejor cuanto venimos diciendo vamos a desarrollar una serie de ejemplos que nos permiten entender la relación entre fijación de objetivos y obtención de resultados en el marco real de las condiciones sociales de la España actual.

12.3.2. Fijación de objetivos y estrategias de medición

Si una de las dificultades más importantes para el logro de la Reinserción Social (recordemos el capítulo IV) es la SOLEDAD SOCIOCULTURAL, uno de los objetivos posibles y deseables sería sin duda el posibilitar la superación de dicha situación, es decir, el conseguir que el sujeto se integre en las redes sociales normalizadas y que en las mismas el individuo obtenga información, recursos, apoyo social y dependiendo de otras condiciones personales una posibilidad de equilibrio emocional. Creemos que este objetivo aparece implícita o explícitamente, recogido en la mayoría del material y respuestas de las C.T.D., pero al mismo tiempo no aparece una descripción ni de los procesos concretos, ni de los recursos implicados ni de las fórmulas que permitan evaluar si efectivamente el sujeto se ha integrado en las redes sociales. En general, creemos que se supone que la dotación al individuo de ciertas habilidades psicosociales y la instrucción de la integración bastan por sí solas, y con esta base el individuo posee capacidad ya no sólo para tomar decisiones sino que además sean las acertadas.

Indudablemente esto no es así, cuando incluso los mecanismos y fórmulas de integración no están claros para los propios profesionales, ya que para algunos, la integración representa la simple *posibilidad de*

poder optar, para otros la integración se mide en términos de variables (trabajo, estudios, casa, no delinquir, ect...), y finalmente para otros se traduce en *establecimiento de vinculaciones interpersonales positivas y efectivas*.

En cualquier caso, el objetivo de la integración en las redes sociales normalizadas, debe redefinirse mediante una serie de objetivos concretos y operacionales que dependerán tanto, de las características de la población, y el individuo concreto atendido, como de los medios disponibles.

Por ejemplo, para un grupo de sujetos cuya carrera de drogodependiente haya destruido todos sus vínculos de afiliación fuera del mundo del tráfico y consumo de drogas, y entre los que sea posible realizar un programa de apoyo social, el objetivo puede ser el de que se integren en dicho programa, y la medida de los resultados, la frecuencia de participación en diferentes actividades. Sin embargo, si faltan las habilidades básicas necesarias para conseguir y mantener relaciones interpersonales, no es posible que tenga éxito poner a los individuos en ambientes de apoyo, sin haber hecho previamente programas que se centren en entrenarle en habilidades sociales.

Eso significa que hay que conocer parámetros como los siguientes:

- La relación entre el individuo y las personas que le apoyan.
- La conducta de las personas que le apoyan y el contenido del apoyo.
- Características personales, demográficas y tipo de roles que influyen en la receptividad del apoyo.
- Habilidades necesarias para alcanzar y mantener relaciones de apoyo.
- Estructuras ambientales que conducen al establecimiento y mantenimiento de los sistemas de apoyo.

Todos ellos, en función de preestablecer niveles de desarrollo y competencia social que podamos valorar adecuadamente.

Pero además la integración en las redes sociales normalizadas puede no ser un objetivo en ciertas situaciones y frente a determinados individuos. Es decir, lo hemos utilizado como ejemplo de cómo construir un objetivo, pero per se no tiene que serlo para todos los programas y todos los internos en las C.T.D. En este sentido, otro ejemplo nos ayudará a comprender cómo ciertos objetivos que parecen muy claros y standarizables pueden llegar a producir efectos negativos.

En el capítulo anterior, hemos visto y analizado, como una parte de las C.T.D. tenían un *Programa de Padres* a través del que se realizaba algún tipo de intervención en terapia familiar o sistémica, también hemos visto como estos programas eran standars dependiendo de

cada C.T.D. o de cada Red, y hemos visto que para muchas de ellas el programa aparte de ser único era obligatorio, lo que nos ha conducido a hacer observaciones en torno a la inadecuación de los recursos para realizar este tipo de programas, al rol desresponsabilizador que suponían para el terapeuta, o la *nueva función* controladora de la unidad familiar para el exdrogodependiente.

Los Programas de Padres, para que la familia se convierta en un mecanismo de apoyo social al exdrogodependiente han sido, por tanto, formulados como un objetivo universalmente válido y se aplican ciegamente, sin valorar:

- Las dinámicas familiares concretas.
- El adecuado nivel de intervención que no tiene porque coincidir con las expectativas del grupo de padres o familiares.
- La incidencia de las modificaciones introducidas en la dinámica familiar y por tanto sus efectos positivos o negativos.

Actualmente, aparece claramente demostrado en estudios clínicos que el apoyo emocional y la ayuda material, tienen efectos independientes y que para muchos casos el rol de la familia se asocia sólo con el bienestar físico (Liem, 1976), y esto, como hemos visto en el capítulo IV, es algo que percibían con mucha claridad los exdrogodependientes en el Discurso de la Salvación. La familia apoya, ayuda, es imprescindible, pero no resuelve los problemas emocionales, sino que más bien los complica. Hay que estar agradecido a los padres que se han sacrificado y han participado en un programa, pero el control derivado de ello resulta agobiante y se reivindica una alternativa que adopta la fórmula de *conseguir mi propia familia*.

Algo parecido puede decirse de aquellos casos en los que parte de los factores causantes de la drogodependencia se hallan en el mismo medio familiar, sean estos factores disfuncionales o de sobreprotección. En un estudio realizado sobre enfermos mentales (Leff, 1976) se desarrolló un índice de la *expresión de las emociones* que consistía en variables tales, como comentarios críticos e implicación excesiva en los miembros de la familia, y se encontró que los índices de recursos personales se relacionaban con estas medidas de ambiente familiar. En este sentido, se planteó la hipótesis de que el aislamiento social de muchos pacientes puede servir como protección frente al apoyo excesivo y perturbador de la familia. En tal caso, indudablemente, un Programa de Padres basado en grupos en los que se lleven a cabo fórmulas puras de transferencia, de información o de *confronto*, sin ningún otro control, puede ser perfectamente negativo.

Otro ejemplo arquetípico lo constituyen los objetivos cuyo referente final es la integración en los ambientes sociales de los que el sujeto procede, dejando implícito que ésta integración en el *ambiente natural*

es por sí misma positiva, porque se trata justamente de esto, de un *ambiente natural* y sin tener en cuenta cuestiones como:

- El grado de congruencia o adecuación entre las necesidades y expectativas del individuo y las demandas del ambiente social *natural*.
- La importancia de este mismo ambiente como factor causal y/o configurador de la situación de dependencia.

En este sentido, nos parece muy significativa la actitud de diferentes profesionales e investigadores que, tras hacer mucho hincapié en las condiciones del medio como explicación sociológica del fenómeno de la drogodependencia, a continuación se esfuerzan en demostrar que la *verdadera* Reinserción Social es aquella que permite que el sujeto se desenvuelva abstemio en este mismo medio, lo que implica la consecución de una personalidad *sobrehumana* que le permita *resistir los embates del tormentoso ambiente social y los rayos de las condiciones objetivas*, ¿no será un planteamiento tan incongruente el resultado de la *necesidad de castigo* para el drogodependiente tal y como la sienten y desean algunos profesionales?

13. POSIBILIDADES DE EVALUACION

13.1. *Los mecanismos de evaluación en las C.T.D.*

13.1.1. El problema de la instrumentalización

Una serie de preguntas en el cuestionario, concretamente casi todo el apartado VII y parte del VIII, se referían al tema de la evaluación, sin embargo los resultados obtenidos, a pesar de que la mayoría de las C.T.D. nos han remitido sus propios cuestionarios, fichas, modelos de historiales, protocolos, etc..., han sido más que discretos, lo que vendría a confirmar que el tema de la evaluación, un déficit tradicional en el campo de las drogodependencias (Aguado et al, 1986), tampoco ha sido resuelto en las C.T.D., aunque se hayan dado algunos pasos.

En un primer momento parecería que el tema de la evaluación está resuelto, ya que un 42,8% de las C.T.D. (excluida la Red El Patriarca) afirman tener un Programa Standar de Evaluación, que en un 100% se aplica en cada una de las fases del programa terapéutico, y en un 8,5% del total de C.T.D. en forma *permanente*. En cuanto al 57,2% de C.T.D., que no disponen de Programa Standar de Evaluación se dividen, en un 17,2% que efectivamente no disponen de ningún método de evaluación, frente a un 40% que sí realizan algún tipo de evaluación parcial, (19,9% utilizan algún instrumento de evaluación psicoterapéutico, 14,2% tienen fichas de internos, y un 5,7% señalan que están elaborando instrumentos).

Por otro lado un 77,1% de las C.T.D. afirma tener un Sistema de Registro de Casos, y un 45,7% nos remite un modelo de la ficha utilizada, incluso un 8,5% del total afirma trabajar con grupos control.

En cuanto a la Red El Patriarca no disponemos de ninguna referencia a un sistema de evaluación, aunque nos consta la existencia de un Sistema de Registro de Casos centralizado en la sede central de dicha Red y que contiene los datos personales de cada sujeto, ciertas variables sociodemográficas, fecha de alta y C.T.D. en la que permanece internado, y que ha posibilitado trabajos como *Balance parcial de admisiones enero-octubre 1986* y *Estudio epidemiológico de los madrileños de la Asociación Le Patriarche* que hemos utilizado en diferentes momentos de esta investigación. Sin embargo la Asociación El Patriarca no realiza una explotación sistemática pública de los datos de su registro, ni tampoco de otro registro paralelo de los sujetos con problemas judiciales pendientes, e incluso diversos responsables de la Administración Pública nos señalan las permanentes dificultades con las que se encuentran para recabar los datos de los sujetos a los que han becado o subvencionado en dicha Red.

Sin embargo, también, en las otras redes, la primera impresión en cuanto a la disponibilidad de un sistema de evaluación se ve rápida-

mente corregida en cuanto se analizan las técnicas de evaluación utilizadas, y en la que nos vemos envueltos en un sinfín de confusiones. Incluso dentro de Redes en las que existe una unificación total de criterios técnicos (como es el Proyecto Hombre o Narconon) las respuestas de las C.T.D. de la misma Red son distintas y confusas.

Esta confusión, se articula sobre una falta de instrumentalización y una retahíla de afirmaciones generales y abstractas como, *comprobar la madurez, consenso entre monitores y familiares, la convivencia es el mejor indicador*, etc..., que en muchos casos, y de una forma paradigmática en el Proyecto Hombre, contrastan con la existencia de múltiples instrumentos para evaluar las actividades no terapéuticas y que producen resúmenes diarios, semanales y mensuales, que pueden informar sobre lo que ha trabajado el sujeto pero en absoluto sobre su evolución. Sólo las C.T.D. públicas y alguna privada dirigida por equipos profesionales señalan la existencia de instrumentos precisos de evaluación a los que someten periódica y formalmente al sujeto.

Sin embargo, al analizar tales instrumentos nos encontramos con una nueva dificultad, derivada del hecho de que no se utilizan test y cuestionarios normalizados, sino siempre adaptaciones particulares muy subjetivas, espontáneas y hasta donde sabemos, ni sometidas a pretest ni contrastadas. El caso extremo, lo constituyen algunos test psicológicos adaptados de test standar o contruidos directamente para medir los *estados de ánimo, la valoración por el interno del proceso de intervención e instalaciones, el grado de integración*, etc..., siendo también frecuentes, las hojas de observación de residentes diseñadas directamente por los monitores y que en ocasiones dentro de una misma C.T.D. son distintas para cada monitor.

La misma falta de normalización aparece en otros instrumentos como Historias Clínicas, Historias Sociales (aunque éstas suelen contener los mismos datos), e incluso entre los Protocolos Médicos (examen médico general y analíticas) que utilizan técnicas e incluyen datos distintos. Tampoco existe normalización en cuanto a los instrumentos de psicodiagnóstico utilizados, ni en cuanto a la existencia o no de instrumentos para evaluar el trabajo en grupos y la terapia familiar.

Por otro lado, esta falta de unificación en los instrumentos y criterios, no queda explicada, ni por las diferencias teóricas entre los distintos equipos, ni por las exigencias de evaluación de los Programas Asistenciales Amplios, ya que a igualdad de posicionamiento teórico no se corresponde la utilización de instrumentos y criterios similares, y sólo dos C.T.D. públicas afirman que sus modelos de evaluación aparecen conectados con el Programa Asistencial Amplio. En el resto de los casos, la evaluación se realiza desde la C.T.D. y para la C.T.D., hasta el punto que la mayoría de C.T.D. utiliza el término «hoja o fi-

cha de admisión» en vez de «registro», preservando la idea de un ente independiente.

Además, la fórmula que adopta el modelo general de evaluación, es decir, la manera en la que se integran los diferentes instrumentos, varía de una C.T.D. a otra, dependiendo quizás de la estructura profesional del equipo, lo que nos lleva a reforzar una clara conclusión: LA FALTA DE UNIFICACION DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACION OBEDECE NO A DIFERENCIAS DE CRITERIOS SINO A LA CARENCIA DE CRITERIOS EN RELACION A LA NECESIDAD UNANIMEMENTE EXPRESADA DE QUE ES NECESARIO REALIZAR ALGUN TIPO DE EVALUACION.

Esta conclusión general, puede completarse con una serie de datos que aparecen ligados al uso de estos instrumentos y que reflejamos a continuación.

13.1.2. Medios y controles analíticos

La realización de controles analíticos de abstinencia no está tan generalizada como podría preverse, ya que sólo un 51,4% del conjunto de las C.T.D. de Redes distintas a El Patriarca realizan algún tipo de control analítico. Este porcentaje se acumula en la Red Pública (100%) y gran parte de la Red Privada (64,2%), mientras las otras Redes no realizan, salvo C.T.D. excepcionales, ningún control analítico.

Llama la atención y resulta significativa esta carencia, por cuanto la opinión general de los sujetos que han pasado por alguna C.T.D. (y sus familias), reitera que es justamente en las C.T.D. de las Redes que no practican ningún control donde mejor se controla la abstinencia, mientras que aquellas en las que existen tales controles, son en las que se *engaña a los psicólogos*, lo que quizás vendría a significar todo lo contrario, es decir, que esta opinión fuera el efecto inducido de *tapar* las transgresiones a la abstinencia que puedan realizarse en aquellas C.T.D. sin controles analíticos.

En cuanto a los métodos analíticos para detectar la presencia de opiáceos, se citan los tres siguientes: Aglutex, Cromatografía y Fotómetro Single Test, resultando extraño el uso habitual de un técnica cara y compleja como la cromatografía. En una cuarta parte de las C.T.D. que realizan controles analíticos, un miembro del equipo se ocupa de ellos, aunque normalmente, con la colaboración de recursos ajenos a los que se acude en exclusiva en las tres cuartas partes de las C.T.D. Tales recursos son siempre (100% casos) públicos, aunque muy variados, ya que aparecen: La Universidad, el INSALUD, algún Hospital concertado o algún servicio dependiente del organismo en el que se halla inserto el Programa Asistencial Amplio.

En el 100% de los casos que realizan algún tipo de control analítico éste está siempre presente en el momento de la admisión, habiéndose realizado previamente a la entrada en la C.T.D. o en el momento del ingreso (57,1%), en algunos casos los resultados de dicha analítica pueden ser condicionantes de la admisión. A partir de este punto, los criterios son dispares y no todos realizan nuevas analíticas en forma preestablecida, a las que se limitan un 40% de las C.T.D. que practican analíticas. El resto señalan prácticas al azar, ante situaciones negativas o casos difíciles o a la vuelta de salidas, sin que parezcan existir reglas fijas. Finalmente un 37,1% de estas C.T.D. realizan analíticas en su Programa de Seguimiento.

13.2.3. Criterios de alta

La pregunta sobre *Criterios de alta y técnicas de evaluación para determinación de la misma* (VII-8), nos proporcionó unos resultados curiosos, ya que por un lado, los criterios aparecían cerrados sobre 10 Items lo que produjo un alto grado de respuesta, casi unánime para todos ellos, según se observa en el cuadro adjunto, quizás porque es fácil sentirse identificado frente a un enunciado general, mientras que por otro lado las técnicas de evaluación que se dejaron abiertas NO HAN SIDO CONTESTADAS EXPLICITAMENTE EN NINGUN CASO.

CRITERIOS DE ALTA

— Haber finalizado el programa	71,4%
— Elaboración de los problemas psicológicos que le han llevado a la toxicomanía	54,28%
— Maduración de la personalidad	71,4%
— Cambio de actitudes y valores.....	74,2%
— Capacidad de autonomía.....	65,7%
— Mejora sentido responsabilidad	80,0%
— Adquisición o mejoras en hábitos y costumbres.....	71,4%
— Adquisición o mejoras en habilidades sociales.....	62,8%
— Mejora en las relaciones familiares	54,2%
— Adquisición de una ética concreta	40,0%

Pero lo que si resulta sorprendente de esta clara unanimidad de criterios es, la ABSOLUTA FALTA DE COINCIDENCIA EN LOS CRITERIOS QUE MANEJA CADA UNA DE LAS REDES, lo que tendría su explicación en el caso de Redes con programas y objetivos distintos en cada C.T.D. como es el caso de la Red Privada y en menor medida la Pública, pero que no tiene el menor sentido en los ca-

sos como el Proyecto Hombre o Narconon que aplican idénticos programas.

La única interpretación factible de este hecho, y de la falta de respuesta en torno a los criterios técnicos de evaluación, residiría en que NO HAY CRITERIOS OBJETIVOS DE ALTA, en relación a lo que destacabamos en el capítulo anterior de que no hay tampoco criterios objetivos de reinserción, y por lo tanto *cualquiera vale* mientras parezca correcto, implicando esto que no hay nada que medir, porque esta valoración superficial no puede instrumentalizarse dentro del programa.

13.2. Propuesta de un modelo general de evaluacion

En el capítulo XV se distingue entre Investigación y Evaluación y se señala que este texto es una investigación sobre las C.T.D. españolas, para el que se aprovechan diversas evaluaciones, tal como se ha venido haciendo en las páginas anteriores, y en que se propondría un Modelo General de Evaluación, para el logro del cual, es precisamente necesario llevar a cabo un proceso inductivo como el que se desarrolla a lo largo de la investigación.

En este sentido estamos en condiciones de proponer dicho modelo, que adquiere su significado a partir de la experiencia y conclusiones contenidas en las paginas anteriores, que acumulan no sólo referencias empíricas, sino el conocimiento de los métodos que han posibilitado el obtenerlas.

Tal conocimiento ha sido completado por una serie de referencias más concretas que se han utilizado directamente en el desarrollo de la propuesta, y entre las que queremos destacar, aparte de los ya citados, a Santiago Diaz de Quijano, 1985, Pilar Nieva, 1987 y el Programa EMETYST en relación a experiencias españolas, y que se completarían con una serie de textos que determinan nuestra filosofía evaluadora básica (French y Kaufman, 1981; French et al 1985; Sanchez Carbonell, 1986 y Tims y Ludford, 1984), y con otra serie de trabajos de los que hemos extraído la selección de variables que vamos a manejar mas abajo (Cuskey et al, 1979; Faris, 1985; Giangiacomi et al, 1985; Sagraeus, 1985 y Winick, 1980).

Debemos también señalar, como hemos indicado ya en otros textos, que la cuestión de la Evaluación contiene la clave para resolver los problemas actuales del tratamiento y que sin entrar en una *dinámica evaluativa* los problemas de la drogodependencia serán difícilmente resolubles (Comas, 1987), pero que también ésta dinámica debe ser lo suficientemente flexible y abierta, para evitar las consecuencias

que la experiencia nos demuestra se derivan de los sistemas demasiado cerrados de evaluación (Comas, 1986).

Sin embargo, la opinión más general señala, que Evaluar centros de tratamiento como la C.T.D., no es una tarea fácil y pretende priorizar la intervención ciega. Con independencia de lo inadecuado de tal formulación, debemos indicar, que esta opinión mezcla muchas veces dos niveles distintos de realidad, por un lado el proceso en sí de Evaluación y por otro, el modelo teórico que sustenta la estrategia de Evaluación. En el primer caso, la única dificultad se deriva de la necesidad de que la instancia competente adopte decisiones que aseguren la estabilidad, continuidad y claridad en el proceso, en el segundo caso la dificultad estriba en la falta de clarificación en los objetivos y sentido de la posible Evaluación. En ambos casos, las dificultades proceden más de ámbitos administrativos y corporativos que de problemas relacionados con la Evaluación en sí (Comas, 1987).

Otra cuestión importante se deriva del planteamiento de que las C.T.D., deberían ser sólo un recurso terapéutico en un Programa Asistencial Amplio, lo que vendría a significar que la evaluación de resultados a nivel de C.T.D. es un contrasentido, pero siguiendo los planteamientos de un conocido especialista debemos señalar (Smart, 1976):

- Existen tantas o más C.T.D., que funcionan como un recurso finalista, que C.T.D. incluidas en un Programa Asistencial Amplio. La mayoría de estas C.T.D. finalistas, no se plantean reconvertir sus objetivos y si acaso desarrollan programas de reinserción lo hacen DESDE LAS PROPIAS C.T.D.

- Las C.T.D. finalistas reúnen, en casi todos los países, al menos una parte estadísticamente significativa del conjunto de los sujetos sometidos a tratamiento.

- Muchos sujetos entre los que mantienen la abstinencia permanecen vinculados a los programas de atención, sea como voluntarios, consumidores de recursos sociales o en programas de apoyo, lo que le lleva a Smart a preguntarse «¿Dónde acaba el Programa Asistencial y dónde comienza la evaluación de sus resultados?», y a interpretar que todas las evaluaciones realizadas hasta la fecha son *evaluaciones de objetivos intermedios*, una de las cuales es sin duda los de las C.T.D.

Por su parte, otros conocidos autores (Winick, 1980), señalan la necesidad de realizar evaluación de resultados en las C.T.D., para no introducir elementos discriminatorios, que imposibilitan considerar el posible efecto de objetivos diferentes en cada una de ellas.

En este sentido, tales argumentos se articulan sobre el que viene presidiendo toda nuestra investigación: la fórmula para evitar las manipulaciones sociopolíticas, a las que se recurre con frecuencia por par-

te de algunas C.T.D., reside en considerar a todas las C.T.D. de todas las Redes en un plano de igualdad analítica, y en este caso, en un plano de igualdad evaluativa. En este sentido mantenemos la hipótesis de, a igualdad de condiciones evaluativas, las C.T.D. incluidas en un Programa Asistencial Amplio, ofrecerán resultados más positivos en los estudios de seguimiento.

13.2.1. Dificultades estructurales

Los resultados de la investigación, nos permiten establecer una serie de dificultades que determinan el posible modelo de evaluación a aplicar. Tales dificultades se derivan esencialmente de la complejidad del fenómeno de las C.T.D. y las diferencias entre las distintas Redes, y la necesidad de que el modelo de evaluación propuesto responda a un criterio de *condiciones de igualdad* para todas ellas.

Como dificultades más importantes debemos señalar:

- a) La diversidad de modelos teórico-filosóficos que implican concepciones distintas de lo que es positivo, tanto a nivel de procesos como a nivel de resultados.
- b) La consideración de que sólo el propio Programa es el adecuado para alcanzar los objetivos que el mismo se marca, de acuerdo con esta concepción teórico-filosófica positiva.
- c) La sobrevaloración de ciertas variables en función de tal modelo.
- d) La discriminación de factores negativos que pasan a considerarse irrelevantes dentro del modelo.

Las consecuencias de tales dificultades son las siguientes:

- a) Sólo se considera válida la utilización de criterios que respondan a las exigencias internas del propio programa, lo que conduce a que, con independencia del nombre que se les dé, las únicas evaluaciones que se realizan son evaluaciones de procesos.
- b) La utilización de criterios externos, especialmente si no se adecúan a los objetivos del programa, es interpretada como una medida de fiscalización que nada tiene que ver con la eficacia terapéutica del proceso.
- c) La evaluación interna del proceso se presenta así como la única evaluación de resultados posible.
- d) La confusión final alcanza al status de la evaluación: ésta deja de tener una finalidad correctora para tenerla, por un efecto tautológico, puramente justificativa.

Un ejemplo claro de dificultades y consecuencias, se puede poner a partir de las diferencias, entre aquellas C.T.D. que consideran su intervención como un *fin en si mismo* y aquellas que se consideran un recurso específico dentro de un Programa Asistencial Amplio.

En ambos casos, concepciones teórico-filosóficas sustentan uno u otro tipo de C.T.D., determinando la existencia de objetivos distintos e incluso contradictorios, ya que en el primer caso puede valorarse como muy positiva una adaptación total a la C.T.D. e infravalorarse la posibilidad de readaptación al medio, mientras en el segundo la eliminación de esta adaptación total puede ser justamente uno de los objetivos terapéuticos. Con independencia de lo que consideremos en este momento como adecuado, resulta evidente que el contenido de la variable que utilicemos para evaluar implicará un resultado positivo o negativo según el caso, y que en la práctica real desde cada una de las C.T.D. se exigirá la adopción de criterios de evaluación que se adecuen a sus objetivos, entendiendo que estos son los *criterios que miden correctamente los resultados*. Si el objetivo de la C.T.D. es el de *adaptación total*, el criterio de evaluación correcto será el mismo para esta C.T.D. y considerará como una fiscalización terapéuticamente inadecuada la medida positiva de la *ruptura con la C.T.D.*.

Obviamente, y desde la perspectiva propia de cada C.T.D., la evaluación servirá para justificar que los programas son los adecuados a los fines perseguidos, sean los de adaptación o ruptura.

13.2.2. Los objetivos de la evaluación

Las dificultades señaladas en el epígrafe anterior nos obligan a plantear con claridad aquello que queremos medir.

El objetivo esencial, es sin duda, obtener unos datos que resulten comparables y para ello hay que partir de instrumentos unificados y mediciones originales homogéneas, ya que en caso contrario, los datos se refieren a conceptos y realidades diferentes que los convierten en no comparables. En este sentido queremos señalar que la homogeneidad se debe lograr, tanto por la aplicación de instrumentos homogéneos como por la obtención de condiciones de trabajo de campo adecuadas. Los profesionales de la Sociología saben, desde hace décadas, que la standarización en los instrumentos y procedimientos, no asegura la homogeneidad y que ésta, sólo puede obtenerse a través de la creación de condiciones de recogida de datos correcta, y que en este sentido, hay que renunciar a la standarización cuando el trabajo de campo así lo exige, o al menos a limitar la creación de instrumentos a las condiciones de aplicabilidad de los mismos.

Por tales motivos no proponemos instrumentos concretos y nos li-

mitamos a señalar una serie de condiciones mínimas de evaluación, a partir de la que estos protocolos deberían ser creados con la participación de las partes interesadas. Cuando incluso la terminología terapéutica tiene sentidos distintos entre los diversos profesionales, como es el caso de los problemas que hemos encontrado con Items tan aparentemente neutrales como *terapia grupal*, carecería de significado agrupar estadísticamente fenómenos no homogéneos. A través de este muestrario de mínimos, queremos crear las condiciones que permitan a medio plazo una unificación de los criterios de campo y recogida de datos que nos conduzca al planteamiento de metodologías más standar. En este sentido reiteramos las afirmaciones de los organismos internacionales, que han correlacionado la calidad de los datos socioepidemiológicos y de las evaluaciones de resultados de los programas, con la experiencia y estabilidad de las Redes de Campo de Investigación Sociológica del país en cuestión.

En cualquier caso, resulta claro que por ahora no podemos pretender el desarrollo de un sistema de registro, notificación y evaluación uniforme para todos los centros, aunque sí constatar su interés. La factibilidad de un sistema semejante se limita a una serie de C.T.D. (quizás sólo las de la Red Pública y algunas de la Privada subvencionadas y profesionalizadas) que representan un porcentaje muy minoritario del conjunto de plazas, lo que significa que no resulta conveniente, en las condiciones reales en la que se desarrollan las C.T.D., implicar sólo a una parte de las mismas en un sistema de evaluación de resultados fiable, frente a otras C.T.D. que ofrecieran datos no controlados desde una perspectiva de *igualdad de condiciones y métodos*, pero que a nivel de medios de Comunicación y opinión pública, valdrían lo mismo y posibilitarían la *falsa publicidad de un producto* a partir de unos resultados ni contrastados ni contrastables.

Eso no significa que a nivel de un Programa Asistencial Amplio concreto, una Comunidad Autónoma por ejemplo, no puedan, y deban, ponerse en marcha sistemas de registro, notificación y evaluación sobre el conjunto de sujetos que entran en el programa, incluyendo aquella parte que se desarrolla en una C.T.D. vinculada al mismo. Pero tales resultados NUNCA PUEDEN UTILIZARSE PARA COMPARARSE CON LOS DE UNA RED DE C.T.D. DETERMINADA.

Por lo tanto, nuestra propuesta se va a articular metodológicamente en su posible aplicación a todas las Redes, debiendo quedar claro que las limitaciones que nos autoimponemos, implican que todas las C.T.D. de todas las Redes están en condiciones de poner en marcha y aceptar una propuesta similar, salvo que no acepten ningún tipo de evaluación, en cuyo caso podríamos considerar una serie de sospechas de las que se han hecho eco algunos informantes.

13.2.3. Modelo de evaluación

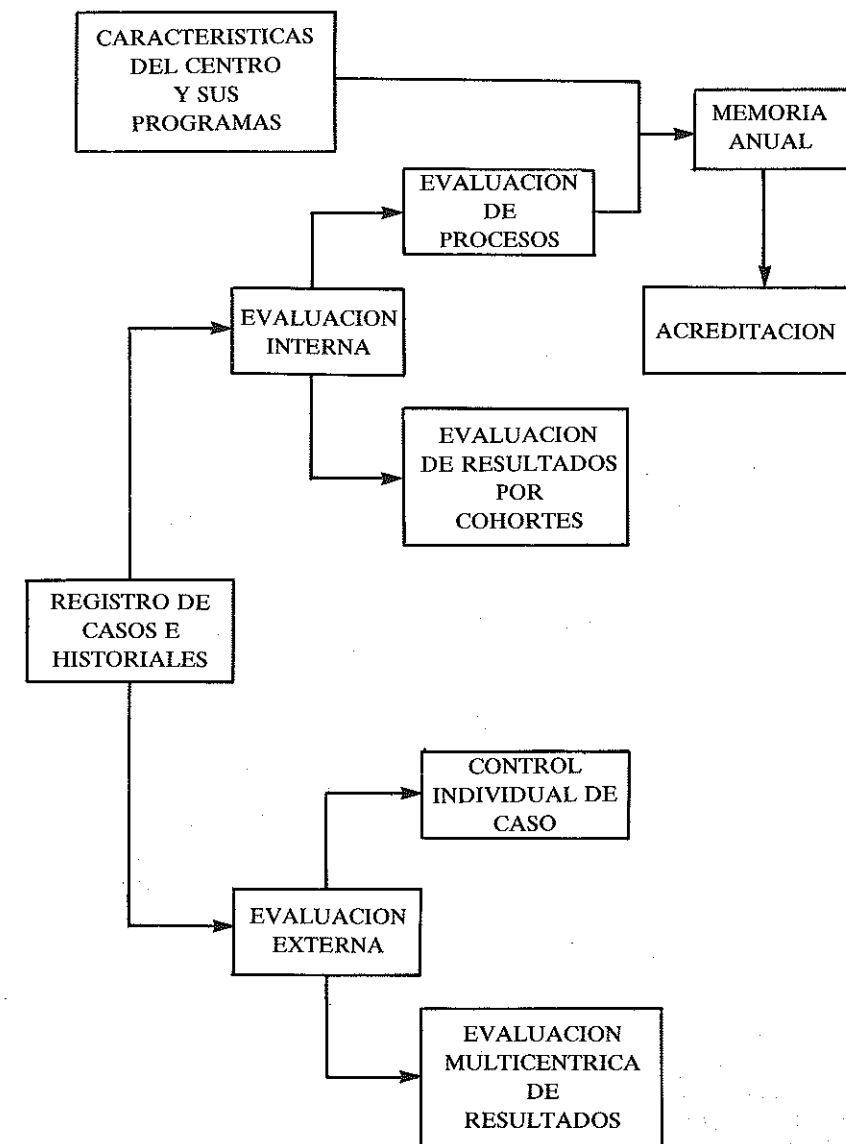
El modelo de evaluación que proponemos, parte de la existencia de un FICHERO DE CASOS E HISTORIALES en cada C.T.D., sobre el que se articularán dos tipos de procedimiento de evaluación distintos: Por un lado, una EVALUACION INTERNA que incluiría la EVALUACION DE PROCESOS y la EVALUACION DE RESULTADOS POR COHORTES, la primera forma parte de la MEMORIA ANUAL, en la que además aparecerían los datos de características del centro y sus programas, conformando una EVALUACION DE CENTROS. La Evaluación de Procesos y de Centros a través de la Memoria Anual sería obligatoria a fin de obtener y mantener la ACREDITACION.

Por otro lado, la EVALUACION EXTERNA implicaría dos tipos de procedimientos, el primero el CONTROL INDIVIDUAL DE CASO que se aplicaría a aquellos sujetos que *dependieran* de un Programa Asistencial Amplio o a aquellos becados por un organismo público en un centro privado durante el periodo de permanencia en el mismo, y la EVALUACION MULTICENTRICA DE RESULTADOS a realizar puntualmente a partir de muestras extraídas de los ficheros de casos e historiales.

El esquema anexo (Cuadro 13.1) nos permitirá comprender mejor las características del Modelo de Evaluación que proponemos y aunque en un primer momento pudiera parecer complicada, debe tenerse en cuenta que se trata de una estructura compuesta por una serie de elementos obligatorios (aquellos que deben aparecer en la Memoria Anual), y otros alternativos, que dependerán de las capacidades del centro, como es el caso de la Evaluación de Resultados por Cohortes, de obligaciones administrativas como es el Control Individual o de iniciativas puntuales externas como es la Evaluación Multicéntrica de Resultados. Todos ellos, procesos que hoy en día se están realizando de una forma u otra y que en muchas ocasiones se acumulan complicando el trabajo de las C.T.D.. Con la estructura propuesta, creamos un modelo muy simple que admite todas las posibilidades de evaluación a partir de un sólo y único trabajo, común a todas las C.T.D., y que por tal motivo adopta un carácter comparativo válido.

Queremos también señalar que una parte importante de C.T.D. dispone de un hiperdesarrollo de instrumentos de medición, en especial fichas de todo tipo, que complican innecesariamente el trabajo. Creemos que este exceso de papeles es debido a la inexistencia de un modelo general de referencia a la hora de realizar las evaluaciones, que se articulan mas bien desde las disponibilidades e ideas personales que desde unos objetivos claros y permanentes, con lo que el modelo que ofrecemos resulta a la vez simplificador, unificador y admite cualquier iniciativa personal sin perder estas características.

CUADRO 13.1
MODELO GENERAL DE EVALUACION



Veamos a continuación el contenido y utilidad de cada uno de los conceptos o instrumentos mencionados:

13.2.3.1. *Fichero de casos e historiales*

Al ingresar el sujeto en la C.T.D. se le abre una ficha con su historial, que como primer punto, deberá contener los datos mínimos del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT), vigente en cada momento dado.

En concreto y siguiendo el actual formato del SEIT, cada sujeto deberá tener reseñado un número de identidad interno, la fecha de inicio del tratamiento y su código confidencial de identificación (por medio de las iniciales de sus apellidos y el mes y el año y la provincia de nacimiento), el municipio de residencia, sexo, droga o drogas que motivan el internamiento y frecuencia de consumo de drogas legales e ilegales, medidas en términos objetivos y absolutos, durante un cierto periodo antes del internamiento (para C.T.D. sería conveniente 6 meses visto que muchos internamientos no son inmediatos).

Dentro de cada ficha se deberían incluir el conjunto de datos que se requieren al sujeto al formalizar el ingreso, relativos a Analíticas, Historia Clínica, Historia Social, Cuestionarios y Test aplicados propios de cada C.T.D., y posteriormente los resultados de todos aquellos instrumentos que a lo largo de la estancia del sujeto en la C.T.D. se le apliquen para medir su evolución, con lo que el Fichero de Casos se convierte en un expediente de trabajo para el personal técnico o responsable de la C.T.D.

En cualquier caso, aparte de los datos mínimos, sería interesante que los responsables y profesionales de las C.T.D. acordarán unificar lo más posible este conjunto de instrumentos. Hay que considerar también, que el Fichero de Casos e Historiales, es la base para realizar cada una de las evaluaciones que se proponen a continuación, por lo que para que cada C.T.D. pueda obtener los datos sin complicaciones el Fichero de Casos e Historiales debe adaptarse a tales necesidades.

Como veremos, para cualquier evaluación externa el propio Fichero de Casos e Historiales deberá asegurar la confidencialidad, lo que implica que la identificación concreta del sujeto no debe aparecer en el mismo, sino en un LIBRO DE ENTRADAS, en el que figuraría correlativamente el número de identidad interno, la fecha de ingreso y los datos personales del ingresado. La existencia del Libro de Entradas, asegura que todos los sujetos que pasan por la C.T.D. están convenientemente registrados y sirve para contrastar este registro con el de Casos e Historiales, evitando que se pierdan casos o se seleccionen los que ofrecen una mejor predicción de resultado.

13.2.3.2. *Evaluación de procesos*

La evaluación de procesos debe realizarse dentro de un periodo determinado, siendo aparentemente lo más adecuado, que se realice anualmente para poder ser incluidos siempre en la Memoria Anual. Vamos a trabajar con este supuesto.

En toda evaluación de procesos anual los sujetos contemplados deben ser: todos los que han ingresado en el año, más los que estaban en el centro el 31 de diciembre del año anterior, menos los que permanecen en el mismo el 31 de diciembre del año en curso. Estos últimos, no pueden nunca ser contemplados en la evaluación de Procesos del año, porque su evolución no es completa, en cambio las intervenciones realizadas el año o años anteriores con aquellos que estaban en el centro el 31 de diciembre del año anterior, deben considerarse en el ejercicio que se está evaluando. Contemplar las intervenciones realizadas en el año, sin este juego, resulta estadísticamente incorrecto y sólo sirve para representar el nivel de actividad laboral del equipo profesional a lo largo del año.

Los datos mínimos requeridos por esta evaluación son:

- a) número de sujetos que cubre la evaluación, que equivale al número de bajas durante el año y que se clasificarían en:
 - alta terapéutica.
 - abandono.
 - expulsión.
 - fuerza mayor.
- b) precisión del momento del programa terapéutico en el que se realiza cada tipo de baja y viceversa.

La Evaluación de Procesos puede incluir técnicas de autoevaluación a partir de los deseos y expectativas de los internos, y también, la aplicación de instrumentos de evaluación para medir los resultados de las diferentes técnicas terapéuticas, en cada una de las fases o aplicaciones del programa. Tales evaluaciones resulta más conveniente referirlas al Middle Peer Level (nivel medio obtenido por un grupo en un tiempo preestablecido), que al logro de los objetivos en sí mismos (Faris, 1985), aunque en nuestra opinión tales técnicas impliquen el riesgo de utilizarse como un mecanismo permanente para seleccionar a los internos con mayores posibilidades de éxito, generando una dinámica de *aprobados y suspensos* terapéuticamente peligrosa.

13.2.3.3. *Características del centro y sus programas*

La Evaluación de Procesos informa sobre la incidencia de la intervención, pero es necesario conocer las condiciones en las que se desa-

248

rolla la misma para poder comprender adecuadamente de que se trata, para lo cual necesitamos conocer las Características del Centro y sus Programas, los datos necesarios son:

- dependencia administrativa del centro y bases económicas de su funcionamiento.
- espacio físico y su distribución.
- situación y ubicación espacial.
- descripción del programa desarrollada en fases con los objetivos de cada una y la temporalización de todo el programa y sus fases. Límite máximo de tiempo de permanencia del sujeto en el programa y en cada fase.
- descripción del Equipo Técnico, número de personas, calificación, idoneidad y criterios de diferenciación entre dicho equipo y los pacientes internos.
- distribución de responsabilidades, tareas y horarios laborales entre los miembros del equipo.
- rol de los voluntarios.
- criterios de admisión y selección de pacientes con especial referencia a las causas de exclusión e instrumentos que se aplican para determinar las mismas.
- existencia y características del Contrato Terapéutico y del Reglamento de Régimen Interior.
- origen geográfico y referencial de dichos pacientes.
- límite máximo de plazas.
- descripción de técnicas psicoterapéuticas aplicadas.
 - denominación usual.
 - condiciones de aplicabilidad.
 - responsabilidad.
 - temporalización.
- Programa Familiar, existencia o no del mismo, características, fines y objetivos, o en su caso, forma de contacto con la familia.
- existencia de supervisión y por quién.
- función de las actividades laborales (sólo terapéuticas, autosostentamiento, fondo común, etc...).
- existencia o no de un programa de Reinserción Social detallando los criterios, técnicas y medios utilizados.
- existencia o no de un programa de seguimiento y características del mismo.
- participación en programas externos a la C.T.D.

13.2.3.4. Memoria Anual

Desde nuestra perspectiva, la Memoria Anual, es el instrumento que formaliza la Evaluación de Procesos y las características del Cen-

tro y sus Programas y a la vez, el instrumento que posibilita la Acreditación en las condiciones que señalamos más adelante. No es un instrumento extraño por cuanto una serie de C.T.D. ya la vienen realizando, algunas desde hace ya años, de las que se pueden citar ejemplos muy válidos (Garibo, 1985 y 1986; Fundación Spiral, 1985; Irrigui-ble, 1986; Someira et al, 1985; CT-62; CT-51; CT-56), sin embargo no existe un modelo de referencia que permita unificar mínimamente estas memorias y utilizarlas a fines comparativos.

Por tanto, nuestra propuesta pretende dar un primer paso en la unificación de criterios, al menos a nivel de Evaluación de Procesos y características del Centro y sus Programas, a los que debemos añadir otras condiciones propias de la misma y que estarían en señalar:

- si es primera que se realiza o se trata de Memorias sucesivas.
- exposición previa de condiciones metodológicas de obtención de datos y en especial cambios de criterio en los conceptos, recogida o elaboración de los datos.

Se pueden incluir en la Memoria todas aquellas investigaciones o evaluaciones complementarias que se hayan realizado, en especial los resultados de la Evaluación de Resultados por Cohortes si los hubiere, así como publicaciones de los miembros del equipo del centro, informes particulares de responsables de área y toda aquella documentación que posibilite un mejor conocimiento de la C.T.D.

Como anexo a la memoria deberían figurar necesariamente los Convenios establecidos por otros recursos, copia del Contrato Terapéutico y del Reglamento de Régimen Interior, los documentos de supervisión y de auditoría, en caso de que hayan sido supervisados y auditados. En cualquier caso estos documentos sólo se incorporarían a la primera Memoria Anual, en Memorias sucesivas únicamente si fueran nuevos o modificados.

13.2.3.5. Evaluación de resultados de cohortes

La evaluación por cohortes no es obligatoria, pero es la única que tiene valor científico, para observar la evolución de los sujetos que pasan por la C.T.D., hacer trabajos propios de Evaluación de Resultados y correlacionar éstos con diferentes variables ligadas a las características del sujeto o de la intervención terapéutica.

Por cohorte se entiende, todos los ingresos realizados en un centro durante un periodo determinado que nunca se puede modificar, habiendo en un momento dado, tantas cohortes como periodos de tiempo transcurridos. Toda evaluación de Resultados para ser aceptable es-

tadísticamente debe hacerse bajo la óptica de cohortes, y en este sentido, todo *seguimiento* debe identificar a la cohorte a la que pertenece el sujeto.

Contrariamente a la evaluación de procesos, los sujetos adquieren su pertenencia a la cohorte sólo por su fecha de ingreso y con independencia del status (dentro-fuera) que tengan en el momento de obtener los datos.

Se recomienda el establecimiento de *períodos de cohorte* inferiores al año para identificar grupos de sujetos más consistentes y tener más desagregada la evolución, pero ante las dificultades que esto puede plantear hemos considerado como más adecuada la fórmula de cohorte semestral.

Hemos considerado además que todo análisis de cohortes para tener validez debe realizarse como mínimo durante tres años, recomendándose un tiempo superior, salvo en los casos de pérdida total de la cohorte que lógicamente la evaluación concluye.

El gráfico adjunto nos muestra el paso de las distintas cohortes semestrales, considerando una evaluación mínima de tres años para cada una de ellas.

	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5	AÑO 6
A	A1	A2	A3	A4	A5	
	B	B1	B2	B3	B4	B5
		C	C1	C2	C3	C4 C5
			D	D1	D2	D3 D4 D5
				E	E1	E2 E3 E4 E5
					F	F1 F2 F3 F4 F6

La Evaluación de Resultados por cohortes puede hacerse anualmente con lo que se posibilita la inclusión de los mismos en la Memoria Anual y, a partir del tercer año, en el que se lleve esta Evaluación de cohortes, ciertos datos de la Evaluación de Procesos deberán corresponder a datos en la Evaluación de cohortes.

Hay que señalar que las Tasas de Retención sólo pueden calcularse a partir de una Evaluación por Cohortes, ya que la retención sólo puede referirse a los ingresos en un periodo determinado. El cálculo de dicha tasa tomando los ingresos de un periodo y las bajas en el mismo carece de cualquier valor. La presentación más adecuada de la Tasa de Retención sería aquella que se realizaría anualmente en relación a cada una de las cohortes presentes en dicho momento en alguno de los programas, incluido el programa de seguimiento.

Los datos a utilizar en esta Evaluación son los mismos que en la Evaluación de Procesos.

13.2.3.6. Control individual de caso

La función del control individual, reside en conocer la situación de un individuo concreto, en un momento dado, por parte de un organismo ajeno a la C.T.D., siendo de obligada utilización en aquellos casos en los que este organismo subvenciona o beca al sujeto para que permanezca en la C.T.D.

En los casos en los que la C.T.D. se incluya en un dispositivo o Programa Asistencial Amplio, este tipo de controles son innecesarios, ya que el centro referencial posee o debe poseer un mecanismo de control permanente del sujeto internado en la C.T.D.

Tal control debe realizarse, tanto desde una perspectiva formalizada, como por ejemplo, un informe a la entrada, otro después de superada cada fase o cada mes o dos meses y otro al abandonar la C.T.D., como desde una perspectiva que implique la inspección *in situ* de la situación en el momento elegido y a criterio de la institución que concede las subvenciones o becas.

Como datos que debería incluir cada informe de Control Individual de Caso, se sugieren los siguientes:

- fecha, razones y tipo de informe.
- identificación personal del internado.
- fecha de ingreso y datos relativos a quién lo remitió y las condiciones de remisión (cuantía beca, condiciones de disfrute....).
- persona que se responsabiliza del contenido del informe.

Si se trata del primer informe, se deberían incluir los siguientes datos obtenidos por la C.T.D., con independencia de que el organismo remitir ya los tuviera:

- datos sociodemográficos.
- historia clínica.
- historia social y judicial.
- resultados analítica y exploración médica.
- valoración psicológica.

Los informes sucesivos dependerán de los objetivos del programa que se suponen deberían ser conocidos y aceptados por parte de quién remitió el caso en el contexto de una C.T.D. acreditada, por lo que tales informes deberán detallar los instrumentos aplicados para medir

el logro de los mismos y los resultados obtenidos. Entre tales instrumentos no puede faltar nunca una analítica completa, con un responsable claro, así como información sobre la evolución del caso.

En cualquier caso, se presupone que los informes sobre Control Individual de Casos deben servir para algo y si no se cumple con lo previsto la subvención o la beca debe ser retirada. Lo que significa que es muy conveniente que se haya firmado un acuerdo o convenio previo entre la C.T.D. y el organismo que recoja los derechos y obligaciones de ambas partes.

13.2.3.7. Evaluación Multicéntrica de Resultados

La Evaluación Multicéntrica de Resultados, integra el conjunto de posibilidades futuras de investigación sobre C.T.D., en el supuesto de que el Modelo de Evaluación que proponemos fuera asumido por todas o una mayoría de C.T.D.

En el momento actual, y a nivel de C.T.D. dicha Evaluación debe manejarse exclusivamente como una posibilidad que dejamos abierta, siendo factible a partir de la existencia de Ficheros de Casos e Historiales. La iniciativa de realizarla puede corresponder a la administración pública, a otras instituciones como la Universidad, a cualquier investigador interesado o incluso al propio conjunto de profesionales de las C.T.D., aunque indudablemente, para iniciar este tipo de trabajo habría que esperar el tiempo necesario para que los Ficheros de Casos e Historiales tuvieran suficiente contenido.

Asimismo, hay que señalar que una Evaluación de Resultados correcta exige fuertes recursos económicos y una decisión político-administrativa que asegure un mínimo de estabilidad y continuidad y que suele tener un poderoso impacto sobre la dinámica terapéutica (Winnick, 1980), lo que significa que su realización debe plantearse en las condiciones metodológicas más adecuadas, entre las que cabe citar la necesidad de que dicho tipo de evaluación la realice una institución independiente y neutral que goze de la confianza de los evaluados.

Queremos señalar que el uso del Fichero de Casos e Historiales, para la Evaluación Multicéntrica, plantea una serie de dificultades prácticas y deontológicas que deberían resolverse adecuadamente antes de iniciar el proceso.

Hay que tener en cuenta que esta Evaluación puede plantearse desde muy diversas perspectivas y adoptar diversos formatos, pero siempre debe realizarse bajo las siguientes condiciones (Wright, 1976).

- Conceptualización de los objetivos.

- Determinación de los instrumentos.
- Formulación del plan de investigación.
- Determinación de los resultados.
- Interpretación de tales resultados.

En cuanto a los formatos posibles son:

- Muestra representativa del conjunto de casos atendidos por la totalidad de las C.T.D.
- Muestras representativas de sujetos atendidos en C.T.D. desagregados en función del tipo de baja.
- Selección de grupos de características sociodemográficas similares para valorar la eficacia de las distintas psicoterapias utilizadas.
- Selección de grupos que hayan recibido el mismo tipo de intervención para valorar la incidencia de los factores sociodemográficos o históricos.

En cualquier caso, la muestra representativa conforma la población a evaluar, lo que significa que LAS PERDIDAS SON PARTE DE LA MUESTRA Y POR TANTO LOS RESULTADOS EVALUADOS SE REFIEREN A TODA LA POBLACION Y NO SOLO A LA ENTREVISTADA. De ahí la importancia de asegurar que el Fichero de Casos e Historiales se encuentre completo, así como la libertad de acceso al mismo por parte del equipo que realice la Evaluación de Resultados. Este tema es muy importante cuando observamos que las pérdidas de muestra siempre suponen mas del 50% de los entrevistados (Cuskey, 1979), o que las C.T.D. ofrecen una selección previa del fichero en el que aparecen excluidos el 30% de la población internada en el período considerado (TAIM, 1987).

Asimismo los dos últimos formatos contienen la exigencia de grupos control que permitan contrastar los resultados.

Las variables más adecuadas para medir el resultado en un estudio de seguimiento en cualquiera de los formatos, podrían seleccionarse entre la que nos aportan los diferentes cuestionarios standar, en especial el D.A.R.P., los formularios de seguimiento de C.O.D.A.P. y el T.O.P.S. y su aplicación en España a través del E.M.E.T.Y.S.T.. Enunciamos a continuación como orientación una serie de tales variables:

- a) Consumo de drogas legales e ilegales, tipo de droga, frecuencia y cantidad.
- b) actividad laboral.
 - empleo estable.
 - empleo esporádico.
 - empleo protegido.

- desempleo.
- asistencia pública.
- pensión o seguro de enfermedad.
- c) estudios.
- d) vivienda.
 - sin vivienda estable.
 - propiedad personal.
 - alquiler personal.
 - compartición con un grupo de pares.
 - compartición familiar.
- e) judicial.
 - detenciones.
 - condenas.
 - probación o sentencia suspendida.
 - prisión.
- f) estabilidad emocional.
 - pareja estable.
 - resultados de test.
- g) otras.
 - práctica de la prostitución.

En cualquier caso, hay que tener en cuenta que el índice de eficacia no es sólo el resultado total de los indicadores utilizados, sino que se obtienen de cruzar éstos con una tipología de criterios de admisión y sistemas de selección de cada C.T.D., en concreto Winick señala (Winick, 1980) que la eficacia es un índice que correlaciona los resultados con:

- Las características del programa.
- La duración de la estancia.
- La capacidad y titulación del personal.
- Las actitudes terapéuticas del personal.
- El programa de actividades.
- Los objetivos.
- Las normas internas.
- La existencia y características del programa de reinserción.
- Los medios materiales, el tamaño, capacidad, etc...

Por otro lado las variables pueden utilizarse para obtener diferentes tipos de resultados entre los que señalamos:

- La tasa de éxitos (cumplimiento objetivos)
- La tasa de retenciones.
- La tasa de mejoría.

13.3. Evaluación y acreditación

El sistema de Evaluación propuesto aparece intimamente ligado al planteamiento de un mecanismo de acreditación para las C.T.D. (ver capítulo XIV), ya que la mayoría de los datos necesarios para la acreditación se obtienen a través del mismo. Tales datos se completan por medio de una serie de exigencias que se señalan en el mencionado capítulo, pero puede observarse como la mayor parte de las exigencias propuestas solo se pueden controlar a través de la exigencia de un sistema de evaluación como el que acabamos de proponer.

En esencia, pensamos que la primera Memoria Anual es el instrumento imprescindible para la obtención de la acreditación y que las sucesivas Memorias constituyen el instrumento de seguimiento y cumplimiento de las condiciones previstas en la acreditación.

Entendemos además que existen diferentes tipos de C.T.D. y que la acreditación a través del mecanismo de la Memoria Anual debería ser obligatorio para todas las C.T.D. públicas, las subvencionadas en todo o en parte y aquellas que reciben casos becados por organismos públicos, para estos últimos casos además se debe exigir las fichas de Control Individual. Para el resto de C.T.D. que no quieran ni subvenciones ni casos becados, sólo podría exigírseles las condiciones de acreditación previstas en el capítulo siguiente y el Libro Registro de Ingresos.

El Registro de Ingresos adquiere así una doble función al servir para controlar la exactitud del Fichero de Casos e Historiales y ser condición para la acreditación, en aquellos casos en los que la C.T.D. se niegue a aplicar el modelo de evaluación propuesto, lo que implicaría una serie de exigencias complementarias para obtener la acreditación y cuya determinación debería corresponder a los Poderes Públicos.

Finalmente, queremos hacer hincapie en que desde nuestra perspectiva el uso de la Memoria Anual como base de la acreditación posee dos ventajas, en primer lugar poder valorar las características del centro y controlar que cumple una serie de exigencias mínimas (espacio, servicios sanitarios, equipo adecuado, etc...) pero, y en segundo lugar permite valorar la adecuación entre las disponibilidades y los objetivos previstos en el programa.

14. CONCLUSIONES

14.1. *Apreciaciones conceptuales y aspectos globales*

1) Este capítulo de conclusiones ni resume, ni sintetiza, cuanto se ha venido señalando en los capítulos anteriores. La complejidad del fenómeno de las drogodependencias así como la de los centros de internamiento que actúan como Comunidades Terapéuticas para Drogodependientes (C.T.D.), sólo han podido ser descritos parcialmente en el conjunto del informe, y en este sentido la totalidad del análisis puede considerarse como conclusiones globalmente válidas. Sin embargo ciertos aspectos merecen ser recalcados, precisados o señalados explícitamente, por cuanto completan o definen cuestiones que, en todo caso y necesariamente, han sido investigadas o evaluadas en los capítulos anteriores.

2) Se ha enfocado el fenómeno de las C.T.D. en España, desde una perspectiva puramente sociológica, aunque esto no significa que nos hayamos limitado a analizar los aspectos considerados como *sociales*, todo lo contrario, nuestros mayores esfuerzos se han dirigido a investigar las concepciones teóricas y las prácticas psicoterapéuticas reales que se aplican en las C.T.D..

3) Este informe ha analizado y por tanto codificado como Comunidades Terapéuticas para Drogodependientes, aquellos centros de internamiento que acogen esencialmente a sujetos con problemas derivados del uso de drogas o a drogodependientes, que se hallan situados generalmente en ámbitos rurales, y que aparte del internamiento tienen como función principal el aislar al sujeto de su ambiente natural para lograr así, tanto un mejor control del mismo, como posibilitar una abstinencia real y permanente de todas las drogas o de aquellas causantes de su dependencia. El concepto de C.T.D. es en todo caso un modelo ideal que en la práctica real resultaría bastante restrictivo, por lo que, desde nuestro posicionamiento sociológico hemos preferido usar un criterio amplio, que recogiendo todos los flecos y en especial el extremado cambio al que está sometido permanentemente el fenómeno, nos han permitido un análisis no sólo de las C.T.D. en sentido estricto, sino de todos aquellos casos que podrían asimilarse a las mismas. De ahí que nuestro análisis final recoge todos aquellos tratamientos de la drogodependencia no hospitalarios y no ambulatorios que tienen como referente cognitivo alguno de los modelos de Comunidad Terapéutica.

4) La investigación se ha articulado a través de la categoría de Red, que nos ha permitido un análisis tipológico del conjunto de las C.T.D. existentes en España y el establecimiento de conclusiones operativas diferenciales para cada una de ellas, ya que tanto sus características orgánicas, como su funcionamiento interno y su rol terapéutico son distintos. Tal diferenciación implica importantes consecuencias para la

adopción de medidas y la planificación de recursos y objetivos, ya que la peculiaridades de cada una, no parecen posibilitar, en este momento concreto, la adopción de criterios uniformes de actuación.

5) Sin duda lo más llamativo de las C.T.D. lo ha constituido el espectacular desarrollo de esta fórmula en los últimos años. Salvo casos puntuales en España, comenzaron a crearse a partir de los años 80 y en menos de siete años se muestra como uno de los fenómenos más dinámicos de nuestra sociedad, con casi un centenar de centros y varios miles de plazas. Tal desarrollo queda explicado por la insuficiencia de otros recursos, pero también por las características concretas de la demanda de atención que realizan los drogodependientes y sus familias, así como por las condiciones sociales y los déficits estructurales de los mecanismos de Bienestar Social (en sentido amplio) en nuestro país. Desde nuestro punto de vista la expansión de las C.T.D. debe analizarse teniendo en cuenta no el fenómeno de las drogodependencias, sino las contradicciones estructurales presentes en Sistemas Comunitarios de Bienestar Social (Salud Mental, Servicios Sociales, Educación, Sanidad, etc.,...), empezando por las contradicciones presentes en la dicotomía Público-Privado, que valen no sólo para el tema de las drogodependencias sino para cualquier otro problema que atañe a tales Sistemas.

6) El desarrollo de las C.T.D. es a la vez una reacción contra las reformas institucionales ligadas a la emergencia del Estado de Bienestar (del Welfare State anglosajón en concreto) y una respuesta a los déficits presentes en los servicios de dicho modelo de Estado. La Comunidad Terapéutica fue en su origen una de las propuestas más racionales y prácticas para el desarrollo de Sistemas Nacionales de Salud y Bienestar Social, en oposición a la cual se crearon en EE.UU., y desde una perspectiva liberal y anti Welfare State, instituciones de características opuestas, que por razones inexplicables tomaron el mismo nombre y que para distinguir hemos llamado Comunidades Terapéuticas para Drogodependientes.

En los países latinos y católicos como el nuestro, las C.T.D. surgieron en una situación absolutamente distinta, no como reacción al Welfare State sino para cubrir los déficits que los Sistemas de Beneficencia (especialmente en *Atención Social* y en Salud Mental) mantenían estos países. A pesar de ello se han constituido imitando a las C.T.D. *liberal-privadas* americanas, no sólo en su concepción general, sino incluso en sus prácticas cotidianas y concretas.

Sin embargo, la contradicción entre el modelo de referencia y la distinta realidad sociopolítica ha producido un acelerado proceso de cambio, que ha sido interpretado por sus propios protagonistas como un fenómeno de confluencia entre las C.T. y las C.T.D., y que desde nuestra perspectiva implica por el contrario, la emergencia de una nue-

va institución que contiene elementos radicalmente revolucionarios y que afectan no sólo a los Sistemas de Bienestar Social antes señalados, sino incluso a la misma esencia del Sistema Judicial (en el sentido más amplio). Presagiando, al menos en lo que al tratamiento de las Drogodependencias se refiere, cambios esenciales en la redistribución de competencias y ámbitos de aplicabilidad de las responsabilidades institucionales tradicionales.

7) Debemos señalar que en nuestra opinión, aún desde una posición dialéctica y materialista, resulta un tanto paradójica la proliferación de críticas absolutas y totales al Estado de Bienestar en España, como si dispusiéramos de una experiencia viva, real y cotidiana sobre su falta de eficacia, que nos permitiera contrastar cuanto se dice. Bien al contrario, recursos básicos de un Estado de Bienestar siguen estando actualmente sin cubrir. Desde un Estado caracterizado por la carencia de Servicios Sociales y Comunitarios, por el peso específico de la *mentalidad benéfica* y una demanda social creciente, por la falta de una red real de atención a los problemas de Salud Mental y por la burocratización de la Atención Primaria Sanitaria, el ensañamiento crítico contra un teórico y malvado Estado de Bienestar, debe comprenderse, en primer lugar, como una actitud orientada esencialmente a la defensa liberal de los intereses privados, entendiéndose por tales no especialmente los intereses económicos sino los intereses corporativos y el sistema de la beneficencia amenazados por un verdadero Estado de Bienestar.

Pero esta posición básica, que no podemos negar que orienta nuestra investigación, no significa una aceptación acrítica y completa del Estado de Bienestar, todo lo contrario. Las experiencias de otros países así como nuestros propios logros y fracasos, significan que el Estado de Bienestar sólo será posible a través de un permanente proceso de puesta en duda de sus mecanismos y objetivos, pero incluso para esto hay que llegar, al menos, a disponer de un mínimo de recursos sociales y comunitarios.

Sin duda el viejo y paternalista Welfare State es un modelo a superar, y desde nuestra perspectiva consideramos que la única interpretación lícita del Estado de Bienestar reside en considerarlo como LA GARANTIA PRACTICA DE LOS DERECHOS INDIVIDUALES Y/O LOS DERECHOS HUMANOS. Tales garantías implican la necesaria corrección de las desigualdades sociales en el contexto del derecho a la diferenciación grupal y/o individual y presuponen que las instituciones sociales y comunitarias (sanitarias, educativas, culturales, etc...) sean esencialmente vehículos de participación a través de los que puedan manifestarse libremente las demandas sociales.

Indudablemente entre nuestra concepción de Estado del Bienestar y el Estado Benéfico se plantea una absoluta incompatibilidad, y en-

tendemos que cualquier mecanismo privado de beneficencia se dirige primordialmente a articular elementos de Control Social ligados a valoraciones ideológicas particulares, siendo el Estado la única garantía que tenemos para asegurar la participación social y la manipulación sectaria, aunque evidentemente este rol del Estado contiene una serie de riesgos que no hay que obviar.

En cualquier caso queda claro el punto de vista que sujeta esta investigación y que delimita nuestra legitimidad, en la misma forma que la esperanza trascendental limita la legitimidad del Estado Benéfico o el mito científico-racionalista el viejo y corporativo Welfare State.

8) En este sentido la evolución de las C.T.D. no aparece ligada a la toma de medidas concretas en relación al fenómeno, sino a cuestiones más amplias como las decisiones que se tomen sobre el eje público-privado en relación a la atención a los problemas de salud y bienestar social, las reformas judiciales que se emprendan relativas al status de las drogas, tratamientos obligatorios, libertad a prueba, o las nuevas correlaciones de fuerzas socioculturales y religiosas que aparezcan en nuestras sociedades.

9) Las C.T.D. sirven además de matriz referencial para ser aplicados a otros temas, por ejemplo jugadores, condenados por delitos sexuales, casa refugio para depresivos, para adolescentes huidos de casa, madres solteras, hiperactivos,.... y todo posible caso de problema o etiquetamiento social, que se vaya a producir en los próximos años y que exija algún tipo de intervención segregacionista.

La futura red general de Comunidades Terapéuticas especializadas, como está ocurriendo en otros países, constituirá *per se* un sector muy importante de servicios, que movilizará importantes recursos económicos y profesionales. La acumulación que ya se ha comenzado a producir de fincas, edificios, materiales, etc... llegará a tener peso específico dentro de la estructura socioeconómica general, produciéndose incluso fenómenos de multinacionalización, carteles o monopolización selectiva como en cualquier otra actividad económica terciaria.

10) Desde esta perspectiva adquieren protagonismo inevitable los grupos y sectas religiosos, seudoreligiosos o equivalentes. Cuya evolución y posible control están exclusivamente ligados al desarrollo alternativo del Estado de Bienestar, sin el cual, e inevitablemente por muchos controles que se establezcan, las mismas adquirirán hegemonía en este nuevo sector de servicios.

14.2. Ventajas e inconvenientes de las C.T.D.

Los factores históricos que han presidido la evolución de las Comunidades Terapéuticas para Drogodependientes, no son los únicos

que explican su expansión en los últimos años, debemos considerar otra serie de elementos mas funcionales e inmediatos, aunque al mismo tiempo sea necesario hacer mención a una serie de consecuencias indeseables que limitan tal funcionalidad.

La repetida afirmación de que las C.T.D. evitan una serie de conflictos pero generan otros, es totalmente cierta y enmarca los resultados de nuestro análisis.

1) De entrada no se puede obviar que toda institución total y cerrada, en la que se dan por un período mas o menos largo, condiciones de aislamiento total, produce una serie de ventajas que pueden ser aprovechadas psicoterapéuticamente, pero por otro lado, estas mismas condiciones implican un funcionamiento específico y una lógica cultural paradigmática que necesaria e inevitablemente debe ser aceptado y aprendido por el interno ya que el éxito depende, tautológicamente, de que dicho proceso de interiorización acrítica de la ideología de la C.T.D. se produzca hasta el punto que «no basta con cumplir, hay que entusiasmarse». Eso significa que la C.T.D. por si misma no asegura un resultado positivo a nivel de Reinserción Social, sino que será el contenido del programa que el interno haya interiorizado la clave para comprender los resultados que a tal nivel se obtengan. Ciertas comparaciones entre los diferentes programas aplicados por las diversas Redes han sido desarrolladas en los capítulos anteriores, señalándose incluso en el capítulo 13 los métodos evaluativos que desde nuestro punto de vista podrían ayudar a establecer diferencias cuantitativas y cualitativas entre los distintos programas. En este apartado nos vamos a limitar a señalar algunas variables que intervienen con carácter general en la dialéctica entre ventajas e inconvenientes.

2) Sin duda la ventaja mas clara de las C.T.D., es que se ajustan a las expectativas de la demanda social. En el capítulo 4 hemos podido comprender, no sólo la universalidad de la demanda de internamiento en C.T.D., sino las causas de su profundo enraizamiento cultural dentro de nuestra sociedad. El conjunto de actitudes sociológicamente identificadas pueden, y deben, ser modificadas, pero mientras tanto para nuestra sociedad, y los afectados, sólo las C.T.D. reunen las condiciones adecuadas, y mágicas, que exige una *auténtica curación*, siendo otras alternativas meros remedos en los que nunca se acaba de creer. Eso significa que, en el plano de la realidad sociológica, con independencia de los poderes públicos y en un Estado de Derecho, las C.T.D. son inevitables, pero también significa que para los propios afectados es la posibilidad *verdadera* de curación, lo que implica para los internos voluntarios la toma de una serie de actitudes más difíciles de lograr mediante otros métodos.

Indudablemente la demanda social de C.T.D. limita las posibilidades de los planteamiento inespecíficos y de los programas ambulatorios

rios, con la necesidad absoluta y objetiva que de los mismos existe en nuestra sociedad, por lo que resulta imprescindible realizar procesos de reconversión de la misma esperando obtener un cambio de actitudes a medio y largo plazo.

3) Sin embargo, la demanda social no representa por sí misma una fuerza suficiente como para imponer, como así ocurre, el modelo terapéutico de las C.T.D., pero debemos hacer mención, al derecho, constitucional o moral, de todos los ciudadanos a ser atendidos en la forma más eficaz posible. Y esta eficacia, que por razones sociológicas se halla, en parte, en las C.T.D. debe ser garantizada por las administraciones públicas, en un doble sentido, garantizar su propia existencia y continuidad, pero también establecer criterios mínimos en torno a cuestiones, como uso de fármacos y novedades químicas, limitación y delimitación de programas, eficacia en función del coste, etc... (Pruss, 1985).

Desde este punto de vista, la administración pública no puede rehuir las reclamaciones de la demanda social, pero tampoco puede dejar a ésta que se desarrolle espontáneamente.

4) Las C.T.D. condensan una serie de ventajas muy reales: una ruptura radical con la situación previa de drogodependencia, la posibilidad de lograr la abstinencia cuando el medio social o familiar no lo permiten, la incompatibilidad con el consumo y las facilidades de control, la intensidad de las actividades y las intervenciones terapéuticas, entre las que cabe citar, la posibilidad de realizar terapia individual y grupal en forma coherente y organizada sobre objetos y objetivos claros y cotidianamente evaluables, el importante rol de las asambleas, la posibilidad de cumplir a la vez funciones reeducativas, relacionales y psicoterapéuticas con un importante *ahorro* por solapamiento espacio-temporal (Perurena, 1986), la capacidad para experimentar nuevos y mejores métodos a través de la implicación de todo el colectivo, la inevitabilidad de la socialización intragrupal, etc.,... pero estas condiciones, producen a la vez desajustes con el medio original en otros niveles relacionales y comportamentales, que en demasiados casos se obvian tras el objetivo de lograr la abstinencia las drogas o una droga concreta, creándose nuevos conflictos quizás tan difíciles de resolver como la propia drogodependencia.

5) En este sentido, y contrariamente a una afirmación muy repetida, pensamos que los centros específicos no estigmatizan por sí mismos, ya que la estigmatización es previa, el estigma es social y en absoluto un conflicto nuevo que el centro vaya a generar. Un sujeto no se etiqueta por acudir a un centro específico sino que ya está etiquetado por la sociedad como drogodependiente. A la circunstancia de la especificidad se le puede atribuir un cierto reforzamiento, pero es más cierto QUE UN SUJETO ETIQUETADO DE DROGODEPENDIENTE

SOLO ADQUIRIRA CARTA DE NORMALIDAD SI HA REALIZADO EL RITO DE PASO QUE LA SOCIEDAD CONSIDERA ADECUADO.

6) Considerar a las C.T.D., y en general todos los tratamientos de la drogodependencia, como un RITO DE PASO puede resultar extremadamente útil como marco de comprensión del propio proceso. Entre la Desintoxicación y la Reinserción Social, se produce una transición entre status, que conciernen a todo un contexto social en dos sentidos, el primero, el propio contexto que le dota de sentido (la demanda social), y el segundo, porque tal contexto se ve afectado por el nuevo status del sujeto (un exdrogodependiente) (Turner, 1980).

Se comprende así, que la Reinserción Social posea una serie de ambigüedades y se plantee como un estado utópico y abstracto que, como vimos en el capítulo XII, tienen difícil concreción a pesar de ser una reivindicación unánime. El *Reinsertado* es fuente de autoridad a causa de que posee un doble conocimiento, el de drogodependiente y aquel que adquiere en el Rito de Paso y que le permite adquirir un status social idéntico al profesional que realizó la intervención terapéutica, que, por otro lado, carece del conocimiento que aporta la drogodependencia. Esta imagen del drogodependiente (y del ex) como poseedores de un conocimiento inefable, explica la persecución de la que son objeto por parte de los Medios de Comunicación, ya que sólo ellos pueden opinar con propiedad sobre el tema. Este complejo místico de las drogas ilegales, ha impregnado toda nuestra sociedad, desde los afectados que analizábamos en el capítulo V, hasta intelectuales muy lúcidos en otros quehaceres que declaran «yo no puedo escribir sobre la heroína ni sobre gente que intenta salir de ella», porque es una experiencia individual a la que uno no puede acercarse como un *domin-guero*.

El Rito de Paso que conduce a la Reinserción Social, es un proceso complejo y acumulativo compuesto de una serie de ritos menores, algunos de los cuales son, en términos clásicos, ritos de renacimiento y otros de transición, compuestos normalmente por tres fases: separación, margen y agregación (Van Gennep, 1986).

Las fases de separación y agregación, son las que conciernen al contexto social, mientras que la fase de margen o liminal es el espacio privilegiado de la relación terapéutica. En esta fase liminal, el poder corresponde por tanto al terapeuta mientras, en la fase de separación, es la demanda social de los afectados la que determina las condiciones de procedimiento y en la fase de agregación, es la condición de *reinsertado* la que hegemoniza el proceso y el terapeuta sólo puede recuperar su función en caso de recaída.

Así aparece una contradicción en el tratamiento de las drogodependencias, que las C.T.D. exponen en toda su crudeza: El rol del te-

rapeuta resulta imprescindible, pero no es público, ya que pertenece al misterioso ámbito del espacio liminal y sin embargo, el cambio de status del drogodependiente tiene que ser necesariamente público (La Fontaine, 1987), por lo que éste último es considerado como el único sujeto que ha intervenido en el proceso y sabe del mismo, cerrándose así la posibilidad, de que sea el terapeuta el que dictamine las condiciones en las que la intervención podría desarrollarse y que sólo el conoce.

Al terapeuta sólo le cabe entonces la posibilidad de captar al drogodependiente en la fase liminal, en base al impacto emocional que la condensación simbólica de la liminalidad produce (Leach, 1978), por medio de técnicas psicoterapéuticas que inevitablemente implican un reemplazo de la angustia por las drogas, mediante rituales que a la vez refuerzan la personalidad y son recuerdo de la impotencia (Bettelheim, 1974).

7) La propia demanda social y la imagen de las C.T.D. son las que han posibilitado la realización de presiones tanto físicas como psíquicas sobre el interno, e incluso la aceptación acrítica de éste de ciertas irregularidades incompatibles con sus derechos personales, lo que en parte se explica, porque este tipo de centros específicos poseen un carácter más *normalizador* que estigmatizador. Desde nuestro punto de vista la cuestión de las *presiones terapéuticas*, tal y como las definíamos en el capítulo VII apartado 4 *voluntariedad y motivación*, adquiere una importancia clave, desde la perspectiva de que es necesario eliminar cualquier tipo de presión para que la demanda social, que exige un Rito de Paso mágico que implique castigo, no siga focalizando su atención en las C.T.D. y permita, por un lado, la emergencia social de las otras alternativas terapéuticas, y por otro, una normalización de las condiciones de vida en el interior de las C.T.D., lo que a su vez posibilitaría cambios importantes en los procesos, y la evitación de los conflictos antes mencionados. Si bien la demanda social es la que *crea* las C.T.D., las actividades realizadas actualmente en el seno de las mismas, producen una serie de mensajes sociales que refuerzan esta demanda.

Sin duda, las *pruebas* que se supone que los drogodependientes deben superar en las C.T.D. y que los Medios de Comunicación han difundido ampliamente, por cuanto implican el *merecido castigo*, autovalidan el propio proceso y cuanto digan los exdrogodependientes del mismo. El Terapeuta no ha hecho nada, salvo si es un exdrogodependiente que ya superó el Rito de Paso en su momento. Normalizar la intervención terapéutica, eliminar los contenidos mágicos de su imagen social, debería suponer la reconstrucción de una imagen menos sobrehumana del exdrogodependiente, lo que sin duda facilitaría el propio proceso de Reinserción Social.

8) Mientras este cambio no se produzca, la principal consecuencia negativa de las C.T.D., es que son vividas como una etapa de transición a la que necesariamente seguirá una etapa de *reimplantación al medio*, que implica una ruptura con el ambiente protegido (y protector) de la C.T.D. Esta ruptura puede ser gradual y controlada o repentina y desasistida, pero en cualquier caso, como ya hemos señalado, el éxito terapéutico dentro de la C.T.D. parece que tiene que ver con la capacidad de seducción que ésta posee, apareciendo una contradicción casi irresoluble, ya que cuanto mayor es la eficacia de la C.T.D. más problemática es la ruptura con la misma y mayores las dificultades para alcanzar el éxito en la *fase posterior*. A pesar de esta insoslayable contradicción, se están experimentando diversos métodos para reducirlos *conflictos de salida*.

9) En todo caso, el *conflicto de salida*, sigue pesando dramáticamente sobre la mayoría de los internos dados de alta en C.T.D., salvo en los casos que existe un programa de seguimiento real para los que la ruptura es menor. La intervención psicoterapéutica interna *preparación para la salida* parece ser menos eficaz. Tales dificultades explican, que una mayoría de internos en C.T.D., desee y busque la manera de mantenerse el mayor tiempo posible en la misma.

10) La aparición de Asociaciones de exdrogodependientes ligadas a C.T.D., con independencia de su posible valor en ciertos procesos de reinserción sociolaboral y como sistema de mutuo apoyo y refuerzo, significa que el *conflicto de salida* no ha sido resuelto.

11) Muchos de los programas específicos de reinserción refuerzan los problemas de socialización, ya que se limitan a prolongar las condiciones de ambiente protegido que existían en la C.T.D., transformándolas en sistemas de protección sociolaboral que también encubren los conflictos que la propia C.T.D. generó, sin que por sí mismos ayuden a resolverlos.

14.3. *El posible y aconsejable rol de las C.T.D.*

1) Las C.T.D. son sólo recursos asistenciales para utilizar en ciertos casos y en el contexto de Programas Asistenciales Amplios, en el seno de los que se tienen que adoptar las decisiones oportunas en cuanto al internamiento, o no, de un sujeto en una C.T.D.. En esencia, las C.T.D. sólo parecen indicadas para individuos con problemas de desestructuración personal, familiar o social no resolubles, es decir, *«individuos sin los recursos necesarios para ir abordando sus problemas sin drogas»* (Roldan y Perurena, 1986), y en absoluto conveniente remitir a las C.T.D. sujetos en función de predictores de éxito en el sentido de que *«suelen tener más feliz resultado aquellos afectados que*

no presentan ciertos estigmas: deterioro, sociopatía, psicosis, etc.... y -entre ellos- evolucionan mejor quienes mantienen una cierta capacidad de sociabilidad» (CT-44).

Indudablemente las C.T.D., en especial las que no se insertan en un Programa Asistencial Amplio público, intentan como es lógico, seleccionar a sujetos con bajo nivel de conflictividad y una cierta predicción de éxito y los Centros Ambulatorios y los Servicios Sociales y Sanitarios tienen tendencia a remitir a aquellos sujetos más conflictivos a las C.T.D., lo que implica que hay que crear mecanismos de coordinación entre los distintos servicios del Programa Asistencial Amplio y entre los que se incluye la C.T.D., para establecer criterios y formalizar la derivación de los casos. Estos mismos mecanismos deberían utilizarse para la reintegración del sujeto en el Programa Asistencial una vez fuera dado de alta en la C.T.D.

2) En principio parecería que los candidatos a ser internados en C.T.D. deberían reclutarse prioritariamente entre los siguientes grupos:

- Individuos marginales, con grave desarraigo social e imposibilidad de mantener un cierto umbral de estabilidad, que posibilite su acceso continuo a un programa ambulatorio.
- Sujetos con conflictos importantes en el medio familiar, tanto conflictos que impliquen enfrentamiento como sobreprotección y que imposibilitan un tratamiento en régimen de convivencia familiar.
- Sujetos que hayan fracasado con otros tipos de tratamiento, especialmente si el fracaso se ha articulado esencialmente en la imposibilidad de mantener la abstinencia y recaídas continuas.

Debería quedar perfectamente claro, que las dificultades económicas no pueden ser nunca el criterio dominante para el internamiento en una C.T.D., y que en cualquier caso resulta más conveniente, si el sujeto no tiene otras indicaciones, resolver por otra vía estos problemas económicos e incluirlo en otro tipo de recurso. En caso de no respetar este principio, se corre el riesgo de convertir las C.T.D. en unos caros recursos asilares, como así ha ocurrido en otros países y del que aparecen síntomas en el nuestro.

3) De todo lo antedicho se deduce, que las C.T.D. no deben constituir nunca un recurso *per se*, sino sólo una *técnica terapéutica* a utilizar en ciertos casos y bajo ciertas condiciones en los procesos de Reinserción Social de los drogodependientes, y que no son por tanto recursos identificables más que como elementos tecnológicos en tales procesos.

Esto significa, que no es conveniente identificarlos o listarlos en guías de recursos, por la misma razón que no se relacionan en las mis-

mas los Test de personalidad, ya que la única consideración válida es aquella que sostiene que el sujeto entra en el proceso de reinserción, no siendo válida, en cambio, aquella consideración que sostiene que el sujeto entra en la C.T.D. para curarse.

Solo es justificable, en parte, la inclusión de las C.T.D. en las *Guías de recursos* particulares de cada Comunidad Autónoma, siempre que se trate de C.T.D. Acreditadas y en este sentido se comprometan, a cambio de figurar en la guía, a colaborar con el sistema público de atención a las drogodependencias.

4) La inevitable existencia de C.T.D. que responden al modelo de *recurso delimitado y particularizado*, y que como ya hemos señalado son difícilmente programables ya que responden a una dinámica social articulada por la demanda, por lo que no son, ni pueden ser, elementos terapéuticos neutrales en un proceso de reinserción social, así como la necesidad de admitir la existencia de modelos asistenciales diferentes en fase de experimentación, implica la toma de una serie de medidas que entendemos se orientan en varios frentes:

4.1.) Apoyo a la creación y desarrollo de una Red Pública lo bastante amplia como para que posibilite tanto una oferta suficiente de plazas, como una imagen alternativa de técnicas y métodos que permitan la reconversión de la demanda. Dicha Red Pública podría constituirse aprovechando prioritariamente la oferta ya existente de C.T.D. profesionales de la Red Privada, tal y como de una forma más o menos explícita se ha venido realizando hasta ahora.

4.2.) Establecimiento por parte de organismos administrativos pertinentes, de acuerdo con sus competencias según nuestro ordenamiento jurídico y constitucional, de un SISTEMA DE ACREDITACION U HOMOLOGACION para las C.T.D. pertenecientes a las Redes no públicas. Tal sistema de acreditación debería contemplar como requisitos mínimos:

- a) Cumplimiento de la legislación vigente en todos los ámbitos y en especial a efectos de constitución del propio centro de las prescripciones económico-fiscales y laborales.
- b) Exigencia de condiciones higiénico-sanitarias de acuerdo con las normas establecidas por la actual legislación, y en concreto deberá tenerse muy en cuenta la disponibilidad de recursos (personales y materiales) analíticos y sanitarios adecuados a las características de la población atendida, o existencia de una vinculación formal con centros que aseguren la realización de una anamnesis y una analítica sistemática a todo futuro residente, así como la revisión periódica de los internados para el diagnóstico de las posibles patologías orgánicas.

c) Exigencia de unas condiciones mínimas de habitabilidad, así como de recursos materiales en función de las plazas previstas, todo ello según el modelo desarrollado en el capítulo VI.

d) Existencia de un programa terapéutico realista, suficiente y consistente y garantías de su aplicabilidad.

e) Disponibilidad de un equipo profesional que garantice lo previsto en los puntos b,c y d en el propio centro o en un centro supervisor concertado. Tales profesionales serán responsables de la marcha del centro y del cumplimiento de lo previsto en el programa terapéutico. El número de miembros del equipo deberá ser suficiente en función de las plazas disponibles en el Centro.

f) Existencia de condiciones económicas que justifiquen la puesta en marcha y continuidad del centro.

g) Prohibición de realización de actividades que generen beneficios económicos, en la medida, en que los mismos no se deriven de los objetivos constitutivos del propio centro.

h) Garantía de reconocimiento a los residentes de los derechos que, en cuanto ciudadanos, reconoce la Constitución Española a todos los españoles.

i) Compromiso fehaciente por parte de la dirección del centro de comunicar a la familia, así como al centro al que aquél se encuentre vinculado en el supuesto previsto en el apartado b, cualquier posible cambio de centro de rehabilitación que afecte al residente.

j) Exigencia de autorización familiar o judicial para el internamiento de menores.

k) Garantía de que el paciente pueda solicitar el alta voluntaria cuando así lo desee.

4.3. Desarrollo de los sistemas de evaluación previstos en el capítulo XIII, condicionando la posible acreditación prevista en el punto anterior a la aceptación y participación en dichos sistemas, en especial al mantenimiento del FICHERO DE CASOS E HISTORIALES y/o LIBRO REGISTRO. Por otro lado la Acreditación deberá considerarse desde una perspectiva provisional, pudiendo utilizarse la Memoria Anual como un instrumento de control para el mantenimiento o anulación de la misma.

4.4. Adopción de una política que implique apoyo a los centros que gocen de Acreditación y establecimiento de controles para restringir el acceso a recursos públicos de los centros que no disponen de la misma, a los que en todo caso son de aplicación las normas previstas en la legislación vigente para cualquier centro sanitario o social, en especial normas fiscales, laborales, higiénicas y relativas a los derechos de las personas.

4.5. Inspección, tanto de los centros que gocen de acreditación como los que no, por parte de las instancias administrativas que poseen capacidad y atribución para ello (Sainz, 1985) en cada uno de los niveles, superando actuales situaciones de desidia. En cualquier caso, resultaría recomendable unificar legal y normativamente los mecanismos de inspección y utilizar instrumentos similares en todo el territorio del Estado.

5) Las administraciones públicas podrían y deberían apoyar, dentro de una dinámica general de institucionalización y adecuación señaladas en el punto anterior, las iniciativas privadas que se planteen en régimen de Acreditación. Los posibles tipos de apoyo serían (Vetere, 1985):

- a) Cesión de locales, terrenos, inmuebles y mobiliario.
- b) Pago de gastos corrientes mediante cuotas fijas.
- c) Presentación de presupuestos anuales y subvención de todo o parte del mismo.
- d) Adquisición de bienes y servicios por un ente público.
- d) Pago al equipo profesional.
- e) Pago de cuota por interno (día o mes).

Cada una de estas posibilidades tiene sus pros y contras y se pueden utilizar aisladamente o en combinación, priorizándose la sencillez de la práctica y las posibilidades de control, frente a la complejidad y las consecuencias antiterapéuticas de la decisión tomada.

6) Es posible considerar las C.T.D. como *instituciones totales y particulares* desde ciertas perspectivas y para ciertos casos, para los aspectos derivados del *conflicto de salida* resultan secundarios frente a las ventajas de su internamiento, tales casos deberían considerarse independientemente e ir articulando un suficiente número de plazas en las C.T.D. para hacer frente a su problemática. Resulta esencial, además, que la Red Pública intervenga decisivamente a la hora de atender a tales sujetos entre los que cabe señalar:

- Emplazados por las autoridades judiciales a un tratamiento obligatorio sustitutivo de otras penas o en régimen de prueba.
- Sujetos con problemas de desarraigo o graves alteraciones en su dinámica psicosocial.
- Menores de Reforma con problemas de drogodependencia.

7) En cualquier caso, resulta obvio, que no es defendible la actitud de no aceptar a sujetos en régimen de desplazados o tratamiento obligatorio, cuando en España muchos miles de drogodependientes están encarcelados y aún deseando entrar en algún tipo de programa, no se les admite por no cumplir las condiciones que se exigen en las C.T.D.

En este sentido cabe señalar que, en estas fechas, existen proyectos de Ley relativos a la modificación del Artículo 344 de Código Penal y a la Mayoría de Edad Penal, cuya aplicación implicará importantes consecuencias para el subsector de las C.T.D., y en relación a los cuales, como hemos visto, solo la Red El Patriarca ha adoptado una actitud posibilista.

Experiencias públicas en otros países, como por ejemplo la T.R.A.M. en Suiza, creada por el propio Ministerio de Justicia aparece exclusivamente para presos drogodependientes y en un afán de evitar las *insoportables tensiones del mundo carcelario* (Rizzo, 1985). En otros casos, las experiencias son mixtas y C.T.D. como la De Sleutel admite hasta un 40% en régimen de libertad a prueba o tratamiento obligatorio, señalándose que la dificultad estriba, no entre los judiciales y los no-judiciales, sino entre los no-judiciales y preventivos por una parte y los sujetos con condena firme por la otra (Maertens, 1985).

No se trata de obligar a cualquier C.T.D. a aceptar casos judiciales, sino a crear las estructuras adecuadas para posibilitar alternativas a los sistemas penitenciarios, en este sentido hay que valorar adecuadamente factores como la motivación y las posibilidades de reinserción de los sujetos. (Micheli et al, 1985).

En todo caso las decisiones a tomar dependerán del sentido que se le de a la Libertad a Prueba en nuestro país, los límites que se establezcan entre la Libertad a Prueba basada en la reincidencia y la Libertad a Prueba controlada, así como los contenidos de las figuras *arresto domiciliario e internamiento obligatorio* y en todo caso a la importancia y rol de los Servicios Sociales Judiciales y Penitenciarios así como de los recursos puestos en manos del juez de vigilancia.

8) Uno de los factores clave en la eficacia de las C.T.D., - y en general de toda la red de atención a los drogodependientes-, reside sin duda en la posibilidad de mantener una actitud de *solidaridad terapéutica básica*, aún entre las Redes mas antagónicas. Indudablemente no es evitable un enfrentamiento debido a la competencia y a las profundas divergencias ideológicas y prácticas entre las distintas Redes, pero si es evitable, que el paciente se convierta en el sujeto receptor de tales conflictos. El alto nivel de recaída, el hecho de que la mayoría de los drogodependientes a lo largo de su historia pasen normalmente por varias C.T.D. (u otro tipo de centros de tratamiento), debería bastar para comprender que la crítica excesiva y anecdótica a las actividades de otras Redes, produce efectos negativos sobre el sujeto. En relación a este tema, resulta ya preocupante, la habitual batería de tópicos críticos sobre otros centros con los que el Drogodependiente acude a un nuevo programa, esperando con ello seducir al *nuevo terapeuta* o a los responsables de dicho programa.

La aceptación de las *historias*, con independencia de que sean ciertas o no, implica una desvalorización general del rol terapéutico y en especial del que las acepta, y por tanto, resulta negativo para la eficacia del tratamiento. Desde nuestro particular punto de vista *aceptar discursos sobre otros tratamientos* es un predictor estadístico de recaída, en el contexto de lo que puso en evidencia el clásico estudio de Clau-dill, sobre el conocimiento por parte del paciente, las expectativas del terapeuta, y el ajuste de la conducta del primero a lo que el otro está dispuesto a aceptar y comprender (CLark, 1973).

14.4. Algunas recomendaciones puntuales a corto y medio plazo

1) La prioridad más clara, se establece en la puesta en marcha de los Sistemas de Acreditación señalados con anterioridad, y que creemos debería realizarse mediante la exigencia de una Memoria de Actividades que contuviera necesariamente los datos señalados en el capítulo XIII, como mínimos para la Memoria Anual de Actividades, así como los puntos y compromisos previstos en el apartado 14.3.2.2..

2) La puesta en marcha de los Sistemas de Acreditación u Homologación, así como las necesidades de control de la legislación vigente en el conjunto de los centros implican que, a iniciativa de los Planes Regionales de Drogas u organismo de similares capacidades, los organismos competentes realizan inspecciones de los centros para determinar el cumplimiento normativo.

3) Potenciar la investigación aplicada, tanto la señalada en el modelo de evaluación previsto, en especial la Evaluación Externa no normalizada y que sólo puede ejercerse desde la iniciativa puntual de los organismos públicos, como la experimentación, contrastación e implantación de nuevas técnicas e instrumentos de tratamiento.

4) Resulta imprescindible la adecuación, aprovechamiento y capacitación del conjunto de recursos humanos del subsistema, mediante las correspondientes acciones de formación y contrastación de experiencias, por lo que se sugiere:

- Un número elevado de becas de estancia media, en programas de tratamiento que incluyan, C.T.D. en otros países para los profesionales y otro personal de los programas y las C.T.D. españolas.
- Algunas becas de larga duración, para responsables de gestión y planificación en instituciones y organizaciones de C.T.D.
- Potenciación de un instrumento permanente que permita la intercomunicación de experiencias, resultados y ofertas e informe puntualmente sobre bibliografía, reuniones, etc...

- Realización de encuentros o congresos con una cierta periodicidad.
- Aplicación de fórmulas que impliquen condiciones de normalidad y estabilidad laboral, así como de responsabilización formal de las tareas.

5) Comprometer a la administración local, a las corporaciones profesionales y a las Asociaciones y Fundaciones dedicadas al apoyo y atención de los drogodependientes, a que utilicen y subvencionen exclusivamente a las C.T.D. que se encuentren Acreditadas.

6) Los diferentes modelos de C.T.D. Acreditadas, implican una necesaria diferenciación entre los sujetos remitidos a las mismas, por lo que se hace imprescindible que todo organismo público que remita casos a una C.T.D., valore previamente si la misma es la más adecuada para el caso concreto, lo que implica un profundo análisis previo de la misma.

7) La utilización de las C.T.D., no públicas y no insertas en un Programa Asistencial Amplio, es inútil y costosa si no se ha previsto un programa de seguimiento ajeno a la misma, a *la salida*, así como un programa de reinserción social, por lo que se recomienda se creen Servicios Asistenciales Amplios de referencia continuada para el sujeto, aún durante su internamiento en la C.T.D. privadas, para que una vez concluido el programa de internamiento pueda ser acogido sin discontinuidad por el organismo que financió su estancia en la C.T.D.

15. PLANTEAMIENTO Y METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

15.1. *Planteamiento general* (1)

Las primeras Comunidades Terapéuticas para Drogodependientes (C.T.D.) aparecieron en España en forma aislada y puntual a finales de los años 70. A partir de 1982 comenzó un continuo proceso de creación de nuevas C.T.D. en nuestro país que parece no haber concluido aún. Sin embargo bajo la rúbrica de C.T.D. se agrupan centros de características tan diferenciales que incluso hacen difícil definirlos o delimita sus funciones, salvo en el hecho, de que se ocupan de asilar a drogodependientes en ámbitos rurales o al menos, alejados de sus ambientes sociales y familiares.

A pesar de la complejidad del conjunto de las C.T.D., siempre se ha venido manejando la imagen de que constituían un recurso terapéutico definido, muy eficaz para algunos, totalmente ineficaz para otros, que resumía un estereotipo globalizador que los medios de comunicación, la opinión pública y la mayoría de los profesionales de sectores como Sanidad o Servicios Sociales siguen sosteniendo.

Frente a este forzamiento unificador, los miembros de los staff de las distintas Redes se esfuerzan en demostrar que entre las C.T.D. de su Red y las otras hay muy poco en común. Y en una gran medida, como veremos, tienen razón.

Realmente la única característica común, y que dota de singularidad terapéutica a las C.T.D. reside en su incompatibilidad funcional con el consumo de drogas (salvo tabaco), y esta incompatibilidad se deriva esencialmente de su aislamiento y el carácter de internado para los pacientes. Aunque con frecuencia se objeta que las normas y controles sobre el consumo pueden ser aplicados en la misma forma en tratamientos ambulatorios urbanos, verdaderamente las condiciones físicas del ambiente protegido de las C.T.D. condicionan en forma decisiva este tema, siendo el control del consumo en las C.T.D. una base de partida y no un objetivo como en los tratamientos urbanos.

También parece ser muy común que las C.T.D. produzcan, en relación positiva directa con su propia eficacia, fenómenos de autoidentificación del paciente con la institución, hasta el punto que la ruptura con la C.T.D. es para muchos de ellos un conflicto más grave que el que tuvieron a la hora de abandonar el consumo de la droga o drogas que les causaban la dependencia (Funes y Romani, 1985). Tal conflicto, así como el alejamiento del medio en el que debe realizarse la reinserción del antiguo adicto, proporcionan la batería de críticas mas ge-

(1) Este capítulo aparecía como el primero en el informe original lo que explica algunas de las afirmaciones que se refieren a «cuestiones a demostrar» y que sin embargo han sido ya tratados en capítulos anteriores.

neralizadas en torno al fenómeno global de las C.T.D., que justifican su existencia, alegando que es el único procedimiento terapéutico eficaz para sujetos altamente desestructurados que no poseen un ambiente social de referencia.

Finalmente las críticas a la estigmatización que producen todas las instituciones, y aparatos específicos, dedicados a la Salud Mental y a la Reinserción Social cobran fuerza ante las C.T.D. que acogen a un grupo concreto en una institución específica (Benito et al, 1985), aunque desde las C.T.D. se alega, en ocasiones aportando datos, que los sistemas inespecíficos resultan altamente ineficaces.

El resultado final, es que tanto las críticas como las justificaciones refuerzan el cliché social de las C.T.D., y en este sentido, y sólo desde esta base sociológica, nos planteamos realizar una investigación con los siguientes objetivos:

- 1) Describir las distintas C.T.D. existentes en España, su ubicación geográfica, características físicas, tipo de oferta, plazas, dependencia administrativa, tiempos de estancia de los pacientes, y en general todos aquellos datos que permitieran un mejor conocimiento sociológico de las mismas.
- 2) Analizar las modalidades terapéuticas practicadas en las C.T.D. llegando a conclusiones en torno a su eficacia diferencial, comparando los resultados y los costes de los diferentes procedimientos.
- 3) Resituar el rol de las C.T.D. en el conjunto de procesos de atención a las drogodependencias y en especial desde la perspectiva de la reinserción social.
- 4) Preparar una serie de procedimientos de evaluación que nos permitan en el futuro disponer de datos cualitativos fiables en torno a los resultados y costes del internamiento en C.T.D.
- 5) Producir una serie de conclusiones operativas que permitan a las administraciones públicas adoptar iniciativas y aplicar medidas con el fin de mejorar la oferta, controlar y evaluar las C.T.D.

En esencia, pretendemos adecuarnos a la estrategia de la O.M.S. para la región europea hasta el año 2.000, que prevé para estos catorce años y en lo relativo a «alcoholismos y toxicomanías» la «necesidad indispensable de fortalecer los servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación», aunque para ello «sería prioritario poner en práctica los mejores métodos de evaluación de planes de tratamiento y buscar sistemáticamente los métodos terapéuticos más eficaces». (O.M.S., 1986).

Al plantearnos tales objetivos, mediante las metodologías que ex-

plicamos más adelante, pronto resultó evidente que la unidad sociológica del objeto entraba en permanente contradicción con la diversidad terapéutica del mismo, y que incluso la terminología *Comunidad Terapéutica para Drogodependientes* resulta ambigua, no resiste ningún embate analítico y su mantenimiento imposibilita el acceso a una comprensión real de una serie de fenómenos que se están dando con las instituciones que se adscriben bajo el epígrafe de C.T.D.

Pero este enmascaramiento semántico está por otro lado, cargado de significación, y como ya hemos mostrado en otros temas que tienen que ver con drogas (Comas, 1985), al final su desentrañamiento nos ha permitido aclarar mucho más que si hubiéramos prescindido de las contradicciones y nos hubieramos limitado a describir la diversidad terapéutica. Y esto es lo que vamos a hacer, partir de un objeto imaginario para, al descomponerlo, poder ir comprendiendo los mecanismos que le hacen a la vez contradictorio y le proporcionan unidad. En este sentido se mantiene el término C.T.D. porque aún siendo ficción, acabará por desvelarse como lo que dota de sentido a la diversidad.

Los *espacios intermedios* posibilitan la comunicación cuando en una sociedad coexisten grupos con referentes culturales distintos. Tenemos un ejemplo muy oportuno de utilización de estos *espacios intermedios* de comunicación, cuando observamos lo que ocurre entre una mayoría de dependientes atendidos en C.T.D. y sus familias: unos fueron socializados en culturas campesinas tradicionales que tuvieron que abandonar, y otros, lo han sido mediante las nuevas tecnologías de los *media* a nivel planetario; el *espacio transicional de referentes para la comunicación* que han tenido que adoptar, es una ficción que no tiene otra función que la comunicativa, que por tanto, no describe ninguna realidad y que manejan forzosamente y a disgusto unos y otros (Pross, 1981). Pero no sólo esto, sino que consideramos que este espacio ha adquirido autonomía cultural y actualmente sirve como referente al conjunto de la población y no solo cuando los padres y sus hijos hablan del tema de la drogodependencia.

Podríamos haber optado por el abandono de este *espacio transicional* y habernos limitado a reflejar los resultados empíricos de nuestro trabajo, a través de una encuesta u otro método evaluativo semejante, por medio de *criterios objetivos* como los que utilizan las *técnicas de Evaluación multicéntricas*, pero si hemos optado por otra línea ha sido por razones evidentes, en primer lugar porque como veremos a lo largo de la investigación, las C.T.D. no poseen elementos que nos permitan realizar operaciones acumulativas o comparativas, en segundo lugar porque en el campo de las C.T.D. las técnicas de evaluación están en fase de desarrollo, y como veremos en el capítulo XIII, en España no se ha llevado a cabo ninguno de los estudios previos necesarios para intentar realizar este tipo de evaluaciones, y en tercer, pero

más importante, porque los factores socioculturales siguen siendo hegemónicos para determinar el significado de lo que cada uno entiende cuando se habla de C.T.D., por lo tanto, sin una previa unificación conceptual, resulta estúpido intentar operaciones deductivas.

En principio, parecería que la relevancia inductiva es al menos una advertencia universalmente aceptada y que cualquiera está de acuerdo con la clásica afirmación de Karl R. Popper en torno a que «*el modelo -la teoría- es la red para apresar un fenómeno que se nos escapa. Su cuantificación -su evaluación detallada sólo será posible una vez se disponga de un modelo de referencia*», y que Francisco Alvira ha descrito acertadamente para la sociología en términos operativos: «*El análisis estadístico tradicional -regresión, factorial, de ecuaciones estructurales, discriminante, etc.- da por supuesto un determinado modelo de la realidad y a él adapta/ajusta los datos obtenidos en un intento estrictamente confirmatorio y de contrastación. Dentro de esta perspectiva tradicional, el analista puede llegar a comprobar los supuestos en los que se basan estas técnicas pero normalmente no se plantea un proceso inductivo de conocimiento previo y detallado de su matriz de datos para llegar a un modelo partiendo del análisis univariado primero, bivariado después y, por último multivariado. Por el contrario, el camino recorrido por el análisis estadístico tradicional es justo el inverso, es un proceso deductivo de contrastación de hipótesis utilizando modelos de comportamiento de la realidad preestablecidos*». (Alvira, 1986).

Pero la aceptación de esta posición de principio, no evita que en la práctica real, se produzcan casos de espontaneismo teórico y empirismo vulgar que refuerzan nuestras precauciones, no resistiéndonos a citar un ejemplo reciente y significativo dado lo llamativo de su raigambre institucional: a pesar de las diferentes investigaciones que han realizado aportaciones interesantes sobre el tema de las C.T.D. en los últimos años, el *Informe de la Comisión de Investigación del problema de las drogas en los países de la C.E.E.* (Stewart-Clark, 1986) ha prescindido en lo relativo a las C.T.D. (párrafos 211 a 221) de toda esta investigación, reflejando los tópicos tradicionales sobre ellas, a partir de requerimientos de información a los responsables de diferentes centros. Apenas existen diferencias entre el informe del Parlamento Europeo y los artículos de prensa sobre las *granjas terapéuticas* y su probada eficacia.

La actitud básica que hemos adoptado contiene una importante consecuencia: la investigación no establece ninguna distinción operativa entre las distintas C.T.D., porque todas son parte de una misma realidad sociológica, y a todas debe aplicárseles los mismos principios y reglas metodológicas. Justamente pensamos que la discriminación previa entre C.T.D., ha producido una pérdida de autoridad para la investigación aplicada, ya que la *toma de partido*, especialmente la

toma de partido psicoterapéutica, ha desvalorizado conclusiones críticas y ha imposibilitado la adopción de las medidas administrativas que constituyen el punto quinto de nuestros objetivos. En este sentido adoptamos la postura manifestada por Ottenberg en uno de los coloquios del OCTAVO CONGRESO MUNDIAL DE C.T., cuando tras una árdua polémica en torno a la eficacia comparativa de las C.T.D. *autoritarias y jerárquicas*, frente a las C.T.D. *democráticas e igualitarias*, zanjó el asunto señalando que en vez de discutir tanto, quizás convendría, como hizo Marco Polo, ir a comprobar cuales son los resultados reales de las distintas propuestas. Aunque, como hemos visto, la fórmula se presta a múltiples discusiones.

Por otro lado tal actitud nos reporta ciertas ventajas, por ejemplo, en relación al erróneo planteamiento de que la Reinserción Social es un proceso que se inicia *después* de el paso por la C.T.D., podemos reforzar la idea de que todo proceso de tratamiento, incluidos los que aparecen en las C.T.D., son procesos vinculados a la Reinserción, si consideramos lo que hacen todas las C.T.D. (perspectiva sociológica), en vez de limitarnos a identificar las condiciones técnicas correctas de la Reinserción Social.

Otro ejemplo significativo tiene que ver con el problema de los derechos individuales, la voluntariedad en el tratamiento e internamiento en las C.T.D. y las *presiones terapéuticas o personales* de las que nos van a hablar en forma distinta en las diferentes redes. El choque entre un planteamiento jurídico estricto del problema y las demandas asistenciales, con independencia de su valoración, solo puede resolverse hoy por hoy, desde una perspectiva consuetudinaria y social que tiene la ventaja de reconocer que el dependiente es un desviado que no tiene que demostrar la *pureza de sus motivos* para tener derecho a un tratamiento en una C.T.D.. Aunque somos conscientes de que ésta es una imagen que es preciso modificar o en cualquier caso despegar del concepto de *derecho de retención*.

Por último nos cabe señalar los diferentes niveles en los que vamos a utilizar el término evaluación en este texto a fin de evitar confusiones: En primer lugar este informe es UNA INVESTIGACION SOBRE LAS C.T.D. EN ESPAÑA, que mediante las técnicas y métodos mencionados más adelante, pretende alcanzar los objetivos arriba propuestos. En segundo lugar hablaremos de EVALUACION DE CASOS, PROCESOS Y RESULTADOS DE PROGRAMAS O CENTROS CONCRETOS, tanto a nivel de la utilización de los mismos para los fines propios de nuestra investigación, como para proponer las condiciones en los que se debería realizar tales evaluaciones, sea en el contexto del servicio asistencial amplio en el que se inscriban, para el organismo del que dependan, les financie o tengan establecido convenio, o para obtener la correspondiente cualificación administrativa.

En tercer lugar en el texto (capítulo 12) se ha propuesto la puesta en marcha de ciertos SISTEMAS DE EVALUACION DE RESULTADOS DE LAS DISTINTAS C.T.D. y de las diferentes técnicas y terapias aplicadas, que a iniciativa de organismos administrativos centrales, mediante la utilización de métodos standar previamente delimitados, tendrían como finalidad la enunciación de realidades cuantitativas y la adopción de políticas.

15.2. Metodología

Una vez planteada la investigación se aplicaron una serie de métodos a la obtención de datos que especificamos sucintamente.

En primer lugar se trató de identificar todas las C.T.D. existentes en España utilizándose como referente un concepto muy amplio de C.T.D., entendiéndose que respondían al objeto de nuestra investigación todos aquellos centros situados en ámbitos rurales que acogen en régimen de internado a drogodependientes por drogas legales o ilegales, en proceso y/o con la finalidad de proceder a su desintoxicación y/o reinserción social y/o logro de estados de abstinencia definidos.

No se excluyó ningún centro por razón de características personales o de gestión terapéutica, ni por su dependencia administrativa o financiera, ni por realizar actividades de tipo terapéutico o religioso no vinculadas directamente al proceso de atención a los drogodependientes.

Por razones operativas se incluyeron finalmente dos centros (C.T.6 y C.T.35), que si bien respondían a las características especificadas, no funcionan en régimen de internado sino que son *Comunidades Terapéuticas de Día*, una nueva fórmula de la que hemos tenido noticia a través de diferentes iniciativas en fase de proyecto. Nos ha parecido interesante introducirlas en el informe a fin de contrastar con las C.T.D. en régimen de internado con objeto de prever futuras dinámicas. También por razones operativas se excluyeron las C.T.D. que figuraban en las publicaciones de un grupo nacional *antidroga*, ya que la administración pública (tanto la central como ciertas autonomías) confirmaron la inexistencia de tales centros a pesar de la oferta pública que se hace de los mismos.

Para realizar el trabajo de identificación se partió de diferentes guías de recursos, que poseían un punto de partida común (Polo y Zelaya, 1984) aunque las mas recientes amplían la información (Aguado y Martín, 1986). Tuvo especial importancia la utilización de folletos informativos editados por los Planes Regionales de Drogas en los que se citan como recurso las diferentes C.T.D. de la Comunidad Autónoma. Paralelamente, mientras se iba desarrollando la investigación, se completó la identificación preguntando en las visitas a las C.T.D. por aquellas otras C.T.D. que conocieran. La existencia de la Asociación

de Profesionales de Comunidades Terapéuticas permitió contrastar y completar la localización de los diferentes centros.

Así se llegó a establecer un censo de 81 C.T.D. abiertas con anterioridad al 1 de julio de 1986, en el que consideramos están la totalidad de estos centros, excluidas algunas iniciativas que en forma más o menos particular o aislada se están permanentemente reiniciando, así como a una serie de centros muy inespecíficos normalmente vinculados con organizaciones benéficas o religiosas. En el anexo B aparece una lista de C.T.D., cerrada en el momento de la edición del libro y que recoge una cifra mucho más alta de centros, la mayoría de los cuales corresponden a aperturas realizadas entre julio de 1986 y el verano de 1987, la cifra final confirma que las C.T.D. siguen en una fuerte fase expansiva.

Las 81 C.T.D. que han servido de base para este informe se han listado y codificado, sin embargo, en el texto no aparece ningún listado en coherencia con lo indicado en el capítulo 14. punto 14.3.1. sobre la consideración de recursos de atención primaria que pueden tener las C.T.D. Por tal razón, en los casos en los que necesitamos identificar en el texto cualquiera de ellas, lo realizamos en forma anónima bajo la indicación (C.T.XX), siendo XX cualquier número entre 1 y 81 y que fue asignado al azar, pudiendo, por razones deontológicas, sólo el autor identificar la C.T.D. que corresponde a cada uno de los códigos. Debemos sin embargo aclarar, que la numeración máxima es 79, debido a que por un error se atribuyó una identidad ya existente a dos C.T.D. que fueron así identificadas como C.T. 30 bis y C.T.43 bis.

A la totalidad de las C.T.D. que componen nuestro censo se les remitió un Cuestionario muy amplio (ver modelo en anexo), de forma oficial desde el Plan Nacional de Drogas, que se tenía que devolver acompañado de documentación complementaria, parte de ella a realizar expresamente como complemento de dicho Cuestionario. El nivel de respuesta fue la siguiente, clasificada para cada una de las Redes existentes:

	Mandado	Recibido	Expedien.	Cerrada	No responde
Públicas	10	8	1	1	—
I. Evangelista	11	5	1	—	5
P. Hombre	7	4	—	—	3
El Patriarca	25	Respuesta global			
Privadas	24	15	3	1	5
Narconon	4	3	—	—	1
TOTAL	81	60	5	2	14
%		74%	6,1%	2,4%	1,2%

Como se puede comprobar se produce un alto nivel de respuesta, lo que se considera globalmente muy positivo, mas aún si le añadimos la cifra de aquellas C.T.D. (CT.65 y CT.66) que nos comunicaron estaban cerradas y en proceso de reestructuración, situación compartida por algunas de las C.T.D que no nos dieron respuesta, información a la que hemos tenido acceso por otras fuentes (por ejemplo CT.61 y CT.73). Un grupo privado al que remitimos dos Cuestionarios, que devolvió cumplimentados (CT-44 y CT-45), nos desveló en los mismos que disponía de cuatro centros, siendo los dos restantes no considerados ya que ejercían de centros específicos para fases concretas del proceso y las respuestas podían integrarse en un único Cuestionario. En todo caso, el menor nivel de respuesta lo dieron las C.T.D vinculadas a Iglesias Evangélicas, lo que nos llevó a plantear un trabajo complementario con estas instituciones y que aparece descrito en el texto.

En el cuestionario, la documentación complementaria que se solicitaba era: Bibliografía generada por la C.T.D., copia del Contrato Terapéutico, copia Reglamento de Regimen Interno, Plano de la C.T.D., Informe sobre el rol terapéutico de la C.T.D., informe sobre el rol del programa familiar y modelo de fichas de registro; y las memorias, informes, investigaciones, cuestionarios procedentes de otras investigaciones, etc,... Esta información nos permitió construir un instrumento de trabajo al que llamamos *EXPEDIENTE C.T.D.*, pudiéndose en cinco de los casos, aún en ausencia de respuesta del cuestionario, reconstruir los mencionados Expedientes.

Hay que señalar que la Red El Patriarca, tras conversaciones mantenidas con responsables de la misma en su sede y en algunas C.T.D., realizó una respuesta unificada del cuestionario. Dicha respuesta se compone de dos volúmenes, bajo el título de INFORME A LA COMISION DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS, el volumen I (31 pag), CARACTERISTICAS Y METODOS, en la que se proporciona una respuesta unificada sobre aspectos terapéuticos, de personal y evaluación para toda la red de El Patriarca, el volumen II(127 pag), CENTROS EN ESPAÑA, recoge en forma pormenorizada las otras características pedidas en el Cuestionario para cada una de las C.T.D.. Los responsables de la Red señalaron que esta forma de contestar respondía a las especiales características de la misma en la que, como veremos, cada centro concreto no se podía considerar como una unidad terapéutica. En cualquier caso la información sobre la Red El Patriarca fue completada con otra documentación y los métodos especificados en el texto, ya que ésta resultó en algunos puntos, a la postre, la más deficiente, tanto por falta de respuesta a cuestiones formales como por la imposibilidad de elaborar ciertos elementos estadísticos y controlar los filtros que el Cuestionario incluye.

Conviene también señalar que, dejando aparte la Red El Patriar-

ca, se pedía que fuera el responsable o responsables reales del centro los que contestaran al Cuestionario, solicitándoseles incluso sus datos personales, con el fin de evitar que responsables administrativos sin contacto real con la C.T.D. proporcionaran respuestas demasiado formales u oficiales, y por ello se envió también directamente a la C.T.D. y no a sus organismos de dependencia, aunque esto provocó que algunos se perdieran. En este sentido el cumplimiento de la instrucción fue muy alto:

Contestado por el responsable de la C.T.D.	68,6%
Contestado por todo o parte del equipo.....	22,8%
Contestado por responsables ajenos	8,6%

La técnica utilizada en la elaboración del *Expediente C.T.D.* implica que el enfoque adoptado hace referencia al *Estudio de Casos* y que cada C.T.D. fue considerada como una unidad comparable con otras unidades. En este sentido cada C.T. recibe el tratamiento de Organización Total en línea con una conocida tradición investigadora en este campo (Goffman, 1986), con lo que los parámetros comparativos se refieren siempre a la Organización y no a los Individuos que la componen, lo que nos permitió una utilización muy amplia de procedimientos de análisis (Becker, 1976). En concreto se tuvo en cuenta:

- Una valoración cuasi-estadística de los resultados de los Cuestionarios, para lo cual se realizó una codificación, con independencia de su utilización posterior, de todos y cada uno de los ítems abiertos o cerrados presentes en la totalidad de los Cuestionarios y que ocupa más de 200 páginas. Con las hojas de resultados se realizó la valoración cuasi-estadística, que debemos interpretar desde la perspectiva de que los distintos porcentajes que aparecen en el texto no implican mediciones cuantitativas, sino exclusivamente el establecimiento de comparaciones numéricas entre las distintas categorías conceptuales y tipológicas. De ahí que en cada momento la base de cálculo pueda ser distinta en función del objetivo perseguido y los datos disponibles. En cualquier caso todas las cifras explicitan cual es esta base, debiendo tenerse muy en cuenta los resultados en los que se incluye la Red El Patriarca de aquellos que se refieren solo a las C.T.D. de otras Redes. Conviene señalar que los decimales en los porcentajes no se han redondeado (lo que implica que nunca suman 100) ya que somos partidarios de esta convención.

- La necesidad de diseñar un modelo cognitivo en torno al fenómeno de las C.T.D., a partir del que se produjo una *selección de problemas*.

- La utilización cruzada del conjunto de datos de una misma unidad con el fin de contrastar su fiabilidad (coherencia interna).

El método *Estudio de Casos* nos permitió completar la investigación con otras técnicas de recogida de datos, de esta forma el Cuestionario se utilizó además como guión de observación estructurada para la aplicación de los siguientes métodos:

- Visitas a las C.T.D. concretamente a 15 de ellas, en dos de las cuales se realizó una estancia más prolongada en un afán de alcanzar los niveles en los que se puede realizar *Observación participante*, en las que se realizaron entrevistas con responsables de las mismas y en algún caso con internos. A estas hay que añadir tres más cuya visita consistió en recabar su existencia y características funcionales.

- Entrevistas con Informantes Clave entre los que se incluyeron a miembros de Asociaciones de Extoxicómanos, exmiembros del staff técnico de diferentes C.T.D., Asociaciones Pro-juventud y técnicos que trabajan en servicios inespecíficos que remiten personas a C.T.D.. Tales entrevistas, ajenas al desarrollo metodológico central, surgieron espontáneamente en el proceso de trabajo, y a pesar de que revistieron para nosotros una importancia fundamental para construir el modelo teórico de referencia, la carencia de formalización ha producido la imposibilidad de utilizarlas como fuentes de datos explícitas.

- Una investigación independiente, en la que se combinó observación participante con investigación sobre principios teológicos y obtención de datos cualitativos, sobre la Red Inespecífica de una de las Iglesias Evangélicas, cuyo nivel de respuesta había sido muy bajo, y que dio lugar al informe citado en el Prólogo. Como complemento al mismo, se transcribieron reuniones y testimonios grabados por dicha organización, que fueron muy útiles a la hora de interpretar los procesos terapéuticos que allí se producían.

En realidad el Cuestionario y la documentación complementaria fueron suficientes para *visualizar el escenario*, proporcionar los datos objetivos, evitando los sesgos del discurso interpretativo y homogeneizando los criterios de valoración de las unidades y Redes (Schwartz y Jacobs, 1984), pero los métodos más cualitativos permitieron comprender e interpretar el conjunto y construir el modelo.

Finalmente hay que señalar, la importancia que adquirió la realización en paralelo de un trabajo cualitativo mediante la técnica de *reuniones de grupo*, a través del que se accedió a las actitudes del colectivo de usuarios de C.T.D. (Extoxicómanos más o menos reinsertados, drogodependientes que habían pasado por C.T.D. y familiares de ambos), cuya metodología y conclusiones aparecen en el Capítulo IV.

15.3. Precisiones epistemológicas

1) En el momento de plantearnos la investigación sobre las C.T.D., y en especial la parte relativa a las modalidades terapéuticas y su eficacia, se presentó un problema que parecía de difícil resolución: ¿Cómo evaluar unos procesos técnicos que se inscriben en ámbitos teóricos muy concretos que incluyen instrumentos y conceptos que producen por sí mismos evaluaciones fiables? ¿Con qué marco teórico podemos evaluar otros marcos teóricos de evaluación? Del propio análisis deducimos que los diferentes enfoques terapéuticos que se dan a los procesos en las C.T.D., no nos permiten utilizar cualquiera de ellos para evaluar los otros, ya que eso invalidaría necesariamente los resultados para un parte de los evaluados que parten de otros presupuestos teóricos a la hora de realizar sus intervenciones.

En ocasiones, este problema se ha resuelto realizando investigaciones de tipo empírico y describiendo después los resultados, pero tal y como hemos aclarado ya en el apartado *planteamiento general* este no es nuestro objetivo sino que queremos valorar el modelo de las C.T.D.

La mayoría de las investigaciones realizadas hasta ahora han optado por utilizar, al menos como referente teórico, alguno de los lenguajes técnico-terapéuticos y desde esta perspectiva han adoptado implícitamente sus *puntos de vista*, con lo que los resultados finales de la investigación han sido positivos para aquellos que compartían tales puntos de vista y negativos para aquellos que manejaban referentes distintos. Este problema ya ha sido detectado por otros autores que investigan en el campo de la Salud Mental. En el caso concreto de las C.T.D. se han señalado que las dificultades de evaluación podrían derivarse de esta carencia de codificación interdisciplinar, proponiéndose un modelo mixto, estructural-funcional que integrando a Durkheim y a Freud, nos permitiera establecer objetivamente criterios diferenciales de evaluación de eficacia terapéutica (James, 1986).

Por regla general, el lenguaje utilizado más frecuentemente es un híbrido que se sitúa entre el empirismo sociológico y las referencias conductual-comunitarias, lo que ofrece sin duda ventajas de comprensión, aunque no haya una coincidencia teórica para una parte importante de los profesionales que trabajan este campo, pero aparte de implicar una *toma de partido* se limita a describir los procesos sin entrar inductivamente en la construcción de un modelo interpretativo, que es justo lo que pretendemos hacer nosotros. Tampoco podemos aceptar aquellas posiciones psicodinámicas ortodoxas que se autocalifican de *científicas*, y valoran al analista como el único profesional calificado para emitir juicios a este nivel, desvalorizando todo aquello que no se ajusta a este modelo de *interpretaciones profundas* (Castel, 1980).

No cabe duda que la confusión introducida por esta falta de equi-

dad sociocultural en el rango de la investigación, donde se crea el discurso referencial, ha producido una cierta indeterminación en las propias referencias teóricas y la práctica de muchos equipos profesionales. Como ya hemos visto, tal confusión en los referentes teóricos de los programas que se están desarrollando, produce una serie de problemas en la práctica terapéutica concreta.

2) La vía adoptada para resolver el problema ha tenido en cuenta las soluciones aportadas por investigaciones procedentes de otros ámbitos y que se habían encontrado con problemas similares, tal como es el caso del tratamiento del alcoholismo y las divergencias teóricas de los distintos enfoques psiquiátricos y psicológicos. A través del uso de métodos y referentes teóricos procedentes del campo de la Antropología, se solventa en parte la cuestión permitiéndonos (Waddell, 1985):

- a) Identificar y delimitar el conjunto de métodos y referentes teóricos que se utilizan en el tratamiento del alcoholismo.
- b) Señalar los problemas y resultados propios de cada método.
- c) Relacionar dentro del mismo plano evaluativo la eficacia terapéutica y los costes de cada referente técnico-teórico.
- d) Modificar el rol tradicional de la antropología dentro del campo de las ciencias sociales y posibilitar la construcción de un sistema evaluativo que permita superar los conflictos entre lenguajes y teorías concretas.

Para poder realizar estos procesos en el campo del alcoholismo se ha recurrido a las técnicas del ANALISIS INSTITUCIONAL (Heath, 1985) que compara las diferencias entre lo ideal (lo que se afirma que se está haciendo) con lo real (lo que de verdad se está haciendo). El Análisis Institucional ha permitido demostrar que las organizaciones de tratamiento del alcoholismo, a menudo, asumen una identidad independiente de las intenciones de sus promotores y una dinámica fruto de su propia realidad cotidiana.

El Análisis Institucional se ha aplicado también en una comparación entre la eficacia de una C.T.D. y un servicio de drogodependencias de un Hospital General, mostrando como la disfunción entre los presupuestos de los programas y la práctica real era menor en la C.T.D. a consecuencia de una mayor preparación específica del personal de la C.T.D. (Bell, 1985a).

Un caso similar lo encontramos en un clásico de la Sociología de los Servicios Sociales, como es el conocido, *Burocracia Simbólica. Estudio de caso de una agencia de Bienestar Social* de Jerry Jacobs (reproducido por Schwartz y Jacobs, 1984), que analiza las diferencias entre las normas y reglas para atender a los clientes que la institución te-

nía y las aplicaciones reales que los Asistentes Sociales realizaban, y el porqué de las diferencias entre un nivel y otro. Estas se atribuían a las condiciones reales de la interacción cotidiana entre clientes y asistentes, como por ejemplo en el caso *aceptación implícita de ciertas mentiras para evitar conflictos personales*.

A la vista de los citados antecedentes nuestra intención es utilizar la *versión dialéctica* del Análisis Institucional, ya que nos permitirá (Seguier, 1977):

- a) Describir las determinaciones globales, que desde una perspectiva no-disciplinar, condicionan el fenómeno.
- b) Detectar las contradicciones.
- c) Identificar las fuentes de posible transformación y cambio.

El Análisis Institucional nos ha marcado una estrategia clara de investigación, ya que se han utilizado los resultados de la demanda social, *-condición de cliente-*, para contrastarlos con los Programas de las C.T.D., *-pertinencia del discurso-*, y especialmente con los resultados estadísticos de la práctica, *-cuantificación de tiempos, espacios, actividades, resultados, et,...*. A través de estos tres factores se han podido descifrar las estrategias, tácticas, dinámicas, métodos y hasta los resultados que las C.T.D. aplican en su práctica real.

A efectos prácticos hemos considerado que cada C.T.D. representa el *nivel de grupo* y cada Red de C.T.D. el *nivel de organización* (Lourau, 1975), aunque nos hemos encontrado con una sorprendente dificultad: No hay un discurso consciente en forma de modelo asistencial en las C.T.D., aunque puede que se esté creando, - y este texto constituye parte del proceso de institucionalización-. Tal conclusión posee una importante consecuencia a efectos analíticos ya que la inexistencia de un discurso asistencial restringe los límites del Análisis Institucional. También explica la omnipresencia de discursos ideológico-religiosos que serían sustitutivos de la carencia de un discurso asistencial.

Conviene señalar que no hemos utilizado aquella versión del Análisis Institucional que, a través de diversos caminos, ha llegado, por medio de técnicas como el Training Group a ser ampliamente utilizada en psicoterapia (Lapasade, 1979). Ello constituiría una toma de partido teórica de la que ya nos hemos diferenciado.

3) Al adoptar el punto de vista del *neutralismo terapéutico* lo hemos hecho desde los planteamientos de la nueva Antropología urbana, en su pretensión de construir sistemas evaluativos no conflictivos. Lo cierto es que, desde hace unos años la Antropología ha sido la única disciplina que, quizás por su propia crisis institucional, ha buscado las fór-

mulas para integrar la investigación pura con la participación en los procesos de toma de decisión, y encontrando todo el campo ocupado por disciplinas que realizaban intervenciones e interpretaciones concretas (teoría más práctica) ha decidido ajustar sus objetivos a un ámbito metadisciplinar en el que se le suponía una cierta experiencia.

En realidad esta preparación deriva de su rol en el desarrollo y mantenimiento de los Imperios Coloniales, en la que ejerció un papel a la vez *científicamente neutral* (describir los discursos y los sistemas sociales de los nativos) y práctico (los resultados de las investigaciones determinaban en una gran medida las políticas concretas de los colonizadores). Este papel ha querido ser posteriormente negado produciéndose una reacción que presenta a la Antropología como una disciplina obsesionada por la no-intervención. Desde nuestro particular punto de vista este *neutralismo investigador* es un error y lo que hay que hacer es aprovechar, sin complejos de culpa, todo el arsenal de teorías, técnicas y métodos que se contrastaron en la época colonial.

Sin embargo, la aplicación del marco teórico tradicional de la antropología a las sociedades complejas, se ha realizado desde dos planos diferentes, en un caso limitándose a utilizar aquellos métodos de trabajo de campo que fueron validados en sociedades tradicionales, buscando para ello grupos marginales más o menos bien delimitados (Diamond y Belasco, 1982), lo que le hace coincidir con la sociología de la marginación y de los pequeños grupos, y en otro caso se pretende utilizar el rol del antropólogo en las culturas tradicionales dentro de nuestra propia cultura. Ello implica que los análisis adquieren un carácter *político*, en cuanto plantean que los resultados de las evaluaciones, deben aplicarse a la toma de medidas concretas a través del diseño de programas específicos y selección de los datos que son pertinentes y los que no (Fetterman y Pitman, 1987).

4) Este nuevo rol significa la aparición de una nueva figura, el Evaluador Etnográfico o Etnoevaluador (E.E.), que redefine el rol del antropólogo como evaluador de modelos, procesos y resultados en las sociedades complejas.

El trabajo de los E.E. se caracteriza por el énfasis puesto en los aspectos holísticos y contextuales, y en que a partir de los resultados de la investigación, juzgan, aprecian y evalúan el sistema, lo que les permite identificar elementos discretos o variables, como niveles de cambio dentro de un complejo entramado de interrelaciones. Las recomendaciones *políticas* que realizan tienen como finalidad manipular las variables conocidas que puedan alterar los aspectos socioculturales del sistema (Fetterman, 1987). Es por tanto una tarea que se plantea un permanente feed-back entre la evaluación y el diseño de programas.

La propia terminología antropológica trata de proveerse de una

orientación *emic* de descripción de sucesos, para después incidir en los aspectos *etic* que posibiliten modificaciones en la gestión de los distintos programas.

Para poder desarrollar esta tarea se va recurrir a una serie de técnicas tanto cualitativas como cuantitativas, seleccionadas entre todas las conocidas por la antropología (Ferrell y Compton, 1987), de las que describiremos las que vamos a utilizar en este informe más adelante.

Sin embargo, antes, conviene aclarar el problema de la validez epistemológica del planteamiento de la E.E., ya que hemos indicado que vamos a utilizar una plataforma teórica libre de los *prejuicios* ideológicos que las diferentes metodologías producen. En parte esta actitud es consecuencia del mito, común entre los antropólogos académicos, de que su ciencia es una metaciencia ya que es la única que está en condiciones de analizar la sociedad sin ningún prejuicio ideológico. La propia obsesión de los antropólogos por el tema de la neutralidad valorativa desmiente esta posibilidad. En cualquier caso toda ciencia social se halla sometida al prejuicio de la elección de tema y a los límites de las técnicas de recogida de datos.

Pero esto está asumido por la E.E. que subsume que su papel es el de estimar las funciones de adaptación de un sistema, modelo, programa o política sin referirse para nada a *cultura* que lo sustenta, en nuestro caso las diferentes teorías y prácticas psicoterapéuticas. Esto es lo importante, ya que, nos permite adoptar una actitud neutral en relación a cada una y al conjunto de dichas teorías, lo que no implica el mantenimiento del mito de la neutralidad sino simplemente la adopción de un criterio de neutralidad en relación a un *modelo cultural* concreto.

El factor clave que justifica esta *neutralidad objetual particular* reside en la posibilidad que tiene el E.E. para trabajar desde un marco cultural y teórico ajeno totalmente a aquello que analiza (Pittman y Dobbert, 1987). Hay un alejamiento que le permite mantenerse, por su formación teórica, al margen de los conflictos que generan la aplicación de los programas, y especialmente, y en este sentido conectamos con el Análisis Institucional, poner en duda los contenidos reales que se enmascaran tras los títulos teóricos.

Y para ello posee una experiencia teórica innegable, fruto de muchas décadas de trabajo sobre el tema del CHOQUE CULTURAL, tanto entre culturas distintas como entre grupos diferenciados dentro de una misma cultura, sólo que en este caso, analiza no unos mecanismos de asimilación y aculturación, sino aquellos elementos de comprensión que le proporcionan los distintos lenguajes psicoterapéuticos. Para ello tiene que adoptar una actitud *híbrida* (Fetterman, 1987) entre su propia cultura antropológica y la cultura psicoterapéutica que

está analizando. La primera es su clave teórica, la segunda unos mensajes culturales transmitidos por otros profesionales y que deberá comprender sólo dentro de sus propios límites disciplinares.

Evidentemente el Choque Cultural implica siempre una serie de problemas de asimilación y aculturación inevitables, y en los trabajos de E.E. realizados hasta ahora, se producen una serie de situaciones que van, desde aquellos casos de exceso de rigidez dogmático-antropológico y elitista que traduce tanto los términos del programa que no llega ni tan siquiera a percibirlos adecuadamente, hasta aquellos casos en los que el evaluador queda asimilado por alguna de las formulaciones teóricas analizadas, que asume así un papel hegemónico implícito y muy eficaz porque lo realiza a través de otro lenguaje: el de la teoría antropológica.

Mantener un adecuado equilibrio parece difícil, pero la propia evaluación de lo que se ha venido haciendo hasta ahora en E.E., ha permitido identificar cuales son los factores de riesgo que producen desequilibrio y que son:

- a) La coerción identificativa del medio universitario para el que es vital, que cada aproximación teórica, se corresponda con un referente semántico explícito conocido por la comunidad académica y aceptado por algún departamento o departamentos.
- b) Los intereses económicos, públicos o privados, que realizan la misma tarea objetivadora que el E.E. de las diferentes propuestas teórico-prácticas, pero sólo desde la perspectiva del coste.
- c) Los intereses propios de las organizaciones político-burocráticas para las que la verdad es secundaria frente a la presentación de soluciones rápidas y que se puedan transmitir a la opinión pública (Etzioni, 1971). Ello produce la aceptación acrítica y cíclica de soluciones *mágicas* que responden a las demandas sociales y que siempre son bien aceptadas por la población, lo que impide investigaciones y evaluaciones con suficiente implantación y continuidad.

En resumen la E.E. aplicada, por ahora, básicamente a cuestiones educativas, ha permitido comprender problemas como la relación entre las diferentes teorías y prácticas pedagógicas y el fracaso escolar o el éxito de adolescentes en las mismas condiciones psico-sociales, rompiendo, tanto el mito de las condiciones ambientales, como el mito de la calidad de la enseñanza y mostrando como es la interacción entre una y otra la que produce los resultados y que ni el ambiente psico-social ni el tipo de pedagogía aplicada permiten predecir los resultados del fracaso escolar (Maroto, 1987).

En nuestro caso el método de la E.E. nos ha permitido situarnos al margen de la diversidad de situaciones, escenificadas en forma de Redes, que coexisten bajo el epígrafe de C.T.D., y desde tal distanciamiento poder crear un discurso que permita entender el fenómeno, evaluar adecuadamente sus diferentes manifestaciones y poder así realizar propuestas que modifiquen ciertos aspectos de su funcionamiento.

5) Debemos también hacer ciertas precisiones en torno al enfoque de las C.T.D. como un *estudio de caso social* ya que según hemos dicho, nos limitamos a entender por caso, un conjunto de organizaciones a las que hemos dotado de un supuesto de unidad básica y que vamos a comparar en su funcionamiento. El estudio de caso social presupone las siguientes condiciones (Becker, 1976):

- a) La permanencia del enfoque holístico en todo lo que afecte al caso.
- b) La utilización de cualquier técnica siempre que cumplan la condición de complementariedad entre ellas y estén totalmente formalizadas.
- c) La selección de problemas clave para articular la interpretación, y que en nuestro caso van a ser los de la EFICACIA TERAPEUTICA y la REINSERCIÓN SOCIAL.
- d) La construcción de un modelo que posibilite la interpretación.
- e) La contrastación de fiabilidad mediante la aplicación de las recomendaciones producidas.

6) Otra cuestión importante es la renuncia a utilizar el espacio epistemológico y metodológico articulado por la Teoría General de los Sistemas, o Análisis de Sistemas, lo que no significa que no asumamos el principio de considerar a las instituciones que vamos a investigar como sistemas, todo lo contrario, pero la metodología de Análisis de Sistemas aparece vinculada a técnicas de evaluación multicéntricas y en nuestro caso no las vamos a utilizar, ocurriendo además, que las concepciones tipo Sistema Social (en terminos de T. Parsons) son objeto de discusión en la investigación, por lo que de nuevo volveríamos a ser juez y parte.

7) La última precisión a realizar se refiere a la utilización del modelo teórico que nos aporta el Análisis Componencial

El Análisis Componencial conlleva sin duda la mas típica de las metodologías interpretativas de la Antropología. Fue formulada por Malinowski en una de sus obras de mayor resonancia (Malinowski, 1977) y tiene como finalidad el reconocer las distintas categorías que los sujetos establecen al manejar una determinada terminología. El Análisis Componencial se ha utilizado básicamente para categorizar las relaciones de parentesco y se encuentra hoy muy bien instrumentalizado. En

esencia, parte de las definiciones extensionales (relación de denotaciones) para reducirla a definiciones intensionales a través de su jerarquización (Goodenough, 1976).

Resulta evidente que Análisis Institucional y Componencial se complementan perfectamente, el primero hace explícita una realidad y el segundo adecúa los términos del discurso a esta misma realidad.

Sin embargo esto nos ha planteado un cierto problema, ya que de esta forma medimos la realidad en términos cognitivos, y si desde nuestro propio entrenamiento como antropólogos nos situamos en el marco teórico de la Antropología Cognitiva y a la vez este marco teórico se corresponde con una serie de aproximaciones, también llamadas cognitivas, en el campo de la Psicoterapia, y aunque constatamos diferentes acepciones del término *cognitivo*, hemos tenido que realizar una instrumentalización estricta de la técnica del Análisis Componencial para, de nuevo, evitar un alineamiento teórico.

En este sentido se ha utilizado el informe sobre *La terapia individual, grupal y familiar en psicología*, citado en el prólogo y se convirtió en una rejilla sobre la que fuimos colocando todos los términos que aparecieron para luego relacionarlos Componencialmente sin otra interpretación.

El resultado final ha sido la construcción de un POOL CULTURAL PSICOTERAPEUTICO (Goodenough, 1975) en el que aparecen relacionados todo el conjunto de teorías, valores, ideas, creencias, recetas, experiencias y tradiciones que poseen en relación a la intervención con dependientes, uno o más miembros del colectivo de técnicos, profesionales titulados o no, que gestionan las C.T.D.

A partir de ello se ha podido establecer:

- a) La estructura relacional de los distintos grupos dentro del Pool, qué cosas comparten, cuales les oponen mutuamente y hasta aquellos elementos segmentarios que podrían posibilitar acciones comunes en condiciones determinadas.
- b) Los mecanismos necesarios para poder medir el nivel de competencia de cada unidad (C.T.D.) en relación a las otras, evitando los prejuicios ideológicos.
- c) Valorar el *cultural drift* que puede adoptar tanto el colectivo como los distintos grupos que lo integran.

A pesar de que con las técnicas utilizadas hemos accedido a datos de muchos tipos, para realizar este Análisis Componencial nos hemos basado esencialmente en las fuentes documentales (informes, memorias, proyectos, revistas, ponencias, ect..) obtenidas en el trabajo de campo y que en términos Etnometodológicos han sido considerados elementos de PRODUCCION DE EXPLICACIONES, y presupo-

niendo, desde la misma perspectiva teórica, que tales documentos son la única manera de que los procesos se comuniquen, se comprendan y se realicen. Una vez obtenidos los documentos y otra vez en terminología de Garfinkel los hemos utilizado como *partículas de índice* (Turner, 1974) que han sido explotados como denotaciones para el Análisis Componencial. Habiendo podido comprobar como el contexto holístico les proporciona significado.

8) La implicación más significativa, para el lector, de todos estos procedimientos epistemológicos: neutralismo psicoterapéutico, Análisis Institucional, rol de la Antropología y de la Etnoevaluación, Estudio de Caso y Análisis Componencial, reside en que la terminología psicoterapéutica utilizada en este informe no responde al contenido que cada ámbito disciplinar, teórico o referencial le da, sino a un único y distinto discurso que contiene las definiciones en si mismo. Esto significa que no hay *malas interpretaciones* de ciertos términos, sino una interpretación distinta y ajustada al modelo general.

16. BIBLIOGRAFIA Y DOCUMENTACION UTILIZADAS

Se incluyen clasificadas alfabéticamente todas las referencias bibliográficas, así como toda la documentación, excluidos los cuestionarios, utilizadas para elaborar este informe, la categoría de cada una de las referencias aparece descrita en algún punto del texto.

- AGAR, M. H. *Speaking of Ethnography*. London, SAGE, 1986.
- AGUADO, C., COMAS, D. y MARTÍN, E. *Actitudes de maestros y profesores ante las drogas y la prevención del uso de drogas en el área escolar*. Madrid: Ministerio de Educación, 1987.
- AGUADO, C. y MARTÍN, E. *Centros de asistencia a drogodependientes en Psicólogos*, núm. 24. Madrid, enero 1986.
- ALLISON, M. y HUBBARD, R. L. *Drug abuse treatment process: a review of the literature* en *International Journal of Addictions*. Vol. 20, núm. 9, septiembre 1985, pp. 1321-1345.
- ALVAREZ-URÍA, F. *Miserables y locos*. Barcelona: Tusquets, 1983.
- ALVIRA MARTÍNEZ, F. *Introducción al análisis de los datos* en GARCÍA FERRANDO, M., IBÁÑEZ, J. y ALVIRA, F. (Eds.). *El análisis de la realidad social*. Madrid: Alianza, 1986.
- ANÓNIMO. *Proyecto Hombre en Interdroga*, núm. 3, pp. 9-12. Madrid: INSERSO, octubre 1984.
- ARAMBURU, J. y CHAVARRI, M. C. *Nuestra experiencia como monitores en Jornadas sobre comunidades terapéuticas*. Mineo, 5 páginas, mayo 1985.
- AREA DE SERVEIS SOCIALS. *La Granja (Casa terapéutica para toxicómanos)*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona, 1985.
- ARNDT, I., MCLELLAN, A. T. y O'BRIEN, C. P. *Abstinence treatments for opiate addictions: Therapeutic community or naltrexone?* en *Research Monograph Serie*, núm. 49, pp. 275-281. Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse, marzo 1984.
- ARON, W. S. y DAILY, D. W. *Graduates and splitees from therapeutic community drug treatment programs: a comparison* en *International Journal of Addictions*. Vol. 11, núm. 1, 1976, pp. 1-18.
- ARRIBAS, J. M. et al. *Actitudes morales de los jóvenes y perspectivas del trabajo asociado*. Madrid: mimeo, 1986.
- ASE-AGENZIA DI STAMPA SUI PROBLEMI DELL'EMARGINAZIONE. *Comunidades para toxicómano: La primera investigación en Italia* en *Interdroga*, núm. 3, pp. 43-50. Madrid: INSERSO, octubre 1984.
- ASOCIACIÓN CENTRO OASIS. *Asociación para el tratamiento de drogodependientes Centro Oasis*. Pamplona: mimeo, octubre 1986, 36 pp.
- ASOCIACIÓN EL HORIZONTE. *Asociación El Horizonte. Memoria año 1984*. Palencia: mimeo, 31 diciembre 1984, 3 pp.
- ASOCIACIÓN EL HORIZONTE. *Informe general*. Palencia: mimeo, 20 febrero 1985, 16 pp.
- ASOCIACIÓN EL HORIZONTE. *Asociación El Horizonte. Memoria año 1985*. Palencia: mimeo, 31 diciembre 1985, 6 pp.
- ASOCIACIÓN EL HORIZONTE. *Asociación El Horizonte. Informe general*. Palencia: mimeo, 12 junio 1986, 7 pp.
- ASOCIACIÓN GIRASOL. *Asociación Girasol. Cura, rehabilitación y reinserción de toxicómanos*. Cádiz: mimeo, 1 marzo 1986, 9 pp.
- ASOCIACIÓN DE JÓVENES EX-TOSICÓMANOS LA COLMENA. *Proyecto de reinserción*. Madrid, 1986.

ASOCIACIÓN LE PATRIARCHE. Proyecto terapéutico. Pamplona: mimeo, 28 pp.

ASOCIACIÓN LE PATRIARCHE. Estudio-Informe: Tratamiento de menores en los centros de la asociación Le Patriarche. Mimeo, 32 pp.

ASOCIACIÓN LE PATRIARCHE. Informe: Formación profesional en España. 1983-1985. Pamplona, mimeo, 64 pp.

ASOCIACIÓN LE PATRIARCHE. Balance parcial de admisión enero-octubre 1986. Pamplona, mimeo, 20 pp.

ASOCIACIÓN LE PATRIARCHE. Prensa 86 (enero-octubre). Pamplona, mimeo, 71 pp.

ASOCIACIÓN LE PATRIARCHE. Medios materiales y fuentes de financiación de la asociación El Patriarca en España. Mimeo, 3 pp.

ASOCIACIÓN LE PATRIARCHE. Informe a la Comisión del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. Vol. I. Características y métodos. Mimeo, noviembre 1986, 31 pp.

ASOCIACIÓN LE PATRIARCHE. Informe a la Comisión del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. Vol. II. Centros en España. Mimeo, noviembre 1986, 121 pp.

ASSOCIACIO LLEVANT D'AJUDA I INFORMACIO AL TOXICOMAN. Associacio Llevant. Breu historia i resum de les activitats realitzades. Barcelona, mimeo, 11 pp.

AMAT. Asociación de ayuda a toxicómanos. Un programa integral. Madrid, mimeo, 17 pp.

AMAT. Volando-voy, núms. 1-5. Hontanillas: mimeo, junio 1986-octubre 1986.

AUTORES VARIOS. I Jornadas de Comunidades Terapéuticas Profesionales para Toxicómanos. Conclusiones de las Mesas de Trabajo y de la Asamblea. Valencia: Casa Lanza, mimeo, 1986.

ASOCIACIÓN VALLISOLETANA DE AYUDA AL DROGADICTO (AVAD). Memoria. Valladolid: mimeo, abril 1982, 65 pp.

AUTORES VARIOS. Enfoque relacional en toxicomanías. Comunidad y drogas. Monografía, núm. 1. Madrid. Delegación del Gobierno para el P.N.D., 1987.

BALE, R. N. Outcome research in therapeutic communities for drug abusers: a critical review 1963-1975 en *International Journal of Addictions*. Vol. 14, núm. 8, noviembre 1979, pp. 1053-1075.

BALE, R. N. et al. Therapeutic communities vs methadone maintenance. A prospective controlled study of narcotic addiction treatment: design and one-year follow up en *Archives of General Psychiatry*. Vol. 37, núm. 2, pp. 179-193. Chicago, febrero 1980.

BALE, R. N. et al. Three therapeutic communities. A prospective controlled study of narcotic addiction treatment: process and two-year follow-up results en *Archives of General Psychiatry*. Vol. 41, núm. 2, pp. 185-191. Chicago, febrero 1984.

BASAGLIA, F. La institución negada. Barcelona: Barral, 1972.

BASAGLIA, F. ¿Qué es la psiquiatría? Barcelona: Guadarrama, 1976.

BECKER, H. S. Observación social y estudios de casos sociales en SILLS, L. (Ed.) *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales*. Madrid: Aguilar, 1976.

BEDATE VILLAR, J. Dispositivos asistenciales para el tratamiento y la rehabilitación de los toxicómanos en Valencia en *Congreso Internacional de Alcohólicos y Toxicómanos*. Tanger, 1982. Mimeo, 10 pp.

BEDATE VILLAR, J. Reinserción social de toxicómanos a través de un centro de

rehabilitación prolongada en *Drogalcohol*. Vol. VIII, núm. 2, pp. 75-85. Betera: Hospital Psiquiátrico Betera, abril 1983.

BELL, M. D. Three therapeutic communities for drug abusers: differences in treatment environments en *International Journal of Addictions*. Vol. 20, núm. 10, octubre 1985, pp. 1523-1531.

BELL, M. D. y RYAN, E. R. Where can therapeutic community ideals be realized? An examination of three treatment environments en *Hostipal and Community Psychiatry*. Vol. 36, núm. 12, diciembre 1985, pp. 1286-1291.

BELLIDO VICENTE, I. Terapéutica de la comunidad en el Hospital Psiquiátrico de Oviedo (IV Unidad Mixta del Sector Oriental) en *Revista Clínica Española*. Vol. 125, núm. 4, pp. 313-316. Madrid, 31 mayo 1972.

BENITO, T. et al. Centros de toxicomanías: Una etiqueta no deseable en *Entrejóvenes*, núm. 7. Barcelona, septiembre 1985.

BERGER, L. H. et al. *Specialized Therapeutic Community Program for Female Addictis*. Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse, 1979.

BERNARD, H. S. Anti-therapeutic dimensions of a community meeting in a therapeutic milieu en *Psychiatric Quarterly*. Vol. 55, núm. 4, pp. 227-235. Nueva York, invierno 1983.

BETTELHEIM, B. El corazón bien informado. México, F.C.E., 1973.

BETTELHEIM, B. Heridas simbólicas. Barcelona. Barral. 1974.

BIANCHI, A. M. y SANZI, M. G. Un servizio per chi. Indagine tra le famiglie e gli utenti del Ce.I.S. Roma: Centro Italiano di Solidarietà, octubre 1985.

BLANCO AGUILAR, J. El consumo de drogas en la provincia de Cádiz: Un análisis cualitativo en *Comunidad y drogas*, núm. 2, pp. 41-60. Madrid: Delegación del Gobierno para el PND, Ministerio de Sanidad y Consumo, diciembre 1986.

BLOOR, M. J. Problems of therapeutic community practice in two halfway houses for disturbed adolescents: a comparative sociological study en *Journal of Adolescence*. Vol. 9, núm. 1, marzo 1986, pp. 29-48.

BOIX JUNQUERA, F. La comunidad terapéutica rural en el tratamiento de toxicómanos en *Entrejóvenes*, núm. 4. Barcelona, junio 1985.

BOLTEN, M. P. Short-term residential psychotherapy: psychotherapy in a nutshell en *Psychotherapy and Psychosomatic*. Vol. 41, núm. 3, 1984, pp. 109-115.

BOURAS, N., CHILVERS, C. y WATSON, J. P. Estimating levels of disturbed behaviour among psychiatric in-patients using a general linear model en *Psychological Medicine*. Vol. 14, núm. 2, pp. 439-444. Cambridge, mayo 1984.

BRATTER, T. E. y KOOYMAN, M. A structured environment for heroin addicts: the experiences of a community-based American methadone clinic and a residential Dutch therapeutic community en *International Journal of Social Psychiatry*. Vol. 27, núm. 3, pp. 189-203. Londres, otoño 1981.

BRIDGER, H. Groups in open and closed systems en *Ottenberg, D. The Therapeutic Community Today*. Roma: Centro Italiano di Solidarietà, 1985.

BURROUGHS, W. Yonqui. Madrid: Júcar, 1976.

CANCELO MARTÍNEZ, J. et al. Resume de l'étude d'épidémiologie sur la population héroïnomanie accueillie au centre de diagnostic et traitement des toxicomanies Alborad a de la Asociación Ciudadana de Lucha Contra la Droga en Vigo en *Bulletin de Liaison*. Lyon: Centre National de Documentation Sur les Toxicomanies de Lyon. Mimeo, 9 pp.

CARRETERO PÉREZ, C. *Encuesta sobre comunidades terapéuticas profesionales para toxicómanos*. Valencia: Casa Lanza, mimeo, 1986.

CARVAJAL, E. et al. *Las colonias terapéuticas. Nuevas perspectivas para los pacientes psiquiátricos institucionalizados* en *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanística*, núm. 7, pp. 77-82. Barcelona, junio 1984.

CASA DE ACOGIDA REGULES DE SOBA. *Informe*. Regules de Soba (Cantabria), mimeo, 5 pp.

CASA LANZA. *Las nuevas terapias de grupo aplicadas al tratamiento de toxicómanos en régimen de comunidad terapéutica* en *I Jornadas de comunidades terapéuticas profesionales para toxicómanos*. Mimeo, 31 pp.

CASA LANZA. *Actividades realizadas en Casa Lanza* en *VII Jornadas socidrogalcohol*. Pamplona, 1980. Mimeo, 3 pp.

CASA LANZA. *Casa Lanza* en *I Jornadas sobre la problemática de la heroína*. Barcelona, noviembre 1981. Mimeo, 9 pp.

CASA LANZA. *Casa Lanza* en *I Jornadas sobre drogodependencias*. Barcelona, 1982. Mimeo, 8 pp.

CASA LANZA. *Casa Lanza. Centro de rehabilitación de toxicómanos*, 1984. Valencia: Diputación Provincial de Valencia, 1984.

CASA LANZA. *Trabajo del auxiliar psiquiátrico en el Centro de Rehabilitación de Toxicómanos*. Casa Lanza en *Congreso de Auxiliares Psiquiátricos*, 1984. Mimeo, 6 pp.

CASA LANZA. *Casa Lanza: Estructura del equipo, breve descripción del funcionamiento asistencial* en *I Jornadas de comunidades terapéuticas profesionales para toxicómanos*. Valencia, 29 mayo-1 junio 1986. Mimeo, 5 pp.

CASA LANZA. *Definición y contenido de la comunidad terapéutica profesional* en *I Reunión de delegados de las comunidades terapéuticas profesionales del Estado español*. Madrid, 15 octubre 1986. Mimeo, 6 pp.

CASAGRANDE, D. *Una contradicción institucional: al servicio cerrado para alcohólicos* en BASAGLIA, A. *La institución cerrada. Informe de un hospital psiquiátrico*, pp. 247-258. Barcelona: Barral, 1972.

CASTEL, R. *La sociedad psiquiátrica avanzada*. Barcelona, Anagrama.

CASTEL, R. *La gestión de los riesgos. De la anti-psiquiatría al post-análisis*. Barcelona: Anagrama, 1984.

CASTILLA DEL PINO, C. *Aspectos psicosociológicos del alcoholismo en Vieja y nueva Psiquiatría*. Madrid: Alianza, 1978.

CENTRE D'INVESTIGACIO I TRACTAMENT D'ADDICCIONS (CITA). *Evolución de los tratamientos en una comunidad terapéutica profesionalizada de larga estancia para toxicómanos*. Dosrius (Barcelona), mimeo, 5 pp.

CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS. *Actitudes y comportamiento de los españoles ante el tabaco, el alcohol y las drogas* en *Revista española de investigaciones sociológicas*, núm. 34, pp. 243-419. Madrid: C.I.S., abril-junio 1986.

CENTRO ESPAÑOL DE SOLIDARIDAD (CES). *Proyecto hombre de rehabilitación de toxicómanos*. Mimeo, 5 pp.

CENTRO J. M. LEDESMA. *Centro J. M. Ledesma*. Coto Ríos-Cazorla (Jaén), enero 1984.

CENTRO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DROGODEPENDENCIA. *Plan sobre drogas correspondiente al área de Ibiza y Formentera para 1987*. Ibiza, mimeo, 1986.

CENTRO DE REHABILITACIÓN LARRAINGOA. *Centro de Rehabilitación de To-*

xicómanos Larraingoa. Memoria 1985. Mimeo, 15 pp.

CLARK, D. H. *Psiquiatría administrativa. Los roles de la comunidad terapéutica*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1973.

CLARK, D. H. *The therapeutic community over 40 years: some personal reflections* en *Actas VIII Congreso mundial de comunidades terapéuticas*. Roma: C.I.S., 1985.

COLETTI, M. *Terapia familiare o ottica relazionale?* en *Actas VIII Congreso mundial de comunidades terapéuticas*. Roma: C.I.S., 1985.

COMAS ARNAU, D. *El uso de drogas en la juventud*. Madrid. Ministerio de Cultura, 1985.

COMAS ARNAU, D. *Uso de drogas: del paradigma lewiniano al nuevo rol de las expectativas simbólicas* en *Jano* número 713, 12/22 febrero 1986.

COMAS ARNAU, D. *La medida de la incidencia, prevalencia y problemas causados por drogas ilegales* en *Revista española de investigaciones sociológicas*, núm. 34. Madrid. C.I.S., 1986.

COMAS ARNAU, D. *Las bases estructurales de la Dependencia y la Reinserción en Drogodependencias y reinserción social*. Madrid: Dirección General de Acción Social, 1987.

COMISIONADO PARA LA DROGA. JUNTA DE ANDALUCÍA. *Comunidad terapéutica*. Sevilla, mimeo.

COMISIONADO PARA LA DROGA. JUNTA DE ANDALUCÍA. *Alcaid*, núm. 1. Sevilla: Comisionado para la droga, noviembre 1986.

COMITÉ DE EXPERTOS. *Drogodependencias*. Valladolid: Junta de Castilla-León, 1987.

COMITÉ DE EXPERTOS EN DROGODEPENDENCIA. *ESTUDIO SOBRE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS*. Valladolid: Junta de Castilla-León, 1985.

COMITÉ DE EXPERTOS EN SALUD MENTAL. *EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO CENTRO DE ACCIÓN PREVENTIVA DE LA SALUD MENTAL*. Serie Informes Técnicos, número 134. Ginebra, O.M.S., 1957.

COMITÉ DE EXPERTOS EN SALUD MENTAL. *Psiquiatría social y actitudes de la colectividad*. Serie Informes Técnicos, núm. 177. Ginebra, O.M.S., 1959.

COMUNIDAD TERAPÉUTICA ALBORADA. *Comunidad terapéutica Alborada*. Vigo, mimeo, 1986.

COMUNIDAD TERAPÉUTICA ARCO IRIS. *Informe*. Córdoba, mimeo, 1986.

COMUNIDAD TERAPÉUTICA ARGOS. *Argos*, núms. 0-11. Borja: mimeo, septiembre 1985-abril 1987.

COMUNIDAD TERAPÉUTICA ARGOS. *Calendario 1987*. Borja: mimeo, 1986.

COMUNIDAD TERAPÉUTICA COTO SALINAS. *Encuadre y proceso de puesta en marcha de la comunidad terapéutica Coto Salinas*. Murcia: mimeo, 1986.

COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE HAIZE-GAIN. *Boletín informativo de la comunidad terapéutica de Haize-Gain*. Oyarzum, mimeo, 12 pp.

COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE HAIZE-GAIN. *En otro momento dad*, núm. 7. Oyarzun, mimeo, mayo 1986.

COMUNIDAD TERAPÉUTICA LA GRANJA. *La comunidad terapéutica La Granja dentro del programa Dross*. Mimeo, 4 pp.

COMUNIDAD TERAPÉUTICA MANU ENE. *Proceso asistencial de un paciente heroinómano*. Vizcaya, mimeo, 1986.

COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE VILLAVICIOSA. *Comunidad terapéutica de Villaviciosa de Odón*. Madrid: Comunidad de Madrid, mimeo, 3 pp.

COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE VILLAVICIOSA. *Informe*. Mimeo, 3 pp., 1986.

COOMBS, R. H. *Back on the streets: therapeutic communities impact upon drug users* en *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. Vol. 8, núm. 2, 1981, pp. 185-201.

CORNIER, D. *Toxicomanies: Styles de Vie*. Québec: Gaëtan Morin Edit., 1984.

COSTELLO, R. M. et al. *Therapeutic community treatment for alcohol abusers: a oneyear multivariate outcome evaluation* en *International Journal of Addictions*. Vol. 15, núm. 2, febrero 1980, pp. 215-232.

CRUZ GUTIÉRREZ, D. y LUJÁN, C. *Centro piloto Amat en Hontanillas en Drogodependencias: un reto multidisciplinar*. San Sebastián, noviembre 1984. Tomo 2, pp. 261-265. Vitoria: Gobierno Vasco, 1984.

C.R.E.A. *Trasfondo histórico del problema de la drogadicción*. Puerto Rico. C.R.E.A., 1986.

C.R.E.A. *Manual de tratamiento, deberes y responsabilidades del director del hogar*. Puerto Rico, C.R.E.A., 1985.

CRUZ MONTES, A. *Informe de la visita realizada a los Hogares Crea de Puerto Rico (USA) en Drogodependencias: un reto multidisciplinar*. San Sebastián, noviembre 1984. Tomo 2, pp. 125-136. Vitoria: Gobierno Vasco, 1984.

CUTTER, H. S. et al. *Prediction of treatment effectiveness in a drug-free therapeutic community* en *International Journal of Addictions*. Vol. 12, núm. 2-3, abril 1977, pp. 301-321.

DIAMOND, S. y BELASCO, B. *De la cultura primitiva a la cultura moderna*. Barcelona: Anagrama, 1982.

DÍAZ, J. J. et al. (Equipo multidisciplinar de Aize-Gain, AGIPAD. Oyarzun) *El equipo multidisciplinar en comunidades terapéuticas en Drogodependencias: un reto multidisciplinar*. S. Sebastián, noviembre 1984. Tomo 2, pp. 151-161. Vitoria: Gobierno Vasco, 1984.

DÍAZ DE AULIANO, S. et al. *Los servicios de atención a toxicómanos*. Madrid: Cruz Roja-DGAS, 1985.

DISPENSARIO DE TOXICÓMANOS DE VALENCIA. *Actividades realizadas durante el año 1983, por el equipo Casa Lanza centro de rehabilitación prolongada dependiente del servicio de alcoholismo y toxicomanías del hospital psiquiátrico de Betera*. Mimeo, 35 pp.

DISPENSARIO DE TOXICÓMANOS DE VALENCIA. *Memoria 1984*. Mimeo, 24 pp.

DISPENSARIO DE TOXICÓMANOS DE VALENCIA. *Memoria 1985*. Mimeo, 31 pp.

DOYLE, K. M. et al. *Restructuring rehabilitation for women: programs for the female drug addict* en *American Journal of Psychiatry*. Vol. 132, núm. 12, pp. 1395-1399. Washington, diciembre 1977.

DROGANON NORTE. *Métodos de rehabilitación*. Mimeo, 7 pp., 1986.

ELIADE, M. *Historia de las creencias y las ideas religiosas (5 vols.)*. Madrid. Edic. Cristiandad, 1978-1986.

ENGELMAJER, L. *Drogas. Asociación Le Patriarche*, 1985.

ENGELMAJER, L. et al. *Nociones simples para todos sobre Inmunología y Sida*. Pau: Institut de Documentation et de Recherche Europeen Sur la Toxicomanie (IDRET), 17 agosto 1985.

ENGELMAJER, L. *La esperanza en acción*. Pamplona: Asociación Le Patriarche, 1986.

ENGELMAJER, L. *Le Patriarche*. Pamplona: Asociación Le Patriarche, 1986.

ETZIONI, A. *El control social en las organizaciones* en SILLS, D. L. (Ed.) *Enciclopedia internacional de las ciencias sociales*. Madrid: Aguilar, 1976.

EXPERT COMMITTEE ON MENTAL HEALTH. *The Community Mental Hospital*. Serie de Informes Técnicos, núm. 73. Ginebra: O.M.S., 1953.

FARIS, Ch. *Determining program effectiveness: An evaluation model* en *Actas VIII Congreso mundial de comunidades terapéuticas*. Roma: C.I.S., 1985.

FERNÁNDEZ CEREZO, M. y LÓPEZ ZAYAS, R. *Casa Azahar en I Jornadas estatales de comunidades terapéuticas profesionales para toxicómanos*. Torrente (Valencia): mimeo, 1986.

FERNÁNDEZ MARCH, T.; BERJANO PEIRAT, E. y ROCA SEBASTIA, F. *Experiencias en el tratamiento y rehabilitación de las drogodependencias en I Jornadas sobre prevención y tratamiento de las drogodependencias*. Murcia, marzo 1983. Mimeo, 31 pp.

FERNÁNDEZ MARCH, T. et al. *Programa del equipo Casa Lanza. Centro de rehabilitación prolongada para toxicómanos en II Jornadas de drogodependencias*. Barcelona, 1984. Mimeo, 16 pp.

FERNÁNDEZ MARCH, T. *Las nuevas terapias de grupo en XII Jornadas de sociodrogalcohol*. Granada, diciembre 1984. Mimeo, 89 pp.

FERNÁNDEZ MARCH, T. *Reflexiones psicodinámicas acerca de una experiencia de siete años en Seminario de Toxicomanías*. Organizado por CEPS. Fundación Espasa. Barcelona, junio 1985. Mimeo, 9 pp.

FERNÁNDEZ MARCH, T.; HERNÁNDEZ MERINO, A. M. y BAYARRI LLOBAT, M. *Rehabilitación y Reinserción Social en una Comunidad Terapéutica —Casa Lanza— en Los municipios ante las drogodependencias*. Vigo, 3-6 julio 1985, pp. 457-470. Madrid: FEMP, 1985.

FERNÁNDEZ MARCH, T. *La comunidad terapéutica en el medio rural: reflexiones psicodinámicas acerca de una experiencia de siete años en XIII Jornadas nacionales de sociodrogalcohol*. Palma de Mallorca, 21-23 noviembre 1985, pp. 243-263. Palma, 1986.

FERNÁNDEZ MARCH, T. et al. *Comunicación presentada al PSOE. Mayo 1986. Reunión de Planificación de la Asistencia de Drogodependencias*. Mimeo, 7 pp.

FERNÁNDEZ MARCH, T. *El psicodrama psicoanalítico aplicado al tratamiento al de toxicómanos en régimen de comunidad terapéutica en Drogodroalcohol*. Vol. XI, núm. 1, 1986.

FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, J. M. *Salvar al drogadicto*. Madrid: El Autor, 1981.

FERRELL, B. G. y COMPTON, D. W. *Use of ethnographic techniques for evaluation in a large school district: The vanguard case* en FETTERMAN, D. M. y PITTMAN, M. A. (Eds.) *Educational Evaluation*. Beverly Hills: SAGE, 1987.

FETTERMAN, D. M. *The ethnographic evaluator* en FETTERMAN y PITTMAN (Edit.) *Educational Evaluation*. Beverly Hills: SAGE, 1987.

FETTERMAN, D. M. y PITTMAN, M. A. (Edit.). *Educational Evaluation. Ethnography in Theory, Practice, and Politics*. Beverly Hills: SAGE, 1987.

FOUCAULT, M. *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI, 1980.

FRANCISCO, M. D. *Guía de recursos sociales para toxicómanos en la Comunidad Valenciana*. Valencia: APROVAT, diciembre 1984.

FRENCH, J. F. and KAUFMAN, H. J. (Edit.). *Handbook for Prevention Evaluation*. Rockville. NIDA, 1981.

FRENCH, J. F. et al. *Working With Evaluators. Aguide for Drug Abuse Prevention Program Managers*. Rockville. NIDA, 1985.

306

FREUDENBERGER, H. J. y CARBONET, J. *The reentry process of adolescents en Journal of Psychoactive Drugs*. Vol. 16, núm. 1, enero-marzo 1984, pp. 95-99.

FUMERO, M. E. *Curso administración programas de rehabilitación. Brigadas de amor cristiano: las terapias en la rehabilitación*. Córdoba, mimeo, marzo 1979.

FUMERO, M. E. *Organización programas de rehabilitación. Situación de la rehabilitación*. Córdoba, mimeo, marzo 1979.

FUNDACIÓN EVANGÉLICA PARA LA REHABILITACIÓN DE MARGINADOS (FERMA). *Casa de Socorro de la Trinidad*. Málaga. Málaga, mimeo, 9 julio 1983.

FUNDACIÓN MAGNIFICAT. *Granja terapéutica de drogodependientes El Libertador*. Sevilla, mimeo, 12 pp.

FUNDACIÓN SEVILLANA PARA EL ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE DROGODEPENDIENTES (FUSETORO). *Programa de actuación de la fundación sevillana para el estudio y el tratamiento de drogodependientes (Fusetoro)*. Sevilla, mimeo, enero 1984, 14 pp.

FUNDACIÓN SPIRAL. *Comunidades terapéuticas. Fundación Spiral*. Palencia, mimeo, 23 pp.

FUNDACIÓN SPIRAL. *La evaluación y el seguimiento del toxicómano. Seguimiento de toxicómanos tratados*. Palencia, mimeo, 61 pp.

FUNES ARTIAGA, J. y ROMANI I ALFONSO, O. *Dejar la heroína*. Madrid: Cruz Roja Española, 1985.

GALANTER, M. *Recent developments in alcoholism*. Nueva York y Londres: Plenum Press, 1983.

GARCÍA, A. y GRAÑA, J. L. *Marco y programa del S.S.A.R.D. Cuadernos de acción social*, número 0, 1986.

GARCÍA MAS, M. P. *Análisis de las comunidades terapéuticas en España en XIII Jornadas nacionales de sociodrogalcohol*. Palma de Mallorca, 21-23 noviembre 1985, pp. 215-229. Palma de Mallorca, 1986.

GARIBO REDOLAT, R. *Estudio comparativo de dos poblaciones de toxicómanos atendidos en la comunidad psicoterapéutica Casa Lanza durante dos períodos: de 1981 a 1982 y en 1985*. Valencia: APROVAT, año académico 1985-86.

GERDMAN, P. *The Evaluation on Narconon. A Study of and With a Linkwork Among Drugabusers in Stockholm*. Estocolmo, mimeo, mayo 1981.

GIANGIACOMI, E. et al. *Schema di protocollo nei rapporti tra enie publico e comunità perapeutico en Actas VIII Congreso mundial de comunidades terapéuticas*. Roma, C.I.S., 1985.

GIL IBÁÑEZ, A. M. y DIEZ JIMÉNEZ, M. M. *El toxicómano ante las distintas etapas de un proceso socioterapéutico en el centro de rehabilitación de Amat en Hontanillas*. Madrid, mimeo, 7 pp.

GOFFMAN, E. *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu, 1984.

GOLD, S. *Projective identification: the container and reeve as concepts in applied psychoanalysis en British Journal of Medical Psychology*. Vol. 56 (Pt 3), pp. 279-285. Londres, septiembre 1983.

GONZÁLEZ DE CHAVEZ, I. *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. Madrid, Mayoría, 1980.

GOODENOUGH, W. H. *Cultura, lenguaje y sociedad en KAHN, J. S. El concepto de cultura: textos fundamentales*. Barcelona: Anagrama, 1975.

GOODENOUGH, W. H. *Análisis componencial en SILLS, D. L. (Ed.) Enciclopedia internacional de las ciencias sociales*. Madrid: Aguilar, 1976.

GRANADO, O. *Las comunidades terapéuticas de drogodependientes en España en Psicólogos*, núm. 24, enero 1986.

GRANJA EL SOLANO. *La asociación El Patriarca en I Jornadas municipales sobre toxicomanías*. Valladolid, 21-26 marzo 1983, pp. 253-259. Valladolid: Ayuntamiento de Valladolid, 1985.

GRAUT, T. *Evolución de los criterios asistenciales en una granja de rehabilitación para toxicómanos en Drogodependencias: un reto multidisciplinar*. San Sebastián, noviembre 1984. Tomo 2, pp. 145-150. Vitoria: Gobierno Vasco, 1984.

GUTIÉRREZ CANO, F. et al. *Guía de Comunidades Terapéuticas y Servicios Ambulatorios para Toxicómanos en Cuadernos de acción social*, núm. 19 (Suplemento). Madrid: Dir. Gral. Acción Social, julio-septiembre 1985.

GARRIS, R., LINN, M. W. y PRATT, T. C. *A comparison of dropouts and disciplinary discharges from a therapeutic community en International Journal of Addictions*. Vol. 15, núm. 5, julio 1980, pp. 749-756.

HART, L. *Attitudes regarding drug abuse among a group of ex-addicts staff members en International Journal of Addictions*. Vol. 11, núm. 1, 1976, pp. 35-39.

HATCH, J. D. *A comparison between a residential therapeutic community and a non-residential day program en Actas VIII Congreso mundial de comunidades terapéuticas*. Roma: C.I.S., 1985.

HEAT, D. B. *Selected Contest of Anthropological Studies in the Alcohol Field: Introduction en GALANTER, M. (Ed.) Alcoholism*. Vol. 2, pp. 377-381. Nueva York: Plenum Press, 1983.

HERNÁNDEZ MERINO, A. M. *Pinturas de alcohólicos en un taller de terapia ocupacional. Pinturas de toxicómanos en un centro de largo internamiento*. Valencia, mimeo, octubre 1984.

HERNÁNDEZ MERINO, A. M. *Rehabilitación y terapia ocupacional en la comunidad terapéutica en XIII Jornadas nacionales de sociodrogalcohol*. Palma de Mallorca, 21-23 noviembre 1985, pp. 231-242. Palma de Mallorca, 1986.

HERNÁNDEZ MERINO, A. M. y ROIG TRAVER, A. *El toxicómano y su imagen corporal en I Congreso de la sociedad española de psicopatología de la expresión*. 30-31 octubre 1985. Mimeo, 11 pp.

HERNÁNDEZ MERINO, A. M. *Puntualizaciones sobre la comunidad terapéutica para toxicómanos, desde la experiencia de Casa Lanza en XIV Jornadas de sociodrogalcohol*. Cáceres, 16-18 octubre 1986. Mimeo, 13 pp.

HERRERA, J. J.; ESPINOSA, N. y CORTOPASSI, L. O. *La comunidad terapéutica en psiquiatría en Actas luso-españolas de neurología y psiquiatría*. Vol. 28, núm. 2, pp. 100-116. Madrid, abril 1969.

HOAG, J. y GISSENM. *Marathon: a life-and-death experience en Journal of Psychoactive Drugs*. Vol. 16, núm. 1, enero-marzo 1984, pp. 45-50.

HOCHMAN, J. *Iatrogenic symptoms associated with a therapy cult: examination of an extinct new psychotherapy with respect to psychiatric deterioration and brainwashing en Psychiatry*. Vol. 47, núm. 4, pp. 366-377. Washington, noviembre, 1984.

HOLLAND, S. *Gateway Houses: effectiveness of treatment on criminal behavior en International Journal of Addictions*. Vol. 13, núm. 3, abril 1978, pp. 369-381.

307

HUBBARD, L. R. *El libro para aprender*. Copenhagen: New Era Publications, 1980.

HUBBARD, L. R. *Los problemas del trabajo*. Copenhagen: New Era Publications, 1982.

HUBBARD, L. R. *Cienciología. Los fundamentos del pensamiento*. Copenhagen: New Era Publications, 1982.

HUBBARD, L. R. *Dianética: la ciencia moderna de la salud mental*. Copenhagen: New Era Publications, 1984.

HUBBARD, L. R. *El camino a la felicidad*. Copenhagen: New Era Publication, 1986.

HUBBARD, L. R. *Purificación: una respuesta ilustrada a las drogas*. Copenhagen: New Era Publications, 1986.

HUBBARD, L. R. *Dianética*. Copenhagen. New Era, 1987.

IBÁÑEZ, J. *Discursos sobre la droga*. Madrid, mimeo, 1985.

IGLESIA APOSTÓLICA DE ESPAÑA. *Administración de programas de rehabilitación. Disciplina del programa*. Córdoba, mimeo, marzo 1979, 3 pp.

IGLESIA EVANGÉLICA. *El estandarte*, varios números. Málaga, 1985-86.

IGLESIA EVANGÉLICA DE ESPAÑA. *Organización de programas de rehabilitación. Brigadas de amor cristiano: organización del personal administrativo*. Córdoba, mimeo, marzo 1979, 3 pp.

INSTITUT DE DOCUMENTATION ET DE RECHERCHE EUROPEEN SUR LA TOXICOMANIE (IDRET). *Estudio epidemiológico de los madrileños de la asociación Le Patriarche*, mimeo, 36 pp.

INSTITUTO EUROPEO DE DOCUMENTACIÓN Y DE INVESTIGACIÓN SOBRE LA TOXICOMANÍA (IDRET). *Estudio epidemiológico sobre toxicómanos españoles. Incidencia del Sida*. Pamplona, mimeo, noviembre 1986.

IRRIGUIBLE CELORRIO, L. et al. *Experiencia de una comunidad terapéutica-granja para la rehabilitación en toxicómanos de Ibiza en XIII Jornadas nacionales de sociodrogalcohol*. Palma de Mallorca, 21-23 noviembre 1985. Palma de Mallorca, 1986.

IRRIGUIBLE CELORRIO, et al. *Dos años de experiencia en una comunidad terapéutica para la rehabilitación de toxicómanos en Ibiza (I-I-84/30-XII-85)*. Ibiza: Centro de Prevención y Tratamiento de las Drogodependencias, 1986.

JAFFE, J. H. *Evaluating drug abuse treatment: a comment on the state of the art* en *Research Monograph Serie*, núm. 51, pp. 13-28. Rochville, Maryland: National Institute on Drug Abuse, 1984.

JAMES, O. W. *The management of a sexually charged clinical problem: social structural and psychoanalytic functionalist approaches in a therapeutic community* en *British journal of medical psychology*. Vol. 59 (Pt 1), pp. 27-34 Londres, marzo 1986.

JIMÉNEZ ORELLANA, J. *Implementación de sistemas motivacionales y de aprendizaje estructurado dentro de una comunidad para marginados*. Madrid: Universidad Complutense, 1985.

JOHANSSON, L.-G. *Hassela solidarity*. Stockholm. Hassela, 1987.

JONES, M. *Therapeutic communities, old and new* en *American journal of Drug and alcohol Abuse*. Vol. 6, núm. 2, 1979, pp. 137-149.

JONES, M. *Psiquiatría social*. Buenos Aires. Escuela, 1966.

JONES, M. *Más allá de la Comunidad Terapéutica*. Buenos Aires. Genitor, 1970.

JONES, M. *La psiquiatría social en la práctica. La idea de la Comunidad Terapéutica*. Buenos Aires. Americalee, 1970.

JONES, M. *The two therapeutic communities-a review* en *Actas VIII Congreso Mundial de Comunidades Terapéuticas*. Roma: C.I.S., 1985.

KAUFMAN, E. *The Therapeutic community and methadone: a way of achieving abstinence* en *International journal of addictions*. Vol. 14, núm. 1, enero 1979, pp. 83-97.

KESEY, K. *Alguien voló sobre el nido del cuco*. Barcelona. Anagrama, 1987.

KLAUSNER, S. Z. *El movimiento religioso-psiquiátrico* en SILL, D. L. *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales*. Madrid: Aguilar, 1976.

KOORYMAN, M. *From chaos to a structured therapeutic community: treatment programme on Emiliehoeve, a farm for young addicts* en *Bulletin of narcotics*. Vol. 27, núm. 1, enero-marzo 1975, pp. 19-26.

LA FONTAINE, J. S. *Iniciación: Drama ritual y conocimiento secreto*. Barcelona. Lerna, 1987.

LAPASSADE, G. *El analizador y el analista*. Madrid: GEDISA, 1979.

LASOFF, G. *Integration of the family into the T. C. concep* en *Actas VIII Congreso Mundial de Comunidades Terapéuticas*. Roma: C.I.S., 1985.

LEACH, E. *Cultura y Comunicación. La lógica de conexión de los símbolos*. Madrid. Siglo XXI, 1978.

LEAL RUIZ, M. I. *El toxicómano entre la marginación social y la automarginación* en *II Congreso de Sociología*. Santander. Mimeo, 1984.

LEAL RUIZ, M. I. et al. *Els Reiets* en *XIII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol*. Palma de Mallorca, 21-23 noviembre 1985, pp. 369-402 Palma de Mallorca, 1986.

LEFF J. P. *Schizophrenia and sensivity to the family environment*. *Schizophrenia bulletin*, 1976.

LEON, G. DE et al. *Therapeutic community dropouts: criminal behavior five years after treatment* en *American journal of drug and alcohol abuse*. Vol. 6, núm. 3, 1979, pp. 253-271.

LEON, G. DE y JAINCHILL, N. *Male and female drug abusers: social and psychological status 2 years after treatment in a therapeutic community* en *American journal of drug and alcohol abuse*. Vol. 8, núm. 4, 1981-1982, pp. 465-497.

LEON, G. DE, WEXLER, R. K. y JAINCHILL, N. *The therapeutic community: sucess and improvement rates 5 years after treatment* en *International journal of addictions*. Vol. 17, núm. 4, mayo 1982, pp. 703-747.

LEON, G. DE. *Program-based evaluation research in therapeutic communities* en *Research monograph serie*, núm. 51, pp. 69-87. Rockville, Maryland: Institute on Drug Abuse, 1984.

LERÁ, A. M. DE. *Mi viaje alrededor de la locura*. Barcelona. Planeta, 1972.

LEVISTON, D. *Current status of the field: contrasting perspective. D. An anthropological perspective on the behavior modification of alcoholism* en *Galanterm, M. (Edit.). Alcoholism*. Vol. 1, pp. 255-261. Nueva York: Plenum Press, 1983.

LIEM, J. H. y LIEM, R. *Life events social sopores and Physical and Psychological Wellbeing*. American Psychological Asociation. 1976.

LOURAU, R. *El análisis institucional*. Buenos Aires. Amorrortu, 1975.

LUXAN, C. DE y AGUILAR, I. *Comunidad Terapéutica de Villaviciosa de Odón*. Madrid: Comunidad de Madrid. Mimeo, 7, pp. 1986.

- MADDUX, J. F. y DESMOND, D. F. *Contribución a la hipótesis de la maduración liberadora en la dependencia de los opiáceos en Boletín de estupeficientes*. Vol. XXXII, núm. 1. Viena. Naciones Unidas, 1980.
- McMELLAN, A. T. et alt. *The psychiatrically severe drug abuse patient: methadone maintenance or therapeutic community* en *American journal of drug and alcohol abuse*. Vol. 10, núm. 1, 1984, pp. 77-95.
- McLELLAN, A. T. et alt. *Extinguishing conditioned responses during opiate dependence treatment turning laboratory fundings into clinical procedures* en *Journal of substance abuse treatment*. Vol. 3, núm. 1, 1986, pp. 33-40.
- MAERTENS, J. y KEYMEULEN. *Compulsory residence in a therapeutic community* en *Actas VIII Congreso Mundial de Comunidades Terapéuticas*. Roma: C.I.S., 1985.
- MAGAN, J. *The spiritual dimension* en *Actas VIII Congreso Mundial de Comunidades Terapéuticas*. Roma: C.I.S., 1985.
- MALINOWSKI, B. *Jardines de Coral*. Barcelona: Labor, 1977.
- MANDEL, L., SCHULMAN, J. y MONTEIRO, R. *A feminist approach for the treatment of drug-abusing women in a coed therapeutic community* en *International journal of addictions*. Vol. 14, núm. 5, julio 1979, pp. 589-597.
- MANN, R. D. y WINGARD, J. *A cross-cultural study of drug rehabilitation methodologies in Sweden and the United States* en EISEMAN, S. (Ed.). *Drug abuse. Foundation for a psychosocial approach*. Farmingdale: Baywood, 1987.
- MAROTTO, R. A. «Posin'to be chosen»: *An ethnographic study of in-school truancy* en FETTERMAN, D. M. y PITTMAN, M. A. *Educational evaluation*. Beverly Hills: SAGE, 1987.
- MARTÍNEZ, S. *Las Comunidades para Toxicómanos en Italia* en *Revista de Estudios de Juventud*. Núm. 17, pp. 183-187. Madrid: Instituto de la Juventud, marzo 1985.
- MERTON, R. *Ambivalencia sociológica*. Madrid. Espasa-Calpe, 1980.
- MESONES ARROYO, H. *La comunidad terapéutica* en *Actas Iuso españolas de neurología y psiquiatría*. Vol. 27, núm. 3, pp. 433-463. Madrid, agosto, 1968.
- MICHEL, M. de et al. *L'applicazione di misure sostitutive della carcerazione preventiva a favore di tossicodipendenti: alcune esperienze e considerazione* en *Actas VIII Congreso Mundial de Comunidades Terapéuticas*. Roma: C.I.S., 1985.
- MIDER, P. A. *Client types in drug-free and methadone treatment: comparison of personality traits* en *American journal of drug and alcohol abuse*. Vol. 10, núm. 1, 1984, pp. 97-111.
- MIDER, P. A. *Patient-treatment interaction: person versus thing centeredness of addicts in methadone and drug-free approaches* en *International journal of addictions*. Vol. 20, núm. 8, 1985, pp. 1191-1211.
- MILLAS, J. *Lucien Engelmajer ha creado 25 centros para regeneración de drogadicitos en Europa* en *El País*, 20 febrero 1982.
- MONDAZAR CANAL, G. et alt. *Azahar* en *XIII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol*. Palma de Mallorca, 21-23 noviembre 1985, pp. 403-418. Palma de Mallorca, 1986.
- MONEGAL FERRIOL, J. M. et alt. *Asistencia a heroinómanos* en *IX Jornadas Nacionales de sociodrogalcohol*. Barcelona: Ferrer Internacional, 1984.
- NADEAU, L. *¿Cuándo la Comunidad Terapéutica para Toxicómanos se convierte en maltratante?* *Revista española de drogodependencias*. Volumen 12, núm. 2, 1987.
- NARCONON. *Programa Internacional Narconon*. Madrid: Mimeo, 1984.
- NARCONON. *Centros con aplicación de tecnología de L. Ron Hubbard*. Madrid: Mimeo, 29 octubre 1984.
- NICOLAU MONCLUS, B. *Estudio-dictamen: fines sociales, asistenciales y de interés público de la asociación El Patriarca y su relación con el ordenamiento jurídico y la Administración del Estado*. Pamplona: Le Patriarche, 10 abril 1986.
- NIEVA, P. y MARÍN, R. *Perspectiva socioeducativa del tratamiento de la toxicomanía*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia, 1986.
- NORRIS, M. *Changes in patients during treatment at the Henderson Hospital therapeutic community during 1977-81* en *British journal of medical psychology*. Vol. 56 (Pt 2), pp. 135-143. Londres, junio 1983.
- NÚÑEZ GARCÍA, I. *Rehabilitación de drogadicitos Proyecto Hombre*. Ponferrada. Mimeo, 2 pp.
- NÚÑEZ GARCÍA, I. *Marginación y sociedad. Proyecto Hombre de rehabilitación de toxicómanos*. Ponferrada, 1986, 63 pp.
- OBRADOR, A. y FONTANILLES, M. *Las familias de acogida en el proceso de tratamiento de heroinómanos* en *XIII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol*. Palma de Mallorca, 21-23 noviembre 1985, pp. 323-330. Palma de Mallorca, 1986.
- O'BRIEN, W. *The therapeutic community-static or moving* en *Actas VIII Congreso Mundial de Comunidades Terapéuticas*. Roma: C.I.S., 1985.
- OLDHAM, J. M., RUSSAKOFF, L. M. y PRUSNOFSKY, L. *Seclusion. Patterns and milieu* en *Journal of nervous and mental disease*. Vol. 171, núm. 11, pp. 645-650. Baltimore, noviembre 1983.
- OLIVER NAVARRO, B. et alt. *Las jornadas de convivencia como factor terapéutico* en *XIII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol*. Palma de Mallorca, 21-23 noviembre 1985, pp. 359-364. Palma de Mallorca, 1986.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Los objetivos de la salud para todos*. Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo, 1986.
- ORTI, A. *La apertura y el enfoque cualitativo o estructural* en GARCÍA FERRANDO, M., IBÁÑEZ, J. y ALVIRA, F. (Eds.). *El análisis de la realidad social*. Madrid: Alianza, 1986.
- OSCARSSON, L. *Evaluación de métodos de tratamiento* en *Los municipios ante las drogodependencias*. Vigo, 3-6 julio 1985, pp. 221-235. Madrid: FEMP, 1985.
- OTTENBERG, D. (Ed.). *The therapeutic community today*. Roma: Centro Italiano di Solidarietà, 1985.
- PAGE, R. C. *Social change in a therapeutic community* en *International journal of addictions*. Vol. 18, núm. 6, agosto 1983, pp. 769-776.
- PAPA, V. et alt. *Structure intermediale in psichiatria. L'esperienza di un anno (1984) nella comunità terapeutica Solaro* en *Minerva médica*. Vol. 77, núm. 32-33, pp. 1495-1499. Torino, 25 agosto 1986.
- PAPPALARDO, L. *Comunidades terapéuticas: Proyecto Hombre* en AAVV, *Las toxicomanías*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social-Cruz Roja, 1985.
- PARSONS, T. *El sistema social*. Madrid: Revista de Occidente, 1976.
- PASTOR SELLER, E. *Estudio de la Institución Centro de Rehabilitación els reiets*.

- Mimeo, 31 pp.
- PAZIENZA, A. y F., G. **Detective Mama**. Mimeo, 1986.
- PERURENA, J. *Reflexiones en torno al encuadre y proceso de la terapia de grupo en una comunidad terapéutica* en **I Jornadas sobre Comunidades Terapéuticas**. Valencia, 1986.
- PEYROT, M. *Narcotics anonymous: its history, structure, and approach* en **International journal of addictions**. Vol. 20, núm. 10, octubre 1985, pp. 150, 9-1522.
- PICCHI, M. *El Proyecto Hombre en Drogodependencias: Un reto multidisciplinar*. San Sebastián, noviembre 1984. Tomo 2, pp. 59-103. Vitoria: Gobierno Vasco, 1984.
- POLO SANGUESA, LL et alt. *Guía de Comunidades Terapéuticas y servicios de atención a toxicómanos*. Madrid: Cruz Roja Española, 1984.
- POLO SANGUESA, LL. y ZELAYA, M. *Comunidades para Toxicómanos*. Madrid: Dirección Gral. Acción Social-Cruz Roja, 1985.
- POPPER, K. R. *La lógica de la investigación científica*. Madrid: Tecnos, 1973.
- PRESTON, C. A. y VINE, L. L. *Self-and ideal-self-perception of drug addicts in therapeutic communities* en **International journal of addictions**. Vol. 19, núm. 7, noviembre 1984, pp. 805-818.
- PROYECTO HOMBRE. *El Proyecto Hombre de rehabilitación de toxicodependientes*. Mimeo, 4 pp.
- PROYECTO HOMBRE. *Programa Terapéutico Proyecto Hombre. Memoria (84-85)*. Madrid. Mimeo.
- PRUSS, R. *Therapeutic community at a crossroad: Public service or private enterprise* en **Actas VIII Congreso Mundial de Comunidades Terapéuticas**. Roma: C.I.S., 1985.
- PUIG, Z. *Estrategias de intervención en Puerto Rico para prevenir y tratar la adicción en Drogodependencias*. Actas IX Congreso Internacional sobre prevención y tratamiento de las drogodependencias, pp. 407-416. Madrid: Ministerio Sanidad y Seguridad Social, 1980.
- RAMÍREZ, E. *Recent developments in the therapeutic community movement in Puerto Rico and Latin America* en **Actas VIII Congreso Mundial de Comunidades Terapéuticas**. Roma: C.I.S., 1985.
- RAMOS PÉREZ, E. *Proyecto de trabajo como educador para el Centro de Día Municipal de rehabilitación de Toxicomanías els reiets*. Alicante: Mimeo, enero 1987, 51 pp.
- RAPOPORT, R. N. *La communauté thérapeutique*. París: Máspero, 1974.
- RAPOPORT, R. N. *Comunidades terapéuticas* en SILLS, D. L. (Edit.). **Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales**. Madrid: Aguilar, 1977.
- REHABILITACIÓN MARGINADOS-AYUDA AL TOXICÓMANO. REMAR. **Boletín Informativo**. Málaga, 1986.
- REMAR. *Transcripciones de testimonios, sermones y otras intervenciones de la iglesia evangélica sobre drogas*. Madrid: Mimeo, 1987.
- RIZZO, N. *La comunità terpeutica come alternativa alla prigione nella presa in carico del tossicodipendenti* en **Actas III Congreso Mundial de común ideas terapéuticas**. Roma: C.I.S., 1985.
- ROCA SEBASTIA, F. y BEDATE VILLAR, J. *Evaluación de un año de funcionamiento en una comunidad terapéutica rural para toxicómanos en Drogas alcohol*. Vol. VII, núm. 2, abril 1982, pp. 75-87.
- ROIG TRAVIER, A. *La comunidad terapéutica en XIII Jornadas Nacionales de*

- Socidrogalcohol**. Palma de Mallorca, 21-23 noviembre 1985, pp. 185-192. Palma de Mallorca, 1986.
- ROIG TRAVIERA, A. *El modelo americano de comunidad terapéutica y su difusión en Europa* en **XIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol**. Palma de Mallorca, 21-23 noviembre 1985, pp. 193-214. Palma de Mallorca, 1986.
- ROLDAN INTXUSTA, G. (AGIPAD). *Informe de la X Conferencia Mundial de Comunidades Terapéuticas*. San Sebastián. Mimeo, 23 pp.
- ROLDAN, G. et alt. *Haize Gain. La comunidad terapéutica en un programa de asistencia de salud mental comunitaria* en **Jornadas sobre Comunidades Terapéuticas**. Mimeo, 23 pp.
- ROLDANG, G. y PERURENA, J. *Haize-Gain. La comunidad terapéutica en un programa de asistencia de salud mental comunitaria en 10th world conference of therapeutic communities*. Eskilstuna Sweden, 7-12 septiembre 1986. Mimeo, 11 pp.
- ROMOND, A. M., FORREST, C. K. y KLEBER, H. D. *Follow-up of participants in a drug dependence therapeutic community* en **Archives of general psychiatry**. Vol. 32, núm. 3, pp. 369-374. Chicago, marzo, 1975.
- ROSE, M. *The potential of fantasy and the role of charismatic leadership in a therapeutic community* en **Actas VIII Congreso Mundial de Comunidades Terapéuticas**. Roma: C.I.S., 1985.
- ROSENTHAL, M. S. *Therapeutic communities: a treatment alternative for many but not all* en **Journal of substance abuse treatment**. Vol. 1, núm. 1, 1984, pp. 55-58.
- ROYO ISACH, J. *El voluntariado en el trabajo con toxicómanos* en **Entrejóvenes**, núm. 9. Barcelona, noviembre 1985.
- RUBIN, R. S. *The community meeting: a comparative study* en **American Journal of Psychiatry**. Vol. 136, núm. 5, pp. 708-712. Washington, mayo 1979.
- SAGRAEUS, V. *Research on the treatment of alcoholics and drug addicts during the 1970s in Sweden* en **Actas VIII Congreso Mundial de Comunidades Terapéuticas**. Roma: C.I.S., 1985.
- SAINZ CASADO, A. M. *Inspección de Centros Terapéuticos de Rehabilitación de Toxicómanos*. Burgos: INSALUD, 1985.
- SAINZ CASADO, A. M. *Experiencia desarrollada por el programa de toxicomanías de la dirección provincial del insalud en Burgos. Una metodología de trabajo*. Mimeo, 1986.
- SALINAS UGALDE, A. M. *La problemática de las comunidades terapéuticas para toxicómanos* en **AAVV, aportaciones toxicológicas**. Madrid: Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, 1986.
- SANAHUJA BELTRAN, P. *Comunidades terapéuticas: Descripción, método y evolución de la C.T. «La Granja» (Programa DROSS Barcelona) en Seminario de alternativas de tratamiento y rehabilitación en farmacodependencia y alcoholismo*. Bogotá. Mimeo, 1986, 41 pp.
- SÁNCHEZ CARBONELL, X. *La evaluación del tratamiento de toxicómanos en XIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol*. Palma de Mallorca, Consell, 1986.
- SCHITTAR, L. *La ideología de la comunidad terapéutica* en BASAGLIA, F. *La Institución Negada. Informe de un Hospital Psiquiátrico*. Pp. 173-185. Barcelona: Barral, 1972.
- SCHNEIDER, S. y DEUTSCH, C. *Adolescent sexuality in a therapeutic community: staff countertransference issues* en **Adolescence**. Vol. 20, núm. 78, ve-

rano 1985, pp. 369-376.

- SCHWARTZ, H. y JACOBS, J. *Sociología Cualitativa*. México: Trillas, 1974.
- SEGUIER, M. *Crítica Institucional y creatividad colectiva. Una introducción a la autoevaluación*. Madrid: Marsiega, 1978.
- SERIGO SEGARRA, A. *El hospital psiquiátrico como comunidad terapéutica en Revista de Sanidad e Higiene Pública*. Vol. 42, núm. 1, pp. 31-39. Madrid, enero-febrero 1968.
- SERNA, C. DE LA. *En cincuenta y cuatro centros de rehabilitación luchan por dejar la droga en Epoca*, núm. 20, pp. 9-17.
- SERVICIO ALCOHÓLICOS Y TOXICÓMANOS HOSPITAL PSIQUÁTRICO PROVINCIAL BETERA. *Resumen de las actividades realizadas en asistencia extra-hospitalaria durante el año 1979*. Mimeo, 1 p.
- SERVICIO ALCOHÓLICOS Y TOXICÓMANOS HOSPITAL PSIQUÁTRICO PROVINCIAL BETERA. *Memoria de las actividades del equipo de toxicómanos, 1979*. Mimeo, 3 pp.
- SERVICIO ALCOHÓLICOS Y TOXICÓMANOS HOSPITAL PSIQUÁTRICO PROVINCIAL BETERA. *Memoria de las actividades del equipo de toxicómanos, 1980*. Mimeo, 2 pp.
- SERVICIO ALCOHÓLICOS Y TOXICÓMANOS HOSPITAL PSIQUÁTRICO PROVINCIAL BETERA. *Memoria del servicio del año 1982*. Mimeo, 19 pp.
- SERVICIOS JURÍDICOS. DPTO. ASUNTOS JUDICIALES DE LE PATRIARCHE. *El Patriarca y la Probation (libertad a prueba o suspensión del fallo)*. Mimeo, 55 pp.
- SERVICIO MUNICIPAL DE TOXICOMANÍAS. *Ayuntamiento de Alicante proyecto de trabajo para el Centro de Rehabilitación els reiets*. Alicante: Mimeo, noviembre 1985, 41 pp.
- SERVICIO DE TOXICOMANÍAS. *Ayuntamiento de Alicante grupos de Padres*. Alicante. Mimeo, 23 pp.
- SMART, R. G. *Outcome studies of therapeutic community and halfway house treatment for addicts en International journal of addictions*. Vol. 11, núm. 1, 1976, pp. 143-159.
- SONEIRA VEIGA, C. et alt. *Descripción de un modelo de comunidad terapéutica rural para toxicómanos adictos a la heroína en Jornadas de terapia de modificación de conducta*. Madrid, 1986. Mimeo, 10 pp.
- SONEIRA VEIGA, C. et alt. *Descripción du modele d'assistance de la communauté thérapeutique Alborada, de Vigo (Espagne) en Bulletin de Liaison*. Lyon: Centre National de Documentation Sur les Toxicomanies. Mimeo, 14 pp.
- SONTAG, S. *La enfermedad y sus metáforas*. Barcelona: Muchnik, 1980.
- SORENSEN, J. L., DEITCH, D. A. y ACAMPORA, A. *Treatment collaboration of methadone maintenance programs and therapeutic communities en American journal of drug and alcohol abuse*. Vol. 10, núm. 3, 1984, pp. 347-359.
- SORIANO MOMPO, F. *La psicoterapia familiar con drogodependientes. Un modelo de intervención en Informacio Psicologica*. Número 28. Valencia. Colegio Oficial de psicólogos, diciembre, 1986.
- SORIANO MOMPO, F. *Psychotherapie familiale avec des toxicomanes en Revista de la Universidad de Lyon*. Mimeo, 14 pp.
- SORIANO MOMPO, F. y CAMARERO ROCA, M. C. *Importancia del trabajo con los padres en el tratamiento de los toxicómanos en VIII Symposium de Psi-*

coterapia y Técnicas de Grupo. Palma de Mallorca, junio 1980. Mimeo, 7 pp.

- SORIANO MOMPO, F. y FERNÁNDEZ MARCH, T. *El papel del psicólogo en un servicio de alcoholismo y toxicomanías en I Jornadas sobre el Rol Profesional del Psicólogo*. Valencia, 1985. Mimeo, 12 pp.
- SORIANO MOMPO, F. *Psicoterapia familiar con drogodependientes en Drogolcohol*. Vol. X, núm. 3, pp. 101-109.
- STENSNO, Ch. *The relation between time treatment and treatment effects in the therapeutic communities for drug addicts en Actas VIII Congreso Mundial de Comunidades Terapéuticas*. Roma: C.I.S., 1985.
- STERN, D. A., FROMM, M. G. y SACKSTEDER, J. L. *From coercion to collaboration: two weeks in the life of a therapeutic community en Psychiatry*. Vol. 49, núm. 1, pp. 18-32. Washington, febrero 1986.
- STEWART-CLARK, J. *Informe. Comisión de Investigación del problema de las drogas en los Países de la Comunidad Europea*. Luxemburgo: Comunidad Económica Europea, 1986.
- T.A.I.M. *Rehabilitación de Toxicómanos y factores adyacentes*. Madrid. Asociación Española de Mejoras Sociales, 1987.
- THOMAS, K. *Diversos métodos de terapia de drogadictos en el mundo en AAVV. La Droga. Problema Humano de nuestro tiempo*. Pp. 179-215. Madrid: Ediciones y Seminarios, 1974.
- TIMS, F. y LUDFORD, J. P. (Edit.). *Drug Abuse treatment evaluation: Strategies, progress and prospects*. Rockville. NIDA, 1984.
- TURNER, v. *La selva de los símbolos*. Madrid. Siglo XXI, 1980.
- TURNER, R. (Ed.). *Ethnometodology*. Londres: Penguin, 1974.
- VAN GENNEP, A. *Los Ritos de Paso*. Madrid. Taurus, 1986.
- VETERA, C. *Rapporto tra pubblico e privato nelle comunità terapeutiche en Actas VIII Congreso Mundial de Comunidades Terapéuticas*. Roma: C.I.S., 1985.
- VILA-ABADAL I VILAPLANA, J. et alt. *Comunitat terapéutica de Vidra: una experiencia de comunidad profesional para toxicómanos en Drogodependencias: Un Reto Multidisciplinar*. San Sebastián, noviembre 1984. Tomo 2, pp. 105-114. Vitoria: Gobierno Vasco, 1984.
- VIVIEN, A. *Les sectes en france. RAPPORTS OFFICIELS. LA DOCUMENTATION FRANÇAISE*. 1982.
- WADDELL, J. O. *Alcoholism-treatment-center-based projects en GALANTER, M. (Edit.). Alcoholism*. Vol. 2, pp. 397-404. Nueva York: Plenum Press, 1983.
- WAX, R. H. *Observación participante en SILLS, D. L. (Ed.). Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales*. Madrid: Aguilar, 1976.
- WINICK, CH. *An empirical assessment of therapeutic communities in New York city en BRILL, L. y WINICK, CH. (Edits.). Yearbook of substance use and abuse*. Vol. 2. Nueva York: Human Sciences Press, 1980.
- WRIGHT, Ch. R. *Evaluación de resultados en SILLS, D. L. (ed.). Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales*. Madrid: Aguilar, 1976.
- YABLONSKY, L. *Synanon: The Tunnel Back*. Londres: Penguin, 1967.
- YABLONSKY, L. *Some aspects of the social structure and social organization of the therapeutic community en OTTENBERG, D. The Therapeutic Community Today*. Roma: Centro Italiano di Solidarietà, 1985.
- ZARCONÉ, V. P. Jr. *An eclectic therapeutic community for the treatment of addiction en International Journal of Addictions*. Vol. 15, núm. 4, mayo 1980, pp. 515-528.

17. ANEXOS

Anexo A

CUESTIONARIO COMUNIDADES TERAPEUTICAS

NOTA PREVIA

Este cuestionario debe cumplimentarse por el responsable/bles adscritos y que trabajen en la propia comunidad terapéutica y no por los responsables institucionales o de asociaciones de apoyo.

NOMBRE DE LA C.T.	_____
DIRECCION COMPLETA	_____
(DISTRITO POSTAL)	_____
TELEFONOS	_____
DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA	_____
DIRECCION	_____
TELEFONOS	_____
FECHA APERTURA (MES/AÑO)	_____

Los datos de este cuestionario son confidenciales salvo los de esta página que se listarán en forma de guía.

NO CUMPLIMENTAR ESTE APARTADO	_____
TIPO DE COMUNIDAD	_____
COSTE	_____
POBLACION ATENDIDA	_____
NORMAS ADMISION	_____
VIA ADMISION	_____

¿QUIEN O QUIENES COMPLETARON ESTE CUESTIONARIO? _____

PERSONA DE CONTACTO EN C.T. _____

PERS.CONTACTO EN INSTITUCIÓN O ASOCIACIÓN _____

APARTADO I.

DESCRIPCION FISICA Y MEDIOS DE LA C.T.

1. N° habitantes del municipio donde esta situada _____
2. Núcleo urbano donde se realiza la mayoría de adquisiciones de bienes y servicios _____ distancia km. _____
3. Distancia en km. del organismo del que se depende _____
4. Ambulatorio de la S.S. mas próximo _____
Distancia en km. _____

5. ¿Se trata de una construcción? (*) M2 construidos _____

Nueva ☐

Preexistente ☐

Año construcción _____

Destino anterior _____

6. Extensión de la finca (m²) _____

7. ¿Se desarrollan actividades productivas en la finca?

No ☐

Si ☐ ¿Cuáles? _____

8. ¿De cuáles de estos servicios dispone?

☐ Agua corriente

☐ Luz eléctrica

☐ Agua caliente

☐ Calefacción

☐ Gas

☐ Estufas

☐ Teléfono

☐ Piscina

☐ Electrodomesticos blancos (cocina) ¿Cuáles? _____

☐ Electrodomésticos marrones (TV, Música) ¿Cuáles? _____

(*) Incluir en una hoja anexa un plano simple de la misma con la distribución funcional del espacio.

9. Número de Plazas

INTERNADO | EXTERNADO |

Disponibles

Ocupadas

10. Habitaciones

Individuales

Dobles

Triplas

Para cuatro

Colectivas

TOTAL

PARA	PARA	CON	CON
EQUIPO	INTERNOS	BAÑOS	SERVICIOS
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

11. ¿Cómo se ha obtenido el mobiliario de la C.T.? _____

12. ¿De qué medios de comunicación disponen? _____

13. TALLERES: mt2 que ocupan _____

Máquinas que tienen _____

14. Maquinaria agrícola disponible _____

15. ¿Tienen contrucciones auxiliares anexas? _____

16. Medios materiales sanitarios _____

16.1. Contenido del botiquín _____

16.2. Material sanitario _____

APARTADO II

CUESTIONES FINANCIERAS

1. Organismos que contribuyen a la financiación de la C.T.

ORGANISMO	%	CARACTER
Autofinanciación		

1. Pública
2. Privadas
3. Becas
4. Subvenciones Públicas

2. ¿Se realiza presupuesto anual?

No ☐

Si ☐ ¿Quién lo realiza? _____

3.. Coste de la estancia

Gratuita ☐

Pago ☐

Mixta ☐

Detallar sistema

(entrada/mes) _____

4. Actividad laboral de los internos dentro de la C.T. Si No

No Remunerado ☐

Remunerado ☐ Condiciones _____

5. Actividad laboral de los internos fuera de la C.T. Si No

No Remunerado ☐

Remunerado ☐ Condiciones _____

6. ¿Han sido auditados en alguna ocasión?

No ☐

Si ☐ ¿Por quién? _____

APARTADO III

ADMISION

1. La C.T. admite directamente a los pacientes ☐
o los recibe de un servicio asistencial más amplio (S.A.A.) ... ☐

CONDICIONES EN QUE LOS REMITE EL S.A.A.

- a. ¿QUIENES DIAGNOSTICA EL CASO? _____
- b. ¿SE CONFECCIONA UN HISTORIAL ANTES DE LLEGAR A LA CT? _____
- c. ¿HA SUPERADO EL SINDROME DE ABSTINENCIA? _____
- d. ¿TIENE LA C.T. AUTONOMIA PARA RECHAZAR EL CASO? _____
- e. ¿QUE TIEMPO MEDIO PERMANECE EN EL S.A.A.? _____
- f. ¿EL PERSONAL DE LA C.T. Y EL DEL S.A.A.

ES SIEMPRE DISTINTO ☐

SE PRODUCEN INTERCAMBIOS ☐

HAY CONTACTOS FORMALES Y PERMANENTES ☐

2. Existe alguna limitación sobre la vecindad geográfica de los atendidos

No ☐

Si ☐ ¿Cuál? _____

3. Edad mínima de admisión _____ máxima _____

4. ¿Se admiten?

☐ Varones

☐ Mujeres

☐ Parejas

☐ Hijos

5. ¿Alguna de estas condiciones impide el ingreso?

☐ Enfermedades contagiosas ¿Cuáles? _____

☐ Enfermedades mentales ¿Cuáles? _____

☐ Trastornos de conducta ¿Cuáles? _____

☐ Problemas judiciales ¿Cuáles? _____

☐ Otros ¿Cuáles? _____

6. Hay algún tipo de "Lista de espera"

☐ No

☐ Si ¿Cuántos la componían a 20.9.86? _____

7. Contrato terapéutico

☐ No

☐ Si (Rogamos anexar ejemplar)

¿Cuándo se entrega? _____

Escrito ☐

Verbal ☐

8. Se accede a la C.T.

☐ Sólo

☐ Acompañado ☐ De personal S.A.A.

☐ De familiares

9. Tipología de los ingresados en los 6 primeros meses de 1986.

9.1. Tipo de droga :

Heroína	%	Politoxicómanos	%
Fármacos	%	Alcohol	%
		Otras	%

9.2. Causas del internamiento

Voluntario	%
Judicial	%
Otros ¿Cuáles?	%

10. Describir las primeras 24 horas en la C.T.

APARTADO IV

NORMAS Y ACTIVIDADES PERMITIDAS

1. ¿EXISTE UN REGLAMENTO DE REGIMEN INTERNO?

☐ No

☐ Si (ROGAMOS ANEXEN EJEMPLAR)

2. ¿COMO SE DAN A CONOCER LAS NORMAS DE LA C.T.?

☐ POR ESCRITO (REGLAMENTO O CONTRATO)

☐ COMUNICACION PERSONAL

☐ EN ASAMBLEA PACIENTES

☐ OTRA ¿CUAL? _____

3. INDIQUEN CUALES DE ESTAS ACTIVIDADES ESTAN PROHIBIDAS A LOS PACIENTES Y LAS CONSECUENCIAS DE SU TRASGRESION

ACTIVIDADES

CONSECUENCIAS

☐ CONSUMO DE CANNABIS

☐ CONSUMO DE ALCOHOL

☐ FUMAR TABACO

☐ USAR FARMACOS SIN RECETA

☐ SEGUIR ESTUDIOS OFICIALES

☐ TRABAJOS QUE PERMITAN INGRESOS

☐ USO DEL TELEFONO SIN CONTROL

☐ USO CONTROLADO DEL TELEFONO

☐ ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS A OTROS PACIENTES

☐ DISPONER DE DINERO PROPIO

☐ RECIBIR PAQUETES DEL EXTERIOR

☐ RELACIONES HETEROSEXUALES

☐ RELACIONES HOMOSEXUALES

☐ VISITAS DE FAMILIARES

☐ VISITAS DE AMIGOS

☐ VIOLENCIA CONTROLADA

☐ OIR MUSICA/VER LA TELE A CUALQUIER HORA

☐ PASEAR A SOLAS DENTRO DE LA FINCA

☐ NO ACUDIR A LAS ASAMBLEAS

APARTADO V.
EQUIPO TECNICO, TERAPEUTICO O JERARQUICO
1. CARACTERISTICAS DEL EQUIPO

CODIGO TITULACION													
HORAS/SEMANA													
SEXO (V-M)													
EDAD													
ANTIGUEDAD (MES/AÑO)													
CODIGO CONTRATO													
REMUNERACION (SI/NO)													
EXPERIENCIA (1)													
IDENTIDAD COMPONENTE (2) →	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	

	2. ROL Y FUNCIONES (AUTODEFINICION)
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

- CODIGO TITULACION
- 1. PSICOLOGO
 - 2. PSIQUIATRA
 - 3. MEDICO
 - 4. ASISTENTE SOCIAL
 - 5. MAESTRO - PEDAGOGO
 - 6. ABOGADO
 - 7. ATS
 - 8. OTRA TITULACION
UNIVERSITARIA
 - 9. OTRA TITULACION MEDIA
 - 10. SIN TITULACION

- CODIGOS DE CONTRATO
- 1. FIJO FUNCIONARIO
 - 2. FIJO CONTRATO LABORAL
 - 3. ASOCIACION COOPERATIVA
 - 4. CONTRATO EVENTUAL
 - 5. PRACTICAS
 - 6. CONTRATO COLABORACION
 - 7. VOLUNTARIO LAICO
 - 8. RELIGIOSO
 - 9. EXTOKICOMANO

NOTAS
(1) Si ha estado en otra/otras C.T. indicar la fecha (mes/año) que empezó en la primera
(2) Se ruega mantener los códigos de identidad de las personas en ambos cuadros.

3. ORGANIGRAMA DEL EQUIPO
(Utilizar el código de identidad: Items V.1 y V.2)

4. CRITERIOS DE ADMISION EN EL EQUIPO

5. [SI EXISTEN EXTOKICOMANOS EN EL EQUIPO]
CRITERIOS DE DIFERENCIACION EQUIPO/INTERNOS

6. COLABORADORES ESPORADICOS

RELACION CON LA C.T.	TAREAS QUE REALIZA

APARTADO VI
PROGRAMA ASISTENCIAL

VI.1 SISTEMA DE TRABAJO DEL EQUIPO TECNICO

1. LAS DECISIONES SOBRE EL PROGRAMA ASISTENCIAL SE TOMAN EN:

- ☐ LA PROPIA C.T.
☐ EN ORGANISMOS DE DEPENDENCIA
☐ EN AMBOS

2. EL DESARROLLO DEL PROGRAMA ES RESPONSABILIDAD DE:

- ☐ LOS RESPONSABLES INSTITUCIONALES
☐ EL/LOS RESPONSABLE/S DE LA C.T.
☐ TODO EL EQUIPO

3. ¿QUE FORMULA DE COORDINACION SE UTILIZA EN EL TRABAJO?

- ☐ COMUNICACION A UN COORDINADOR CENTRAL
☐ MEMORIAS/DIARIO
☐ REUNIONES POR ESPECIALIDAD

¿CUALES? _____

¿CON QUE PERIODICIDAD? _____

- ☐ REUNIONES DE TODO EL EQUIPO

PERIODICIDAD _____

4. EXISTEN SUPERVISORES EXTERNOS

No ☐

Si ☐ ¿Quiénes? _____

¿Cuál es su función? _____

5. SE REALIZAN ASAMBLEAS

- ☐ DE TODOS (INTERNOS Y EQUIPO). PERIODICIDAD _____

- ☐ DE PARTE. PERIODICIDAD. _____

¿Quiénes? _____

VI.2. PROGRAMA TERAPEUTICO

— PARA LAS COMUNIDADES EN LAS QUE SE REALIZA LA DESINTOXICACION —

1. LA DESINTOXICACION SE REALIZA

- ☐ SIEMPRE
☐ + 50% DE LOS CASOS
☐ + 10% DE LOS CASOS
☐ ALGUNAS VECES

2. DESCRIBA EL PROGRAMA DE DESINTOXICACION (TECNICA), USO DE FARMACOS, DURACION, CRITERIOS DE VALORACION Y MIEMBROS DEL EQUIPO QUE INTERVIENEN.

3. PORCENTAJE DE PACIENTES QUE ABANDONAN EN ESTA FASE %

4. ¿DISPONEN DE UN PROGRAMA TERAPEUTICO ESTRUCTURADO?

No ☐

Si ☐

INDIQUEN LAS FASES EN QUE SE DIVIDE

5. INDIQUEN LA DENOMINACION TEORICA USUAL DE LAS TECNICAS QUE SE UTILIZAN EN LA C.T.

6. ¿EXISTE UNA ORIENTACION TEORICA CLARA EN LA C.T.?

SI ☐

No ☐

6.1. ¿SE TRATA DE UNA ORIENTACION EXCLUSIVA?

SI ☐ ¿Cuál? _____

No ☐ ¿Cuáles son? _____

6.2. ¿LAS ORIENTACIONES TEORICAS MENCIONADAS - SEAN EXCLUSIVAS O NO - SON COMPARTIDAS POR TODO EL PERSONAL?

SI ☐

No ☐

6.2.1. ¿EN CASO NEGATIVO COMO SE OBTIENE LA COHESION INTERNA?

☐ POR DEFINICION JERARQUICA

☐ POR ACUERDOS DE TRABAJO

☐ EQUILIBRIO ENTRE LAS PARTES

☐ OTRA ¿CUAL? _____

7. ¿QUE BIBLIOGRAFIA SE UTILIZA EN EL DISEÑO GENERAL DE LA COMUNIDAD?

8. ¿QUE BIBLIOGRAFIA SE UTILIZA PARA EL DESARROLLO DE LOS DISTINTOS PROCESOS Y PROGRAMAS?

9 INFORME ANEXO: OPINION DEL RESPONSABLE/ES DE LA C.T.
SOBRE EL ROL TERAPEUTICO DE LA C.T. EN RELACION A OTRAS
ALTERNATIVAS TERAPEUTICAS

9. ¿EL PROGRAMA TERAPEUTICO CONTIENE OBJETIVOS EXPLICITOS?

No ☐

SI ☐ INDIQUELOS

A CORTO PLAZO: _____

A MEDIO PLAZO: _____

A LARGO PLAZO: _____

10. ¿REALIZAN ALGUN TIPO DE INTERCAMBIO TECNICO-TEORICO CON OTRAS C.T.?

No ☐

SI ☐ ¿Cuál? _____

11. LA EFICACIA TERAPEUTICA SE BASA EN FACTORES

☐ INDIVIDUALES

☐ FARMACODINAMICOS

☐ GRUPALES

☐ PSICOSOCIALES

☐ ADQUISICION DE VALORES Y CREENCIAS

☐ OTROS ¿CUALES? _____

12. ¿REALIZAN ALGUNA DE LAS ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS?

☐ PREVENCION E INFORMACION

☐ INVESTIGACION

☐ FORMACION PROFESIONAL

☐ ORIENTACION LEGAL

☐ PUBLICACIONES

☐ OTRAS ¿CUALES? _____

VI.3. PROGRAMA DE ACTIVIDADES

TIPO DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES REALIZADAS	HORAS SEMANA
LABORTERAPIA		
TERAPIA OCUPACIONAL		
DEPORTES		
MUSICA		
CULTURALES		
EDUCACION PARA LA SALUD		
RELIGIOSAS		
SOCIALES		
OTRAS		

VI.3.1. EDUCACION Y FORMACION PROFESIONAL ENSEÑANZAS QUE SE IMPARTEN A LOS INTERNOS

CURSO O NIVEL	¿QUIEN LO IMPARTE?	Nº ALUMNOS	CARACTERISTICAS DEL PROGRAMA

VI.3.2. ACTIVIDAD LABORAL

TIPO ACTIVIDAD	REM	D.F.	NUM	CARACTERISTICAS Y FUNCION DE LA ACTIVIDAD

REM: REMUNERARIO SI/NO

D.F.: PONER DENTRO/FUERA DE LA C.T.

NUM : NUMERO DE INTERNOS EN LA ACTIVIDAD

[illegible]

1. ¿SE HA PROMOVIDO UNA "ASOCIACION DE PADRES"?

SI ☐ POR LA PROPIA C.T. ☐ POR EL ORGANISMO ASISTENCIAL ☐

No ☐

2. ¿SE EXIGE LA COLABORACION FAMILIAR EN EL PROCESO TERAPEUTICO?

SI ☐ NO ☐

3. COLABORAN LOS FAMILIARES EN EL PROCESO TERAPEUTICO?

Si ☐ NO ☐

¿EN QUE FASE?

¿TOMAN DECISIONES RELATIVAS AL PROCESO TERAPEUTICO DEL FAMILIAR?

No ☐Si ☐

¿Cuáles?

4. ¿EXISTE UN PROGRAMA TERAPEUTICO INFORMATIVO DIRIGIDO A LOS FAMILIARES?

SI ☐ EN LA PROPIA C.T. ☐ EN EL ORGANISMO ASISTENCIAL AMPLIO ☐

No ☐

DICHO PROGRAMA ES DE TIPO:

☐ INDIVIDUAL

☐ PARA LA PAREJA☐ GRUPOS PADRES

☐ TERAPIA PADRES E HIJOS

☐ TERAPIA FAMILIAR CONJUNTA

☐ OTRO ¿CUAL?

5. INFORME ANEXO

¿CUAL CREE QUE ES EL ROL Y EFECTOS DEL PROGRAMA FAMILIAR EN EL PROCESO TERAPEUTICO?

APARTADO VII

CRITERIOS DE EVALUACION

1. ¿DISPONEN DE UN PROGRAMA STANDARIZADO DE EVALUACION?

No ☐ ¿Cuál tienen? _____

SI ☐

2. ¿EN TODO CASO LAS EVALUACIONES QUE REALIZAN SE HACEN PARA CADA PACIENTE?

☐ EN CADA FASE DEL PROGRAMA

☐ SOLO AL FINAL DEL MISMO

3. ¿DISPONEN DE UN "SISTEMA DE REGISTRO DE CASOS"

No ☐

SI ☐ Rogamos anexar ejemplares de fichas

4. ¿QUE TECNICAS DE EVALUACION UTILIZAN? (SALVO LO INDICADO EN 6)

5. ¿SE UTILIZAN GRUPOS CONTROL? ☐ SI

☐ No

6. DESCRIBAN LOS MEDIOS Y CONTROLES ANALITICOS DE QUE DISPONEN, QUIEN LOS REALIZA EN LA C.T. Y _____

COMO UTILIZAN RECURSOS AJENOS. _____

6.1. PERIODICIDAD Y TIPO DE LOS CONTROLES ANALITICOS EN CADA FASE DEL PROGRAMA

FASE	TIPO DE CONTROL	PERIODICIDAD

7. TIEMPO MEDIO DE PERMANENCIA DE LOS INTERNADOS

EN CADA FASE DEL PROGRAMA

FASE

TIEMPO

EN TODO EL PROGRAMA _____

8. CRITERIOS DE ALTA Y TECNICAS DE EVALUACION PARA LA DETERMINACION DE LA MISMA

CRITERIOS ALTA	CRITERIOS TECNICOS
<input type="checkbox"/> HABER FINALIZADO EL PROGRAMA <input type="checkbox"/> ELABORACION DE LOS PROBLEMAS PSICOLOGICOS QUE LE HAN LLEVADO A LA TOXICOMANIA <input type="checkbox"/> MADURACION DE LA PERSONALIDAD <input type="checkbox"/> CAMBIO DE ACTITUDES Y VALORES <input type="checkbox"/> CAPACIDAD DE AUTONOMIA <input type="checkbox"/> MEJORA SENTIDO RESPONSABILIDAD <input type="checkbox"/> ADQUISICION O MEJORAS EN HABITOS Y COSTUMBRES <input type="checkbox"/> ADQUISICION O MEJORA HABILIDADES SOCIALES <input type="checkbox"/> MEJORA EN LAS RELACIONES FAMILIARES <input type="checkbox"/> ADQUISICION DE UNA ETICA CONCRETA <input type="checkbox"/> OTRAS ¿CUALES? _____	

9. RESULTADOS DEL PROGRAMA DE LA C.T.

	1985	1986
Nº DE INGRESOS		
Nº DE ALTAS		
Nº DE ABANDONOS		
Nº DE EXPULSIONES		

(1986)- 6 PRIMEROS MESES

10. CAUSAS DE LOS ABANDONOS Y % SOBRE EL TOTAL DE LOS QUE HAN ABANDONADO.

11. CAUSAS DE LAS EXPULSIONES Y % SOBRE EL TOTAL DE LOS QUE HAN SIDO EXPULSADOS

12. PROBLEMAS SANITARIOS MAS FRECUENTES QUE SE MANTUVIERAN EN EL INTERIOR DE LA C.T.

13. ESTRUCTURA SOCIOLOGICA DE LOS ATENDIDOS

(VALORES ABSOLUTOS)

AÑO 1985

1986 (6 MESES)

EDAD - 14
14-16
17-21
22-30
+ 30

SEXO . VARON
. MUJER

HABITAT. RURAL
URBANO

NIVEL SOCIOECONOMICO
ALTO
MEDIO
BAJO

ANTECEDENTES JUDICIALES (SI)
(NO).....

FAMILIA ESTABLE (SI)
(NO)

TIEMPO TOXICOMANIA
MENOS 1 AÑO
DE 2 A 3
DE 4 A 8
+ 8

APARTADO VIII

PROGRAMA DE SEGUIMIENTO Y REINSERCION

1. UNA VEZ DADA EL ALTA DISPONEN DE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO POST C.T.

NO ☐

SI ☐

2. EN CASO POSITIVO

2.1. PERIODO DE DURACION

2.2. ¿QUIEN LO LLEVA? ☐ LA PROPIA C.T.

☐ EL SERVICIO ASISTENCIAL AMPLIO

☐ OTROS ¿QUIEN?

2.3. EN QUE CONSISTEN LOS CONTROLES Y PERIODICIDAD

TIPO CONTROL

PERIODICIDAD

3. ¿QUE TERAPIAS UTILIZAN EN EL PERIODO POST C.T.?

4. ACTUACION EN CASO DE RECAIDA

5. ¿DISPONEN DE ALGUN DISPOSITIVO TRANSICIONAL COMO PISOS O PROGRAMAS EN EL DISPOSITIVO ASISTENCIAL AMPLIO?

7. ¿DISPONEN DE UN PROGRAMA ESPECIFICO DE REINSERCION?

SI ☐

No ☐

8. ¿EL PROGRAMA DE REINSERCION LO DESARROLLA?

☐ LA PROPIA C.T.

☐ EL SERVICIO ASISTENCIAL AMPLIO

☐ OTROS ¿QUIEN?

9. ¿QUE CONEXION EXISTE ENTRE LAS ACTIVIDADES TERAPEUTICAS Y EL PROGRAMA DE REINSECCION?

10. ¿QUE CONVENIOS TIENEN CON OTROS RECURSOS SOCIALES CON FINALIDADES DE REINSECCION?

40

APARTADO IX

ANEXOS

RECORDAR LOS DOCUMENTOS ANEXOS PEDIDOS

- . BIBLIOGRAFIA GENERADA POR LA C.T.
- . COPIA CONTRATO TERAPEUTICO
- . COPIA REGLAMENTO REGIMEN INTERIOR
- . PLANO DE LA COMUNIDAD TERAPEUTICA
- . INFORME SOBRE EL ROL TERAPEUTICO DE LA C.T.
- . INFORME SOBRE EL ROL DEL PROGRAMA FAMILIAR
- . MODELO FICHAS DE REGISTRO

Anexo B

CENSO DE COMUNIDADES TERAPEUTICAS PARA DROGODEPENDIENTES

El listado que sigue a continuación, pretende relacionar al día de la edición, otoño de 1987, el número de C.T.D. existentes en España mediante su simple mención, ya que de acuerdo con lo indicado en diferentes lugares del texto el acceso a las mismas debe realizarse a través de los Servicios Asistenciales Amplios que aparecen coordinados por medio de los correspondientes Plantes Regionales de Drogas.

Por tal motivo, el listado recoge exclusivamente la denominación más habitual de la C.T.D., el municipio o la provincia de ubicación y la Red a la que pertenece, todo ello clasificado por Comunidades Autónomas. Se han excluido por sus características peculiares una serie de Comunidades Terapéuticas centradas en la atención a alcohólicos, que tampoco han sido analizadas en el texto, sin que ello signifique que no las consideremos parte del fenómeno C.T.D.

En cuanto al listado en sí mismo tenemos que señalar que ha sido concebido con un criterio amplio y que algunas de las C.T.D. citadas pueden en un momento dado estar cerradas ya que su estabilidad y continuidad son en muchos casos precarias, pero este criterio se contrarresta por un fenómeno que a lo largo de 1987 ha merecido nuestra atención: La eclosión de centros de atención a drogodependientes situados en ámbitos rurales, creados partiendo de la voluntariedad y la espontaneidad. Tales centros que podrían a lo largo del año haber sido docenas, han introducido en el panorama de la atención a la drogodependencia una fuerte distorsión en la línea de los sistemas «self», pero al mismo tiempo tenemos que señalar que en poco se diferencian del prototipo que posibilitó la creación (hace siete u ocho años) de las C.T.D. que son hoy líderes en el sector. Tal eclosión viene por otro lado a confirmar cuanto hemos afirmado sobre la preeminencia de la demanda social.

En este sentido pasar de los 81 centros de los que partíamos en verano de 1986 a los 114 centros de este listado, no implica ningún tipo de exceso metodológico sino una discreta aproximación a un importante cambio que pareciendo sólo cuantitativo podría ser cualitativo.

ANDALUCIA

LOPERA (Jaén, Pública).

EL MANANTIAL (Castelar de la Frontera, Cádiz, Privada).

341

HOGAR LOS VEINTE (Granada, Privada).
J. M. LEDESMA (Cazorla, Privada).
ARCO IRIS (Córdoba, Privada).
NUEVO RUMBO (Almería, Privada).
EL DESPERTAR (Cádiz, Privada).
MALDESPERA (Cádiz, Privada).
QUITAPESARES (Sevilla, Privada).
LOS GIRASOLES (Arcos de la Frontera, Cádiz, Privada).
EL LIBERTADOR (Sevilla, Privada).
CENTRO PENIEL (Córdoba, I. Evangélica).
LA FINCA DE EL (Málaga, I. Evangélica).
RANCHO REMAR (Málaga, I. Evangélica).
TABERNACULO BET-EL (Palma del Río, Córdoba, I. Evangélica).
SANTA ELENA (Puente Genil, Córdoba, El Patriarca).
LA GRANJA (Grazalema, Cádiz, El Patriarca).
CASA BETANIA (Ceuta, El Patriarca).
ASOCIACION EL PATRIARCA (Ronda, Málaga, El Patriarca).
EL BARRANCO (Andújar, Jaén, El Patriarca).

ARAGON

EL FRAGO (Huesca, Pública).
ARGOS (Borja, Privada).
ESTABAN (Zaragoza, Proyecto Hombre).

ASTURIAS

SINAI (Lloreda, Tremañes, Gijón, I. Evangélica).
SINAI (Pravia, I. Evangélica).

BALEARES

SANT JERONI-MURO (Mallorca, I. Evangélica).
CAN PEP XICO (Ibiza, Pública).

CANARIAS

GUANÓTH (Gran Canaria, Privada).

CANTABRIA

CASA DE ACOGIDA (Regules-Soba, Privada).
CENTRO RETO (I. Evangélica).

CASTILLA-LA MANCHA

EL ALBA (Toledo, Pública).
UGENA (Toledo, Proyecto Hombre).
SANTA OLALLA (Toledo, Privada).
HONTANILLAS (Guadalajara, Privada).

CASTILLA-LEON

EL MOLINO (Burgos, I. Evangélica).
ACCOREMA (Burgos, I. Evangélica).
CUBILLOS DEL SIL (León, Proyecto Hombre).
ADROGA (Burgos, Privada).
SPIRAL (Palencia, Privada).
RONAMAR-EL HORIZONTE (Palencia, Privada).
PROYECTO OPIO (Burgos, Privada).
EGUEIRO-LA CUESTA (Soria, Privada).
DROGANON NORTE (Burgos, Narconon).
CASA PALACIO (Burgos, El Patriarca).
EL SOLANO (Valladolid, El Patriarca).

CATALUÑA

LA GRANJA (Barcelona, Pública).
LA NAO (Tarragona, Privada).
LA FABREGA (Barcelona, Privada).
CASTELLS (Barcelona, Privada).
AGUILO (Barcelona, Privada).
LA COMA (Barcelona, Privada).
FONT PICANT (Barcelona, Privada).
EL SERRADELL (Barcelona, Privada).
L'OLIVA (Barcelona, Privada).
C.I.T.A. (Barcelona, Privada).
LA PLANA (Barcelona, Privada).
HUERTO TAREC (Tarragona, I. Evangélica).
EL MOLÍ DE LAS CADIRES (Tordera, I. Evangélica).
SHALON (Tarragona, I. Evangélica).

ELIM-BIGUES (Barcelona, I. Evangélica).
CAN PERELADA (Barcelona, El Patriarca).
CAN NOFRET (Gerona, El Patriarca).
LA VILA (Barcelona, El Patriarca).
CASA NOVA DE MONTDOIS (Barcelona, El Patriarca).
CAN MAS (Barcelona, El Patriarca).

EXTREMADURA

HAZA DE LA CONCEPCION (Cáceres, El Patriarca).

GALICIA

ALBORADA (Pontevedra, Pública).
ASFREDO (La Coruña, Pública).
PALACIO DEL BUEN ARTE (Lugo, El Patriarca).

LA RIOJA

ZOROASTRO (Vadillos de Cameros, Privada).
VILLAR DE POYALES (Privada).
OTERUELO (El Patriarca).

MADRID

VILLAVICIOSA DE ODON (Pública).
DROGANON LOS MOLINOS (Narconon).
NARCONON RETIRO (Narconon).
PEÑA RETAMA (Privada).
NAVARREDONDA (Privada).
SILOE (Aoslos, Privada).
REMAR (Paracuellos del Jarama, I. Evangélica).
REMAR-MADRID (I. Evangélica).
SANTA LUCIA (El Patriarca).

MURCIA

LA HUERTECITA (Cartagena, Privada).
COTO SALINAS (Pública).

NAVARRA

LARRAINGOA (Privada).
CENTRO OASIS (Eguiarte, Privada).
ZANDUETA (El Patriarca).
LOS NARANJOS (El Patriarca).
BIURRUM (El Patriarca).

PAIS VASCO

FORONDA (Alava, Pública).
AIZE-GAIN (Guipúzcoa, Pública).
MANU-ENE (Vizcaya, Pública).
KORTEZUBI (Vizcaya, Privada).
GORDEXOLA (Vizcaya, Proyecto Hombre).
IZAN-HERNANI (Guipúzcoa, Proyecto Hombre).
ZUAZO (Alava, I. Evangélica).
OBED-EDON (Alava, I. Evangélica).
URNIETA (Guipúzcoa, I. Evangélica).
MAORTUA (Vizcaya, El Patriarca).

VALENCIA

CASA LANZA (Valencia, Pública).
ELS REIETS (Alicante, Pública).
BALSA BLANCA (Valencia, Pública).
CASA AZAHAR (Valencia, Pública).
INDALO-VILLA FAMES (Castellón, Privada).
CANAAAN (Muchaniel, Alicante. E. Evangélica).
EL SALVADOR (Torrente, Valencia, I. Evangélica).
NARCONON MEDITERRANEO (Castellón, Narconon).
CASA ESPILL (Valencia, P. Hombre).
MONASTERIO DE LA TRINIDAD (Valencia, El Patriarca).
MONASTERIO DE LUXENTE (Valencia, El Patriarca).
LAS PALMERAS (Vall d'alba, El Patriarca).
CASA DE VIDRE (Denia, El Patriarca).
LE PATRIARCHE (Benimaclet, El Patriarca).
CASA CHALET (Burjasot, El Patriarca).